



Universidad
Norbert Wiener

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE TECNOLOGÍA MÉDICA EN
TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN FISIOTERAPIA EN
NEURORREHABILITACIÓN**

Trabajo Académico

Discapacidad del miembro superior y función motora de personas con
hemiplejía de un centro de salud, Ayacucho, 2025

Para optar el Título de
Especialista en Fisioterapia en Neurorrehabilitación

Presentado por:

Autora: Fernandez Donayre, Elia Marina


Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0420-0988>

Asesor: Mg. Puma Chombo, Jorge

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8139-1792>

Lima – Perú

2025

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN	
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01

Yo, Elia Marina Fernandez Donayre egresada de la Facultad de Ciencias de la Salud Escuela Académica Profesional de Tecnología Médica / Escuela de Posgrado de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo académico "DISCAPACIDAD DEL MIEMBRO SUPERIOR Y FUNCIÓN MOTORA DE PERSONAS CON HEMIPLEJIA DE UN CENTRO DE SALUD, AYACUCHO, 2025". Asesorado por el docente: Mg. Puma Chombo, Jorge Eloy DNI 42717285 ORCID 0000-0001-8139-1792, tiene un índice de similitud de 10 (Diez) % con código 14912:539013807, verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.




.....
 Firma de autor: Elia Marina Fernandez Donayre
 DNI: 70472985



.....
 Firma de asesor
 Mg. Puma Chombo, Jorge Eloy
 DNI: 42717285

Lima, 10 de diciembre de 2025

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 08/11/2022

En caso se supere el porcentaje de similitud máximo establecido (mayor a 20%), tanto general como por fuente primaria, afirmo que dicho excedente corresponde al marco metodológico del documento. Procedo a detallar y justificar del mismo.

formulación de problemas, la redacción sigue un patrón similar a otras investigaciones, convencionalmente aceptadas, por ello, es resaltado por Turnitin e incide en la fuente primaria.

formulación de objetivos, la redacción sigue un patrón similar a otras investigaciones, convencionalmente aceptadas, por ello, es resaltado por Turnitin e incide en la fuente primaria.

Formulación de hipótesis, la redacción sigue un patrón similar a otras investigaciones, convencionalmente aceptadas, por ello, es resaltado por Turnitin e incide en la fuente primaria.

ÍNDICE

1. EL PROBLEMA	5
1.1. Planteamiento del problema	5
1.2. Formulación del problema	7
1.2.1. Problema general	7
1.2.2. Problemas específicos	7
1.3. Objetivos de la investigación	8
1.3.1. Objetivo general	8
1.3.2. Objetivos específicos	8
1.4. Justificación de la investigación	8
1.4.1. Teórica	8
1.4.2. Metodológica	9
1.4.3. Práctica	9
1.5. Delimitaciones de la investigación	9
1.5.1. Temporal	9
1.5.2. Espacial	9
1.5.3. Recursos	10
2. MARCO TEÓRICO	11
2.1. Antecedentes	11

2.2. Bases teóricas	17
2.3. Formulación de hipótesis	22
2.3.1. Hipótesis general	22
2.3.2. Hipótesis específicas	22
3. METODOLOGÍA	23
3.1. Método de la investigación	23
3.2. Enfoque de la investigación	23
3.3. Tipo de investigación	23
3.4. Diseño de la investigación	23
3.5. Población, muestra y muestreo	24
3.6. Variables y operacionalización	25
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	27
3.7.1. Técnica	27
3.7.2. Descripción de instrumentos	28
3.7.3. Validación	39
3.7.4. Confiabilidad	30
3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos	30
3.9. Aspectos éticos	30
4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	32
4.1. Cronograma de actividades (se sugiere utilizar el diagrama de Gantt)	32

4.2. Presupuesto	33
5. REFERENCIAS	35
Anexo 1: Matriz de consistencia	40
Anexo 2: Instrumentos	42
Anexo 3: Validez del instrumento	52
Anexo 4: Formato de consentimiento informado	62
Anexo 5: Reporte de similitud de Turnitin	64

1. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

Respecto con discapacidad motora, según OMS implica algún tipo de dificultad: dificultades para el desplazamiento, para manipular objetos, acceder a determinados espacios o en el habla. Se calcula que 1300 millones de personas experimentan una discapacidad motora importante, lo que representa entre población mundial en un 16%, o un individuo de cada seis (1)(2).

El ACV es un problema mundial, ocupa el segundo puesto causal de mortalidad y tercer causal de discapacidad. La prevalencia y el número de muertes ha aumentado significativamente, más aún en países de ingresos medianos y bajos (3)(4).

Según la Organización Mundial del Ictus, el número de personas que fallecerá debido a un ACV incrementará al año en 2020 de 6,6 millones y en el 2050 en un 9,7 millones. Los años de vida presentados en función de la discapacidad se pueden triplicar hasta llegar a los 189 millones (5).

En lo internacional estudios elaborados en América Latina se pudo apreciar que los pacientes que superaron la enfermedad formaban parte de un 52% y quedaron con consecuencias que van desde moderado a un nivel severo (6).

En México sobre la prevención del ACV, indica que se podrían evitarse con chequeos regulares y la identificación de factores de riesgo en un 82%. Entre el 80 y 70 por ciento de las personas que presentan un ACV algún factor de riesgo modificable (7).

En el Perú el problema del ACV es la principales causas de muerte prematura y discapacidad y la segunda causa de muerte, además cuando el paciente es dado de alta, representa un costo elevado para la familia. El ictus en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas representa el

26.2% de los egresos hospitalarios, vemos 15.5%, de Infarto cerebral, la Hemorragia subaranoide 5,6% y el 5.1% Hemorragia cerebral (8).

Se ve que el ACV es un problema de salud pública y de consecuencias catastróficas como la muerte o el paciente podría quedar con invalides como la hemiplejia sino lo tratamos a tiempo, también se está reportando en personas cada vez más jóvenes (9).

El Instituto de Rehabilitación Nacional, nos muestra que la hemiplejía fue el más frecuente de los diagnósticos (81,7%) y la comunicación deficiente (58%), y el (2,1%) de audición fueron las deficiencias con mayor y menor frecuencia (10).

La valoración de la FM en MMSS va a permite conocer las interacciones que se generan durante la ejecución de dedos-mano con respecto al agarre y el alcance considerando los componentes generales en la producción de movimiento y su retroalimentación (11).

El problema de la rehabilitación del MMSS depende de la severidad de la discapacidad inicial. los pacientes que han sufrido ACV el 85% presentaron alteraciones del miembro superior, el 55% y el 75% de los pacientes continuo luego de 3-6 meses de rehabilitación (12).

Los pacientes con ACV pueden presentar diferentes grados de dificultad con la coordinación del movimiento de MMSS Y MMII, trastornos de la movilidad y sensoriales, es probable que la alimentación, el aseo, el vestido y la movilidad, relacionados con la calidad de vida y las funciones de la mano y brazo, tengan un importante impacto además ello es un problema social (13).

En el plano local, el hospital regional de Ayacucho posee un área para pacientes con ECV con recursos humanos limitados lo que es un problema que afecta a los pacientes, no existe un estudio de ECV y como se ve afectado la FM y la discapacidad de MMSS en pacientes hemipléjicos realizado en este nuevo hospital (14).

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

- ¿Cuál es la relación de DMMSS y FM en personas con hemiplejía en un Centro de Salud, Ayacucho, 2025?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuáles son las características clínicas en personas con hemiplejía de un Centro de Salud, Ayacucho, 2025?
- ¿Cuál es la DMMSS en personas con hemiplejía de un centro de salud, Ayacucho, 2025?
- ¿Cuál es la FM en personas con hemiplejía de un centro de salud, Ayacucho, 2025?
- ¿Cuál es la relación entre físico de DMMSS con la FM en personas con hemiplejía de un centro de salud, Ayacucho, 2025?
- ¿Cuál es la relación entre síntomas de DMMSS con la FM en personas con hemiplejía de un centro de salud, Ayacucho, 2025?
- ¿Cuál es la relación entre función social de DMMSS con la FM en personas con hemiplejía en un centro de salud, Ayacucho, 2025?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo General

- Determinar la relación de DMMSS y FM en personas con hemiplejía.

1.3.2. Objetivos específicos

- Conocer las características clínicas en personas con hemiplejía.
- Identificar la DMMSS en personas con hemiplejía.
- Identificar la función motora en personas con hemiplejía.

- Identificar la relación entre físico de discapacidad de miembro superior con la función motora en personas con hemiplejía.
- Identificar la relación entre síntomas de discapacidad de miembro superior con la función motora en personas con hemiplejía.
- Identificar la relación entre función social de discapacidad de miembro superior con la función motora en personas con hemiplejía.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Teórica

FM está considerada; disposición que se tiene en aprender o demostrar una acción competente y activa, la conservación del alineamiento postural voluntario y esquema de desplazamiento (11). La DMS abarca las imperfecciones, las barreras de la actividad MMSS. al correlacionar las variables FM y la DMS (15). Este proyecto de estudio titulado FM y la discapacidad de MMSS en pacientes hemipléjicos de un Hospital Nacional, Ayacucho 2025. Servirá para Ampliar el conocimiento y el correcto análisis de la relación entre la FM y la DMS como fuente de consulta a estudiantes, docentes, profesionales de salud y público en general, la investigación dará información ampliando los conocimientos.

1.4.2.

Metodológica

De corte transversal, tiene la finalidad de conocer la relación existente entre la DMMSS y la FM, la información será recolectada mediante fichas que realizan la recolección de datos, donde se usara Para la DMS se usara el cuestionario de DASHE y la FM utilizará la escala de Fugl Meyer. las cuales por juicio de expertos serán validadas al castellano, donde los instrumentos su confiabilidad se realizará mediante prueba piloto. Lo cual respaldando así la validez de la información recolectada para futuras investigaciones.

1.4.3. Práctica

El estudio tiene la finalidad “Determinar la existencia de la relación que existe entre la DMS y FM en personas con hemiplejía”, servirá para: obtener una mejor visibilidad sobre la concientización de las secuelas que genera del ACV, así como el conocimiento que permitirá beneficiar y servir como un precedente para la población, mejorando la información que se emite en las charlas o talleres que se brindan para orientar.

5. Delimitaciones de la investigación

1.5.1. Temporal

2024 en julio hasta mayo 2025.

1.5.2. Espacial

Ayacucho ubicado, Av. Daniel A.C. 212 - Andrés A. Cáceres Dorregaray.

1.5.3. Recursos

La elaboración del proyecto será en personas en condición post ACV que acudan a nivel nacional en un Hospital de Ayacucho. Los implementos serán: encuestas, lapiceros, ficha de recolección de datos, tarima, sillas y camilla, pesas, pelotas. El investigador autofinanciará su investigación.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

Internacionales

Pérez A. (16). Tuvo como finalidad “determinar la funcionalidad del miembro superior en adultos con secuelas de enfermedad cerebrovascular” con una evolución mínima de seis meses, quienes recibieron tratamiento de rehabilitación durante el año 2009 en el Centro Integral de Rehabilitación Fisiocenter LTDA, ubicado en el municipio de La Plata, Huila. La metodología consistió una investigación descriptiva que cuenta con 9 personas de muestra con secuela de ACV. Donde utilizó Barthel, desarrollada por Barthel DW y Mahoney FI, mide la capacidad para realizar AVD básicas, además de un instrumento para recopilar los datos personales y evaluar la función manual. Los que indica que la ECV predominó en individuos de entre 41 y 60 años, con una mayor incidencia en aquellos con hipertensión arterial. A pesar de un año de tratamiento de rehabilitación, la funcionalidad del miembro superior afectado no alcanzó niveles óptimos y, en algunos casos, se observaron deformidades. En conclusión, aunque la rehabilitación integral, que incluye terapia física y ocupacional, mostró un impacto positivo en el reintegro a las actividades diarias, la recuperación completa del MS afectado sigue siendo limitada, subrayando la necesidad de enfoques terapéuticos más efectivos y personalizados para mejorar la funcionalidad en pacientes con secuelas de ACV.

Sattar E, Ahmad U (17). El objetivo del presente estudio fue evaluar el deterioro de la función motora de las extremidades superiores en pacientes que han sufrido un accidente cerebrovascular (ACV) y analizar su impacto en el control del tronco y la movilidad general. Estudio de corte transversal con 50 pacientes como muestra que habían experimentado un ACV, utilizando herramientas de evaluación de Fugl Meyer para la FM e Índice de Barthel para la movilidad y el control del tronco. La metodología incluyó la realización de pruebas

estandarizadas y observaciones clínicas para determinar la funcionalidad de MMSS y su influencia en la capacidad para mantener el equilibrio y realizar movimientos funcionales. Los resultados mostraron que el deterioro significativo en la FMMS estaba asociado con una disminución en el control del tronco y la movilidad, con un porcentaje elevado de pacientes presentando dificultades graves en estas áreas. En conclusión, el estudio evidenció que las limitaciones en la FMMS tienen un impacto considerable en la capacidad de los pacientes para mantener el control del tronco y realizar movimientos básicos, subrayando la necesidad de estrategias de rehabilitación enfocadas en mejorar tanto la FM como el equilibrio postural en pacientes post ACV.

Huang J, Ji JR, Liang C (18). El objetivo de este estudio fue “analizar el impacto de la rehabilitación basada en fisioterapia sobre la función motora de las extremidades superiores en adultos con hemiplejía tras un accidente cerebrovascular”, mediante una revisión sistemática y metanálisis de ensayos controlados aleatorizados (ECA). Se realizó una búsqueda exhaustiva en Embase, la Biblioteca del Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados, Wiley, PubMed, Ovid y Clinicaltrials.org utilizando términos clave como "fisioterapia", "accidente cerebrovascular" y "extremidad superior". Se incluyeron 15 ECA con un total de 1.081 pacientes tras evaluar criterios de inclusión y riesgo de sesgo. El análisis de datos con el software Revman 5.4 reveló que la fisioterapia produjo mejoras significativas en comparación con la terapia convencional, con aumentos notables en las puntuaciones de la Evaluación Fugl-Meyer para las MS (MD = 7,27; IC del 95 %: 4,23-10,32; P < 0,00001), la Medida de Independencia Funcional (MD = 18,82; IC del 95 %: 6,34-31,30; P = 0,003), la Prueba del Brazo de Investigación de Acción (MD = 8,84; IC del 95 %: 6,53-11,15; P < 0,00001) y la Prueba de Caja y Bloque (MD = 6,11; IC del 95 %: 1,18-11,04; P = 0,02). Los resultados concluyen que la fisioterapia tiene un efecto positivo en la recuperación funcional de las extremidades superiores, mejorando la movilidad, calidad de vida, fuerza muscular en pacientes

que padecieron ACV, lo que destaca la necesidad de integrar la fisioterapia en los programas de rehabilitación para maximizar la recuperación.

Akbarfahimi y Karimi (19). El objetivo de este estudio fue “investigar la relación entre la DMMS hemipléjica y la independencia en las AVD en pacientes con accidente cerebrovascular” entre 6 y 24 meses en Teherán. Se realizó el estudio transversal, de manera analítica y descriptivo con una muestra aleatoria de 45 pacientes que asistían a la Clínica de Terapia Ocupacional en Teherán y cumplían con los criterios de inclusión. La evaluación de la independencia en las AVD básicas e instrumentales se llevó a cabo utilizando el índice de Barthel y el cuestionario de AVD, respectivamente, mientras que la FMMS hemipléjica se midió con la Evaluación Fugl-Meyer. Se mostraron en los resultados una relación significativa entre la FMMS afectada y independencia en las AVD, indicando que una mejor recuperación del movimiento en la extremidad hemipléjica está asociada con una mayor independencia en las actividades diarias. Esto sugiere que la mejora en la función motora de la extremidad superior puede ser crucial para aumentar la autonomía en las AVD de los pacientes post-accidente cerebrovascular.

Asgari y Dehvan (20). El objetivo de este estudio fue investigar la potencia muscular de la extremidad superior y la mano en pacientes con accidente cerebrovascular, considerando que estos pacientes suelen presentar un deterioro motor significativo en comparación con las extremidades inferiores. En un estudio descriptivo-analítico, se incluyeron 36 pacientes con accidente cerebrovascular internados en la sala de medicina interna del hospital Kowsar en Semnan, utilizando un muestreo fácil y disponible. La FMMS y de la mano se evaluó a través la sección correspondiente de la escala Fugl-Meyer, y la potencia muscular de la mano se midió con un dinamómetro de mano. Los resultados indicaron una puntuación media de la función motora de la extremidad superior afectada de $8,2 \pm 8,73$, una puntuación media de la función motora de la mano afectada de $5,3 \pm 5,6$, y una media de la potencia muscular de la mano

afectada de $2,64 \pm 3,8$. No se encontró relación significativa entre las variables demográficas y la FMMS ni con la potencia de prensión de la mano afectada. Las conclusiones sugieren que tanto la función motora de la extremidad superior como la potencia muscular de la mano se reducen considerablemente en pacientes con ACV. Dada la alta prevalencia de estos déficits motores y sus impactos, es crucial que el personal sanitario desarrolle programas de atención y rehabilitación específicos para abordar estos problemas de manera efectiva.

Nacionales

Palomino M. (21). en su estudio tuvo como objetivo “Determinar la relación entre la adherencia al tratamiento fisioterapéutico y la discapacidad de miembro superior en pacientes hemipléjicos de la OMAPED Chupaca, Junín 2023”. El estudio descriptivo correlacional, no experimental – cuantitativo. Con 50 pacientes tomados de muestra. se utilizaron el SMAN 1.0 para adherencias a la neurorrehabilitación y para discapacidad del brazo, hombro y mano DASHe. Los resultados indican un 54% adherencia media, 32% adherencia baja y 14% adherencia satisfactoria. También 22% dificultad moderada ($R_s=0.828$) lo cual hace referencia de que una mayor adherencia al tratamiento reduce la discapacidad del MMSS, en conclusión, existe relación inversa significativa del AAT y DMMSS. lo que indica que a mayor adherencia produce una menor discapacidad de MMSS.

Pezo Lopez R. (22). realizaron una investigación con el propósito de examinar “relación entre la función manual y la discapacidad de MMSS en pacientes hemipléjicos en el Hospital de Tacna, Perú 2024” se utilizó una metodología enfocada cuantitativamente, no experimental, correlacional. Su muestra consistió en 80 personas con hemiplejía. Sus variables fueron evaluadas por la Escala de ARAT para función manual y DASHe cuestionario de discapacidad de MMSS. Los resultados mostraron relación significativa lo cual concluyo en que se destaca

la importancia de la rehabilitación adecuada y su impacto positivo en la mejora de la función manual y la reducción de la discapacidad.

Obando, Yosvi (23). El objetivo del presente estudio fue identificar “la relación de la función motora y las actividades de la vida diaria en pacientes post enfermedad cerebrovascular atendidos en un centro privado en Chimbote durante 2022” Se llevó a cabo una investigación descriptiva, básica, no experimental, cuantitativa, con una muestra de 60 pacientes diagnosticados previamente con ACV. La metodología incluyó observación directa para evaluar la condición de los pacientes. Los resultados mostraron una predominancia del sexo masculino adulto con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes y obesidad. Se hallaron porcentajes similares entre los tipos de ACV isquémico y hemorrágico, con menor frecuencia en el tipo traumático. Según el Índice de Katz, el 41,7% de los pacientes presentó incapacidad leve, el 35% moderada y el 23,3% severa. La escala de Fugl Meyer reveló que el 6,7% de los pacientes tenía una capacidad funcional considerada muy severa, el 8,3% severa, el 66,7% moderada y el 18,3% es leve. Lo cual concluye, se observan limitaciones significativas en la FM y dificultades para realizar AVD entre los pacientes post accidente cerebrovascular, indicando la necesidad de intervenciones rehabilitadoras más efectivas.

Acedo P. (24). el objetivo de la investigación fue determinar “relación entre el equilibrio y la FM en pacientes hemipléjicos del hospital nacional Calletano Heredia, en San Martín de Porras, Lima en 2024” se realizó de manera cuantitativa, no experimental, de corte transversal con metodología hipotética deductiva. Su muestra considero 80 pacientes post ACV, utilizando la Escala de Berg para el equilibrio y Fulg Meyer para la función motora, teniendo como resultado relación significativa entre sus variables, lo cual concluye con que se encontró que el equilibrio y la FM tienen relación.

Silva García A. (25). Determinar asociación existente del nivel de AF y la CF en adultos mayores de la Cruz de Motupe – asentamiento Humano. En SJL, durante el 2021. Realizó un estudio cuantitativo, correlacional, de manera analítica, y prospectivo de corte transversal, con adultos mayores de 60 - 75 años tiene una muestra de 102. En el periodo entre los meses de abril a junio, se usó la Escala de Lawton y Brody el (CIAF) que evalúa el (NAF) y la CF, respectivamente. Los resultados muestran los adultos mayores en el 65,7% de presentó actividad física a nivel medio, siendo más predominante en varones (74,4%) y mujeres (60,3%). En términos de CF, los participantes eran independientes en las AVD instrumentales en un 79,4%, con una mayor prevalencia de independencia en varones (89,7%) en comparación con mujeres (73%). Se encontró asociación significativa entre el nivel de actividad física y la CF, con un p-valor de 0,000 y correlación de Pearson de 0,745. Las conclusiones indican asociación positiva entre actividad física y la CF, subrayando la importancia de fomentar la actividad física para mejorar la independencia funcional en la tercera edad.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Accidente Cerebrovascular (ACV)

Según lo detallan, OMS un ACV “un síndrome clínico que se desarrolla de manera rápida debido a una interrupción directa del origen vascular de la función cerebral con una duración de más de 24 horas”. Las consecuencias dependerán del lugar y el tamaño de la lesión y en muchas ocasiones este padecimiento ocasionará secuelas que incapacitará al paciente a continuar con su vida diaria (26).

2.2.1.1 Clasificación de (ACV)

Accidente Cerebrovascular Isquémico

Este tipo de ACV expresa el **80%** de casos. Cuando un vaso sanguíneo encargado de suministrar sangre al cerebro presenta un bloqueo, lo que puede ser causado por:

Trombosis: Un coágulo se forma en una arteria abastecedora de sangre al cerebro. Este tipo de ACV suele estar asociado con arteriosclerosis.

Embolia: Un coágulo que tiene una formación en otra parte del cuerpo que viaja al cerebro, bloqueando un vaso sanguíneo (27).

Los eventos isquémicos pueden ser transitorios, como en el caso de un **ataque isquémico transitorio (AIT)**, donde los síntomas son temporales y generalmente se resuelven en menos de 24 horas (27).

Accidente Cerebrovascular Hemorrágico

En este ACV se rompe un vaso sanguíneo en el cerebro, causa un sangrado en el tejido cerebral.

Se clasifica en:

Hemorragia intracerebral: Sangrado dentro del cerebro, a menudo causado por la hipertensión arterial o malformaciones vasculares (28).

- **Hemorragia subaracnoidea:** sangrado que se da en el cerebro entre el espacio que tiene y la membrana que lo recubre, comúnmente debido a la ruptura de un aneurisma cerebral.

La hemorragia puede ser más peligrosa que el ACV isquémico debido a la presión que el sangrado ejerce sobre el tejido cerebral (28).

.

2.2.1.2 Síntomas de (ACV)

Debilidad o entumecimiento (A menudo presente en un lado del cuerpo, afectando el brazo, la pierna o la cara, el. Esto puede manifestarse como dificultad para levantar un

brazo o una caída de la boca), Dificultad para hablar, Dificultad en la visión, Al caminar presenta dificultad, Dolor de cabeza severo (29).

2.2.2. Hemiplejia

La hemiplejía es una condición que resulta de un daño en el sistema nervioso central, comúnmente debido a un ACV. Esta condición afecta la movilidad y la funcionalidad de un lado del cuerpo, lo que puede llevar a una discapacidad significativa (30).

2.2.2.1. Fases de la hemiplejia

Fase de Flacidez: Esta es la etapa inicial que ocurre inmediatamente después del evento que causa la hemiplejía. Durante esta fase, el tono muscular es bajo y el paciente puede experimentar una falta de control sobre los movimientos. Es fundamental iniciar la fisioterapia para prevenir complicaciones secundarias, como la atrofia muscular (31).

Fase Espástica: A medida que el paciente avanza en su recuperación, puede entrar en una fase espástica, donde el tono muscular comienza a aumentar. Esta fase se caracteriza por la aparición de espasticidad, que puede facilitar ciertos movimientos, pero también puede llevar a contracturas y posturas viciosas (32).

Fase de Recuperación Funcional: En esta etapa, el objetivo principal es maximizar la recuperación funcional del paciente. Se implementan ejercicios específicos para mejorar la marcha, el equilibrio y la coordinación. La fisioterapia juega un papel crucial en esta fase, ayudando al paciente a recuperar la mayor autonomía posible (32) (33).

Fase de Mantenimiento: Finalmente, una vez que se ha alcanzado un nivel óptimo de recuperación, se entra en una fase de mantenimiento. Aquí, el enfoque se centra en mantener las habilidades adquiridas y prevenir la pérdida de funcionalidad a largo plazo. La continuidad

en la terapia y el ejercicio es esencial para asegurar que el paciente mantenga su independencia (33).

2.2.3. Función Motora

La FM en pacientes hemipléjicos se ve comprometida debido a la afectación del sistema nervioso central. La rehabilitación motora es esencial para mejorar la movilidad y la fuerza en las extremidades afectadas. Los enfoques terapéuticos incluyen la **fisioterapia**, que se centra en ejercicios específicos para mejorar la fuerza y la coordinación (34).

2.2.3.1. Dimensiones

Miembro Superior: La FM en el miembro superior implica habilidades como la prensión, la manipulación y la coordinación mano-ojo. Estas habilidades son esenciales para tareas que requieren destreza, como escribir, dibujar o tocar un instrumento musical.

Miembro Inferior: La FM en el miembro inferior está relacionada con la locomoción y el equilibrio. Las habilidades motoras gruesas, como caminar, correr y saltar, son fundamentales para la movilidad y la participación en actividades físicas (35).

2.2.3.2. Fullg Meyer

Para evaluar la FM en pacientes con DMS, se utiliza la **Escala Fugl-Meyer**. Este instrumento es ampliamente reconocido y validado para medir la recuperación motora en pacientes con hemiplejía. La escala evalúa diferentes aspectos de la FM, incluyendo la movilidad, la coordinación y la capacidad de realizar movimientos específicos con el miembro afectado. La **Escala Fugl-Meyer** se compone de varias secciones que abordan la función motora, la sensibilidad y la función articular, permitiendo una evaluación integral del estado del paciente.

Su uso es fundamental en el contexto de la rehabilitación, ya que proporciona información valiosa sobre el progreso del paciente y la efectividad de las intervenciones terapéuticas (36).

2.2.4. Discapacidad de Miembro Superior

La DMS en pacientes hemipléjicos se manifiesta a través de diversas alteraciones motoras y funcionales. Estas pueden incluir la incapacidad para realizar movimientos selectivos, la debilidad muscular y la falta de coordinación. La afectación del miembro superior no solo limita la capacidad de realizar actividades diarias, sino que también puede llevar a complicaciones como la subluxación del hombro, que es común en estos pacientes debido a la debilidad muscular y la falta de soporte articular. Los estudios indican que aproximadamente el **75% de los sobrevivientes de un accidente cerebrovascular** presentan algún tipo de discapacidad, siendo las alteraciones en el miembro superior una de las más prevalentes (37).

2.2.4.1 Dimensiones

Dimensión Física

La DMS puede manifestarse a través de diversas condiciones, como amputaciones, limitaciones de movimiento o pérdida de sensibilidad. Por ejemplo, la amputación de toda la extremidad superior se clasifica con un porcentaje de discapacidad del 49% (38).

Síntomas

Los síntomas asociados a la DMS pueden incluir dolor, debilidad muscular, y dificultad para realizar movimientos finos. Estos síntomas no solo impactan la funcionalidad física, sino que también pueden influir en el bienestar emocional y psicológico del individuo, generando frustración y limitaciones en la interacción social.

Función Social

El instrumento Dashe se utiliza para evaluar y mejorar la funcionalidad de las personas con DMS. Este tipo de herramientas son esenciales para proporcionar apoyos que faciliten la independencia y la inclusión social. La función social de estos instrumentos radica en su capacidad para ayudar a los individuos a adaptarse a su entorno, promoviendo una mayor participación en actividades comunitarias y laborales (39).

2.2.4.2 Dashe

Es ampliamente utilizado en la práctica clínica y en investigaciones, ya que proporciona una evaluación estandarizada y confiable de la función de MMSS. se compone con 30 ítems que abordan diferentes aspectos de la función del miembro superior, incluyendo la capacidad para realizar actividades diarias, el dolor y la limitación en el rango de movimiento. La puntuación obtenida permite a los profesionales de la salud identificar el grado de discapacidad y planificar intervenciones adecuadas para la rehabilitación (40).

2.3. Formulación de hipótesis.

2.3.1. Hipótesis general

- **Hi:** Existe relación entre la DMMSS con FM en personas hemipléjicos en un Centro de Salud, Ayacucho, 2025

2.3.2. Hipótesis específicas

- **Hi:** Existe relación entre físico de DMMSS con FM en personas con hemiplejia en un centro de salud, Ayacucho, 2025.
- **Hi:** Existe relación entre síntomas DMMSS con la FM en personas con hemiplejia en un centro de salud, Ayacucho, 2025.

- **Hi:** relación entre función social de DMMSS con la FM en personas con hemiplejía de un centro de salud, Ayacucho, 2025.

3. METODOLOGIA

3.1. Método de investigación

Será **Hipotético - deductivo** puesto a que se considerará desde un inicio la hipótesis que se llevará a cabo con la constatación (41).

3.2. Enfoque investigativo

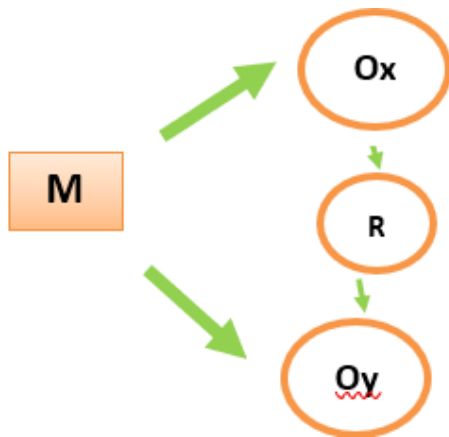
El enfoque **cuantitativo** utiliza datos de forma numéricos que permite validar la información y examinar, analizar. Además, se basa en dar definición y determinar existencia de la relación entre variables (41).

3.3. Tipo de investigación

Será de tipo **Aplicada**, ofrece alternativas de resolver el problema esbozado en dicha establecimiento de estudio (41).

3.4. Diseño de la investigación

Será **no-experimental**, sin manipular ni intervenir en la variable e investigación. Además, será, **sub-diseño correlacional**, tiene la finalidad de inspeccionar la relación de variables discapacidad del miembro superior y función motora, empleando las instrumentos “Fullg Meyer” y “Dashe”, de **tipo transversal**, ya que la información se ha recolectado en un tiempo determinado (42).



Diseño: Elaboración propia

Siendo:

M: Pacientes hemipléjicos

OX: discapacidad del miembro superior

OY: función motora

R: Fullg Meyer y Dashe

3.5. Población, muestra y muestreo

Población 80

Personas hemipléjicas, adscritos al servicio de MFR. De un centro de salud de Ayacucho, en año 2025. Según fuentes estadísticas del servicio de informática son 80 pacientes atendidos.

Muestra

El estudio toma en cuenta que grupo de estudio pequeñas es necesario realizar la muestra asignada censal (43).

Muestreo

Se destino un muestreo por conveniencia, técnica no probabilística aplicada para generar muestras en capacidad de brindar facilidad en el acceso de la información del estudio (43).

Criterios de inclusión:

- Pacientes hemipléjicos que se atiendan en MFR de un centro de salud en el servicio de Ayacucho.
- Pacientes hemipléjicos que se atendieron en un tiempo no mayor a 3 años.
- Pacientes hemipléjicos que se encuentre en el momento de aplicación de la encuesta.
- Pacientes hemipléjicos que quieran participar del estudio.
- Paciente hemipléjicos de 40 a 80 años
- Paciente hemipléjico con tipo de lesión isquémico o hemorrágico.

Criterios de Exclusión:

- Pacientes post ACV sin secuela de hemiplejia.
- Pacientes hemipléjicos cuyos familiares no deseen que participen
- Pacientes hemipléjicos que no cuenten con SIS.
- Pacientes hemipléjicos con estado cognitivo deteriorado.
- Pacientes hemipléjicos que lleno de forma incompleta los cuestionarios.

3.6 Variable y Operacionalización

Variable	Definición	Definición Operacional	Dimensión	Indicadores	Escala De Medición	Escala De Valoración	Instrumento
V1: DISCAPACIDAD DE MIEMBRO SUPERIOR	limitaciones en la participación, así como de la actividad (37).	Se aplicara un instrumento que evaluara 3 dimensiones basada a la capacidad funcional del miembro superior.	Físico	Abrir Escribir Girar Preparar Realizar Cuidar Hacer Llevar Cambiar Lavarse Usar Actividades Posibilidad de utilizar Actividad sexual	ordinal	funcional mínima. discapacidad =1-25	(DASHe) Cuestionario.
			Síntomas	Interferencia del mmss en actividades sociales. Interferencia del mmss en actividades laborales Dolor. Dolor cuando realiza actividad. Sensación de punzada.		funcional moderada discapacidad = 26-50 funcional intensa discapacidad = 51-75	
				Debilidad Rigidez Dificultad para dormir		funcional discapacidad = máxima.76-100	

			Función social	Me siento menos capaz			
V2: FUNCION MOTORA	Capacidad para realizar movimiento del sistema musculo esquelético del cuerpo humano. (35).	Se aplicara un instrumento que tomara en cuenta 33 ítems los cuales están sub divididos en dos grupos, miembro superior y 17 ítems para miembro inferior para medir la funcionalidad del individuo.	MMSS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Act. refleja 2. Mov. vol c/sinergia 3. Mov. Vol. Comb. sinergias 4. Mov. voluntario no comb. sinergias 5. Int. de reflejos 6. Coord. / vel. 	Ordinal	MUY SEVEROS SEVERO MODERADO LEVE	Escala de Fulg Meller
			MMII				
Características Clínica	Pacientes hemipléjicos	Discapacidad de miembro superior	Comorbilidades	Enfermedades existentes	politómico	Enfermedad cardiovascular	Historia clínica
						Enfermedad pulmonar	
						Enfermedades musculares	
						Diabetes	
						Obesidad	

3.7.1. Técnica

La realización del diseño del estudio, se empleará una encuesta, para Dashe y observacional para Full - meyer, que permite valorar la discapacidad de MMSS se realizará la aplicación (DASHe) como cuestionario de DMMSS mano, hombro y brazo y para la FM, Escala de Fulg Meller. Mientras que para la recolección de los datos referentes a factores sociodemográficos y clínicos se realizara el empleo de las fichas de datos elaborada de autoría propia.

Para iniciar la recolección se llevarán los siguientes pasos:

- Se remitirá una solicitud dirigida a la UNIVERSIDAD NORBERT WIENER, para comité de ética institucional y pasara a revision y aceptacion, una vez aprobada se procederá a solicitar la carta de presentación a la directora del área de Terapia Física y rehabilitación; Lic. Rosmy Gagliuffi Artica, para luego enviar de solicitud de autorización para la realización de estudio de tesis – post grado dirigida al DIRECTOR EJECUTICCO DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO – M.C Jimmy Homero Ango Bedriñana con copia a Dr. Ibar Quintana Moscoso JEFE DE UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACION. Los cuales emiten las solicitudes correspondientes para las autorizaciones de la investigación dentro de la institución en MFR.
- la participación será emitida por formato de consentimiento informado a los pacientes que deseen participar de la investigación y se procederá a la aplicación de los instrumentos. (ANEXO 3)
- Para la recopilación de los datos sociodemográfico y características clínicas tardara 3 min. Mientras que en la del instrumento de Dashe se utilizará un tiempo de 10 a 15 minutos y para la recopilación de los datos correspondientes a fulg-meyer lo cual se

dará en un tiempo de treinta – treinta y cinco min, con un tiempo total para ambos instrumentos de 43 - 53 min. por persona.

3.7.2. Descripción de instrumentos

I PARTE: CARAC CLÍNICAS: hemisferio afectado (derecho, izquierdo) tipo: (isquémico, hemorrágico) secuela: (hemiplejia)

II PARTE: INSTRUMENTO (DASHE) DISCAPACIDAD MMSS

(DASHe) DMMSS fue diseñado en 1996 de aplicación versátil, el cual se utiliza para poder diagnosticar las funciones del MMSS en hombro, brazo y mano. Lo cual evalúa las funciones físicas, sociales y los síntomas. las 3 dimensiones que miden las actividades de vida diaria, su respuesta se da en escala Likert con una puntuación que va del 1 al 5. el cual se basa en 38 ítems el cual tiene 5 alternativas: sin dificultad, dificultad leve, dificultad moderada, dificultad severa. Lo cual se verá reflejado en la siguiente puntuación según la valoración del paciente. funcional mínima. Disc. = 1-25 %. funcional moderada Disc. = 26-50%. funcional intensa disc. =51-75%. Máxima funcional.76-100%.

(DASHe)	
Nombre	DASHE: “disabilities of the arm, shoulder and hand“ (discapacidad de hombro, codo, mano)
Autor	Traducido al español por Maria Teresa Hervas, et al Original: Academia Estadounidense de Cirujanos Ortopedicos.
Versión español	Herbas (2023)
Aplicación en Perú	Pezo Lopez R. (2024)
Confiabilidad	Alpha de Cronbach 0.96
Validez	0.96
Población	Pacientes con hemiplejia

Administración	Profesional
Duración	10-15 min
Aplicación	ACV
Calificación	Manual
Utilización	Diagnóstico de DMMSS
Materiales	Formato físico del cuestionario
Distribución de los ítems	funcional mínima. Disc. = 1-25 %. funcional moderada. Disc. = 26-50%. funcional intensa. Disc. =51-75%. máxima funcional. 76-100%.

IV PARTE: INSTRUMENTO ESCALA DE FULG MELLER

Escala de fulg Meller es la más utilizada que se recomienda para la evaluación de pacientes post ACV. Siendo el más factible, para lo cual el instrumento logra valorar los movimientos de paciente, los cuales se representan en estadios secuenciales de hiperreflexia, habilidad para realizar movimientos selectivos, sinergias flexoras y extensoras el cual tiene 6 indicadores de los cuales 66 están destinados a la FM de MMSS y 34 para la FM MMII, para la valoración de cada ítems se tomarán los valores ordinales : no puede realizar 0, parcialmente realiza 1, completamente realiza 2. Su valores: MUY SEVEROS 0-35. SEV 36-55. MOD 56-79. LEV > 79 .

Ficha técnica: instrumento de Fulg Meyer (FM)	
Nombre	FULG MEYER
Autor	Alex R.
Versión español	2015 - Begoña M, Ferrer G.
Aplicación en Perú	Acedo P. (2024)
Confiabilidad	Alpha de Cronbach 0.94
Validez	0.99
Población	Pacientes con hemiplejia
Administración	Profesional
Duración	30-35 min
aplicación	ACV

Calificación	Mecánica Manual
Uso	Diagnóstico de FM
Materiales	Cuestionario físico
Distribución de los ítems	+ SEVEROS. 0-35 SEV. 36-55 MOD. 56-79 LEV. > 79

3.1. Validación

La validación según antecedentes para el instrumento de Fugl Meyer se optó por la realización de juicio de expertos para lo cual se obtuvo un puntaje de 1.0 resultando una validez perfecta, lo cual garantiza el correcto uso de la misma. (44). Así mismo para la instrumento de DASHe la validación se ha realizado mediante juicio de expertos obteniendo un valor de 0.96 lo cual representa una validez extraordinaria (45).

3.1.1. Confiabilidad

La CONFIABILIDAD será valorada según antecedentes la cual para para la escala de Fugl Meyer se realizó por prueba piloto, la cual obtuvo un valor de alfa de crombach de 0.98 siendo un instrumento de excelente confiabilidad (44). para el instrumento de DASHe el cual valora la discapacidad de miembro superior se obtuvo un valor alfa de crombach 0.97 el cual se obtuvo también mediante prueba piloto y presenta confiabilidad excelente (45).

3.2. Plan de procesamiento y análisis de datos

Después de la recopilación de los datos, se verificará los instrumentos aplicados, que estén llenados correctamente, de no ser así, no serán parte del trabajo de investigación. Posteriormente se creará una base de datos en Microsoft Excel para realizar la parte estadística, tablas y gráfico donde serán codificadas la variable estudiadas. La información obtenida, codificados pasarán al programa IBM SPSS versión 27.0 para la evaluación correspondiente, pasando por una prueba de normalidad, cruce de variables con presentación final en gráfico y tablas (45).

3.3. Aspectos éticos

La investigación será respaldada por la aprobación del comité de investigación de la Universidad Norbert Wiener. Efectuando los principios universales de la manifestación de Helsinky, que toma en cuenta los principios de privacidad, confidencialidad y de anonimato. Donde ambas partes firmaran el acuerdo para el desarrollo de la investigación. (44).

por lo tanto se tendrá en cuenta la discreción y protección de los datos de las personas que participen del estudio según lo establecido dentro del marco de la ley de protección de datos personales. N° 29733 (46).

4.2. Presupuesto

Recursos humanos

Servicios	Unidades	Costo unitario	Costo total (soles)
Investigador	1	3500	3500
Asesor académico	1	750	750
Sub total		4250	

Bienes

Bienes	Unidad de medida	Costo unitario	Costo total
Hoja bond	2 millares	30	60
Lapiceros	4 unidades	1,5	6
Grapas	2 caja	4	8
Engrapador	1 unidad	8	8
impresora	1 unidad	240	240
cartucho	1 unidad	50	50
Sub total			372

Servicios

Servicios	Unidades	Costo unitario	Costo total (soles)
Alimentación	1P	150	150
Transporte	1 P	15	225
Internet	1 U	250	250
Luz eléctrica	1 U	100	100
Subtotal			S/ 725

Total

Rec.	4900
Patrimonio	372
Serv.	725
Total	5997

BIBLIOGRAFIA

1. Arranz E. Discapacidad Motora: Qué es y sus tipos [Internet]. El Blog de empleo de Fundación Adecco. 2023 [citado el 18 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://fundacionadecco.org/blog/que-es-la-discapacidad-motora/>
2. Discapacidad [Internet]. Who.int. [citado el 18 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>
3. Acurio K, Lizárraga F. La importancia de la rehabilitación en el Accidente Cerebrovascular en el Perú. Interciencia RCCI. 2021;11(4):69-70. Disponible en: <https://intercienciamedica.com/index.php/intercienciamedica/article/view/11/11>
4. FEM. Los derrames cerebrales podrían causar 10 millones de muertes en 2050. Foro Económico Mundial. 2023. Disponible en: <https://es.weforum.org/agenda/2023/11/los-derrames-cerebrales-podrian-causar-10-millones-de-muertes-en-2050-las-noticias-sobre-salud-que-debes-leer-esta-semana/>
5. Weforum. Los derrames cerebrales podrían causar 10 millones de muertes en 2050 - las noticias sobre salud que debes leer esta semana 2023 Disponible en: <https://es.weforum.org/agenda/2023/11/los-derrames-cerebrales-podrian-causar-10-millones-de-muertes-en-2050-las-noticias-sobre-salud-que-debes-leer-esta-semana/>
6. Rodriguez J, Martinez C, Bayona H. Prevalencia de enfermedad carotídea posterior a accidente cerebrovascular en un hospital universitario de Bogotá (Colombia). Univ Med. 2021;62(1):1-9. Disponible en: <https://web.p.ebscohost.com>
7. INFOBAE. ACV en menores de 50 años: las razones detrás de este aumento. 2023 Disponible en: <https://www.infobae.com/salud/2023/10/29/acv-en-menores-de-50-anos-las-razones-detras-de-este-alarante-aumento/>
8. INCN. Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas: boletín epidemiológico. 2022. Disponible en: <https://www.incn.gob.pe/wp-content/uploads/2022/07/BOLET%C3%8DN-EPIDEMIOLOGICO-8.pdf>
9. Minsa. El ataque cerebrovascular es la segunda causa de muerte y la primera de discapacidad en adultos mayores, 2023. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/857969-minsa-el-ataque-cerebrovascular-es-la-segunda-causa-de-muerte-y-la-primera-de-discapacidad-en-adultos-mayores>
10. Urcia T, Cam D. Perfil epidemiológico de los pacientes con secuelas de accidente cerebrovascular atendidos en un instituto de rehabilitación de Lima-Perú. Rev Med Hered. 2023;34:132-142. Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RMH/article/view/4922/5129>

11. Pinzón Bernal M. Evaluación de la función motora de miembro superior. En: Ordóñez Mora LT, Sánchez DP, editoras científicas. Evaluación de la función neuromuscular. Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali; 2020. p. 169-194.
12. Campos P. Sistema de balance y discapacidad del miembro superior en pacientes con accidente cerebrovascular del hospital Santa Maria del Socorro, Ica, 2022 [Tesis]. Lima, Universidad Norbert Wiener; 2022. Disponible en: https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/8239/T061_70548748_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y
13. Buzzelli C, Zerboni C, Dominguez S. Intervención de Terapia Ocupacional luego de un accidente cerebro vascular: Reporte de caso clínico. Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba. 2023;80(2):153–155. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10443421/>
14. Culqui E, Infante G. Características clínicas, epidemiológicas y factores de riesgo asociados a enfermedad cerebrovascular en el hospital regional de Ayacucho durante el periodo de enero a diciembre del 2021 [Tesis de medicina]. Ayacucho, Universidad de San Cristóbal de Huamanga; 2021. Disponible en: <https://repositorio.unsch.edu.pe/server/api/core/bitstreams/ef3b25aa-2f97-4e67-9b36-fe2b251dc117/content>
15. Ñiquén Y. "Kinesiofobia y discapacidad de miembro superior en pacientes post-operados de manguito rotador del centro especializado de medicina física y rehabilitación fisioclass s.a.c., 2021". Tesis Para optar el Título Profesional. UNW Lima, 2022 Disponible en: https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/8677/T061_46989986_T.pdf?sequence=11&isAllowed=y
16. Perez Rodriguez C, Morales C, Ortiz Zarama D, Castellano O, Suarez Martinez Y. Funcionalidad del miembro superior afectado en personas con secuelas de enfermedad cerebrovascular [Internet]. 2010 [citado: 2024, agosto]
17. Sattar E, Ahmad U, Rehman M, Adnan M, Rehman SU, Shahid I et al. Deterioro de la función motora de las extremidades superiores en pacientes que han sufrido un accidente cerebrovascular y su impacto en el control del tronco y la movilidad: un estudio transversal. Revista de rehabilitación iraní 2023;21(2):283-290. Disponible en: <https://irj.uswr.ac.ir/article-1-1706-en.html>.
18. Huang J, Ji JR, Liang C, Zhang YZ, Sun HC, Yan YH, Xing XB. Effects of physical therapy-based rehabilitation on recovery of upper limb motor function after stroke in adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Ann Palliat Med. 2022 Feb;11(2):521-531. doi: 10.21037/apm-21-3710. PMID: 35249330.
19. Akbarfahimi M, Karimi H, Rahimzadeh Rahabar S, Ashayeri H, Faghie Zadeh S. La relación entre la función motora de la extremidad superior hemipléjica y la independencia en las actividades de la vida diaria en pacientes con accidente cerebrovascular en Teherán. Koomesh. 2024;12(3):e152452.

20. Asgari MR, Dehvan F, Ghorbani R, Samaei A, Binesh M, et al. Función motora de las extremidades superiores y potencia muscular de la mano en pacientes con accidente cerebrovascular: un estudio piloto. *Koomesh*. 2024;19(2):e151097.
21. Palomino Alva M. Adherencia al tratamiento fisioterapéutico y discapacidad de miembro superior en pacientes hemipléjicos de la OMAPED Chupaca, Junín 2023 [Internet]. Universidad wienner; 2023 [citado 01 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13053/11095>
22. Pezo López R. Función manual y discapacidad del miembro superior en pacientes hemipléjicos que asisten a un hospital nacional. Tacna. 2024. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/entities/publication/43b2fc90-bb39-4c6c-a191-fdaa090e56fe>
23. Obando C, Yosvi M. Función motora y actividades de la vida diaria en pacientes post enfermedad cerebrovascular en un centro privado de Chimbote, 2022 [Internet]. Chimbote: Universidad San Pedro; 2022 [citado 2024 Aug 22]. Disponible en: <https://repositorio.usanpedro.edu.pe/items/d04e0618-e065-442c-80c5-1aec91d80037>
24. Acedo Membrillo PA. Equilibrio y función motora en pacientes hemipléjicos que asisten a un hospital nacional. San Martín de Porres-Lima. 2024. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13053/12914>
25. Silva García A. Nivel de actividad física y capacidad funcional en adultos mayores del Asentamiento Humano Cruz de Motupe, San Juan de Lurigancho, 2021 [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2021.
26. Martínez Vila E, Murie Fernández M, Pagola I, Irimia P. Enfermedades cerebrovasculares. *Medicine*. 2011;10(72):4871-81.
27. González A, Pérez M. Análisis de la hemiplejia y su tratamiento fisioterapéutico [Internet]. *Rev Mex Fisioter*; 2019 [consultado 2024 Aug 22]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-48662019000100061
28. Wikipedia. Accidente cerebrovascular [Internet]. Wikipedia; 2024 [consultado 2024 Aug 22]. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Accidente_cerebrovascular
29. NHLBI. Causas del accidente cerebrovascular [Internet]. National Heart, Lung, and Blood Institute; 2023 [consultado 2024 Aug 22]. Disponible en: <https://www.nhlbi.nih.gov/es/salud/accidente-cerebrovascular/causas>
30. González-Muñoz M, García-Moreno JM, López-Muñoz F. Guía de evaluación, planificación y tratamiento en pacientes hemipléjicos. *Fisioterapia*. 2023;45(2):123-130. doi:10.1016/j.fisio.2023.01.005.
31. Fisioterapia Online. Fases de la hemiplejia [Internet]. Fisioterapia Online; 2023 [consultado 2024 Aug 22]. Disponible en: <https://www.fisioterapia-online.com/articulos/fases-de-la-hemiplejia>

32. eFisioterapia. Técnicas fisioterapéuticas en la hemiplejia [Internet]. eFisioterapia; 2023 [consultado 2024 Aug 22]. Disponible en: <https://www.efisioterapia.net/articulos/tecnicas-fisioterapicas-la-hemiplejia>
33. Fisiohogar. Fases de la recuperación de una hemiplejia a través de la fisioterapia [Internet]. Fisiohogar; 2023 [consultado 2024 Aug 22]. Disponible en: <https://www.fisiohogar.com/fisioterapia-las-hemiplejias/fases-la-recuperacion-una-hemiplejia-traves-la-fisioterapia/>
34. López Muñoz P, Pacheco Dacosta S, Torres Costoso AI. Guía de evaluación y planificación de tratamiento para pacientes adultos con hemiplejia. Fisioterapia. 2020;25(S1):1-10. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-fisioterapia-146-articulo-guia-evaluacion-planificacion-tratamiento-pacientes-13048351>
35. Rodríguez A, Pastro I, Werner J, Theis S, Levis SM, Noconecy de Souza RM. Alteraciones de la función motora de miembro superior en la hemiplejia: modelos de intervención fisioterapéutica. Dialnet. 2005. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4781900>
36. Escala Fugl-Meyer. Neurorehabilitación [Internet]. 2024 [citado 2024 Aug 22]. Disponible en: <https://neurorehabilitacion.mx/escala-fugl-meyer/>
37. Rodríguez A, Pastro I, Werner J, Theis S, Levis SM, Noconecy de Souza RM. Alteraciones de la función motora de miembro superior en la hemiplejia: modelos de intervención fisioterapéutica. Dialnet. 2005. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4781900>
38. Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía. Boletín Oficial del Estado. 2000;1546. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2000-1546>
39. Pablo-Blanco E, Rodríguez A. Discapacidad intelectual: una interpretación en el marco del modelo social de la discapacidad. Redalyc. 2021;6(2):1-15. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/5886/588662103007/html/>
40. Cuestionario DASH en español online. Traumatopedia [Internet]. 2024 [citado 2024 Aug 22]. Disponible en: <https://traumatopedia.com/escalas-traumatologia/cuestionario-dash-espanol-online/>
41. Hernández, R; Fernández, C; Baptista, P. Metodología de la investigación. DF, México: Mc Graw Hill; 2017.
42. Vásquez W. Metodología de la Investigación [Internet]. Perú. 2020 [Revisado el 01 de setiembre del 2021]. Disponible en: <https://www.usmp.edu.pe/estudiosgenerales/pdf/2020-I/MANUALES/II%20CICLO/METODOLOGIA%20DE%20INVESTIGACION.pdf>
43. Gómez G. Metodología de la investigación [Internet]. Argentina. 2018 [Revisado el 1 de setiembre del 2021] Disponible: http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20190823024606/Metodologia_para_que.pdf

44. Palomino M [Internet]. [citado el 18 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/entities/publication/0316246f-2de8-4da0-9c02-c91df4013fd0>
45. Velásquez J [Internet]. [citado el 18 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/entities/publication/43b2fc90-bb39-4c6c-a191-fdaa090e56fe>
46. Congreso de la República [Internet]. Gob.pe. [citado el 18 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/congreso-de-la-republica/normas-legales/243470-2973>

Anexo 1. Matriz de consistencia

Título de la investigación: “DISCAPACIDAD DEL MIEMBRO SUPERIOR Y FUNCIÓN MOTORA DE PERSONAS CON HEMIPLEJIA DE UN CENTRO DE SALUD, AYACUCHO 2025”

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variabes	Diseño metodológico	Instrumentos
<p>Problema general</p> <p>¿Cuál es la relación entre la discapacidad de miembro superior y la función motora de personas con hemiplejia de un centro de salud, Ayacucho, 2025?</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar relación entre la discapacidad de miembro superior y la función motora de personas con hemiplejia de un centro de salud , Ayacucho, 2025.</p>	<p>Hipótesis general</p> <p>Hi: Existe relación entre la discapacidad de miembro superior y la función motora en pacientes hemipléjicos de un Hospital Nacional, Ayacucho, 2025?</p>	<p>Discapacidad de miembro superior</p> <ul style="list-style-type: none"> · Físico · Síntomas · Función social 	<p>Método</p> <p>Hipotético Deductivo</p> <p>Enfoque</p> <p>Cuantitativo</p>	<p>Discapacidad de miembro superior</p> <p>DASHE</p> <p>Función Motora</p> <p>Fugl Meyer</p>
<p>Problemas específicos</p> <p>¿Cuáles son las características clínicas en pacientes hemipléjicos de un Hospital Nacional, Ayacucho, 2025?</p> <p>¿Cuál es la discapacidad de miembro superior en personas con hemiplejia de un centro de salud, Ayacucho, 2025?</p>	<p>Objetivo Especifico</p> <p>Conocer las características clínicas en pacientes hemipléjicos de un Hospital Nacional, Ayacucho, 2025.</p> <p>Conocer la discapacidad de miembro superior en personas con hemiplejia de un centro de salud, Ayacucho, 2025.</p>	<p>Hipótesis específica</p> <p>Hi: Existe relación entre la dimensión físico de discapacidad de miembro superior con la función motora en personas con hemiplejia de un centro de salud, Ayacucho, 2025.</p> <p>Hi: Existe relación entre la dimensión síntomas de discapacidad de miembro</p>	<p>Función Motora</p> <ul style="list-style-type: none"> · Miembro superior · Miembro inferior 	<p>Tipo</p> <p>Aplicado</p> <p>Diseño</p> <p>No experimental</p>	<p>Técnica:</p> <p>Observación</p>

<p>¿Cuál es la función motora en personas con hemiplejía de un centro de salud, Ayacucho, 2025?</p> <p>¿Cuál es la relación entre la dimensión físico de discapacidad de miembro superior con la función motora en personas con hemiplejía de un centro de salud, Ayacucho, 2025?</p> <p>¿Cuál es la relación entre la dimensión síntomas de discapacidad de miembro superior con la función motora en personas con hemiplejía de un centro de salud, Ayacucho, 2025?</p> <p>¿Cuál es la relación entre la dimensión función social de discapacidad de miembro superior con la función motora en personas con hemiplejía de un centro de salud, Ayacucho, 2025?</p>	<p>Conocer la función motora en personas con hemiplejía de un centro de salud, Ayacucho, 2025</p> <p>Conocer relación entre la dimensión físico de discapacidad de miembro superior con la función motora en personas con hemiplejía de un centro de salud, Ayacucho, 2025.</p> <p>Conocer relación entre la dimensión síntomas de discapacidad de miembro superior con la función motora en personas con hemiplejía de un centro de salud, Ayacucho, 2025.</p> <p>Conocer relación entre la dimensión función social de discapacidad de miembro superior con la función motora en personas con hemiplejía de un centro de salud, Ayacucho, 2025.</p>	<p>superior con la función motora en personas con hemiplejía de un centro de salud, Ayacucho, 2025.</p> <p>Hi: relación entre la dimensión función social de discapacidad de miembro superior con la función motora en personas con hemiplejía de un centro de salud, Ayacucho, 2025.</p>		<p>Sub diseño: Correlacional</p> <p>De corte: Transversal</p> <p>Población Pacientes hemipléjicos de un Hospital Nacional</p> <p>Muestra 35 pacientes hemipléjicos de un Hospital Nacional Ayacucho</p>	
---	---	--	--	---	--

Anexo II: Instrumentos

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“DISCAPACIDAD DEL MIEMBRO SUPERIOR Y FUNCIÓN MOTORA EN PACIENTES HEMIPLÉJICOS DE UN HOSPITAL NACIONAL, AYACUCHO, 2025”

La ficha de recolección de datos permitirá adquirir información de pacientes post ACV los cuales son considerables para el estudio.

los datos que pueda brindar de manera honesta y participativa

Lea los siguientes enunciados y marque con una (X) según corresponda

Autora: Lic. T.M. Elia Marina Fernandez Donayre

PARTE II: DATOS CLINICOS

POST ACV: Si () No ()

SECUELA: HEMIPLEJIA: Si () No ()

HEMISFERIO AFECTADO: Derecho () Izquierdo ()

TIPO: Isquémico () Hemorrágico ()

ESCALA DE FULG-MEYER FUNCION MOTORA DE MIEMBRO SUPERIOR

FECHA: .../...../2025

Nº de Historia clínica:

HOMBRO/ CODO/ ANTEBRAZO

I. Actividad Refleja	Ausente	Presente
1) Flexores: Bicipital	0	2
2) Extensores: Tricipital	0	2

0 = no se obtiene reflejo 1 2 = se obtiene reflejo				
II. Movimiento Voluntario con Sinergia		Ausente	Parcial	Completo
Sinergia Flexora	3) Elevación escapular	0	1	2
	4) Retracción de Hombro	0	1	2
	5) Abducción de Hombro	0	1	2
	6) Rotación Externa del Hombro	0	1	2
	7) Flexión del Codo	0	1	2
	8) supinación de Antebrazo	0	1	2
Sinergia Extensora	9) Aducción / Rotación interna	0	1	2
	10) Extensión del Codo	0	1	2
	11) Pronación del Antebrazo	0	1	2
0 = no realiza la acción 1 = la realiza parcialmente. Subtotal II (Max =18) 2 = la realiza perfectamente				

III. Movimiento Voluntario Combinado Sinergias		Ausente	Parcial	Completo
12) Mano hacia columna lumbar	0 = No puede realizar la acción 1 = Realiza la acción parcialmente (la mano debe pasar la EIAS) 2 = La realiza perfectamente	0	1	2
13) Flexión del hombro a 90° (codo a 0°)	0 = El brazo se abduce inmediatamente, o el codo se flexiona al inicio del movimiento 1 = abducción del hombro o flexión de codo en una fase más tardía del movimiento 2 = realiza la acción perfectamente	0	1	2
14) Pronación / supinación del antebrazo (codo en 90°, hombro en 0°)	0 = Posición correcta del hombro y no se puede conseguir la flexión de codo ni la pronación / supinación. 1 = El movimiento se puede realizar parcialmente, o, si durante el movimiento, el codo se flexiona, o el	0	1	2

	antebrazo no se puede mantener en pronación. 2 = se realiza perfectamente.			
Sub – total III (max = 6)				
IV. Movimiento voluntario que no combina sinergias		Ausente	Parcial	Completo
15) Abduccion de hombro hasta 90° (codo en 0°, antebrazo en pronación)	0= se produce flexión inicial en el codo, o alguna tendencia a la pronación del antebrazo 1= el movimiento se puede realizar parcialmente, o , si durante el movimiento, el codo se flexiona, o el antebrazo no se puede mantener en pronación 2= se realiza perfectamente.	0	1	2
16) Flexión del hombro entre 90° - 180°(codo 0° y antebrazo en posición intermedia)	0= se inicia flexión del codo, o se realiza abducción del hombro 1= la flexión del codo o la abducción de hombro ocurre durante la flexión del	0	1	2
17) Pronación / supinación del antebrazo (codo en 0° y hombro en 30° - 90° de flexión)	0= la supinación y pronación no puede realizarse 1= el codo y el hombro correctamente posicionados se sitúa adecuadamente, pero la posición de antebrazo se realiza en un rango limitado 2= se realiza perfectamente	0	1	2
Sub – total IV (max =6)				

V. Intensidad de los reflejos, (evaluar únicamente si la puntuación es igual a 6 para la sección IV)		Ausente	Parcial	Completo
18) Exploración de reflejos bicipital, tricipital y flexores de dedos	0= al menos 2 de los 3 reflejos son marcadamente hiperactivos 1=un reflejo es marcadamente hiperactivo o al menos 2 reflejos están activos 2= máximo un reflejo activo o ningún reflejo hiperactivo	0	1	2
Sub- total V (Max = 2)				
Total, A (Max. 36)				

B. MUÑECA		Ausente	Parcial	Completo
19) Flexión dorsal de muñeca (antebrazo en pronación, codo en pronación, codo en 90° de flexión y hombro en 0°)	0= El paciente no puede realizar la dorsiflexión hasta los 15° requeridos 1= alcanza 15° de dorsiflexión, pero no se aplica resistencia 2= la posición puede mantenerse con resistencia	0	1	2
20) flexión dorsal y palmar de muñeca (antebrazo en pronación, flexión/extensión, codo en 90° de flexión y hombro en 0°)	0= no existe movimientos voluntarios de flexión 1palmar 1= el paciente no puede completar activamente el rango total de movimiento de la muñeca 2= impecable, completando de manera repetitiva el rango total de movimiento articular.	0	1	2
21) flexión dorsal de muñeca (antebrazo en pronación, codo en 0° y hombro en flexión de 30°)	0= el paciente no puede realizar la dorsiflexión hasta los 15° requeridos 1= alcanza 15° de dorsiflexión, pero no se aplica resistencia. 2= la posición puede mantenerse con resistencia	0	1	2
22) flexión dorsal y palmar de muñeca (antebrazo en pronación, flexión / extensión, codo en 0° y hombro en flexión de 30°)	0= no existen movimientos voluntarios de flexión palmar 1= el paciente no puede completar activamente el rango total de movimiento de la muñeca 2= impecable, completando de manera repetitiva el rango total de movimiento articular.	0	1	2
23) Circunducción, movimiento circular con la muñeca	0= no se puede realizar 1= movimiento errático o circunducción incompleta 2= movimiento impecable	0	1	2

C. MANO		Ausente	Parcial	Completo
24) Flexión De dedos	0= no existe flexión 1= alguna flexión, pero no realiza el movimiento completo 2= flexión (activa) completo (comparada con la mano no afectada)	0	1	2
25) extensión de dedos	0= no existe extensión 1= el paciente puede realizar un agarre flexor activo, pero no el movimiento completo 2= extensión (activa) completa (comparada con la mano afectada)	0	1	2
PRENSION		Ausente	Parcial	Completo

26) Presión en gancho (con flexión de interfalángicas)	0= la posición requerida no se puede conseguir 1= agarre es débil 2= agarre puede ser mantenido con relativa resistencia relativamente grande	0	1	2
27) Presión digito pulgar lateral, agarre papel	0= no puede realizar la acción 1= el trozo de papel interpuesto entre el pulgar y el 1er dedo puede ser mantenido en su lugar, pero no con un tirón. 2= el papel es sostenido firmemente tras el tirón.	0	1	2
28) Presión digito pulgar (pulgar/índice) agarre lápiz	0= la función no se puede realizar 1= el lápiz interpuesto entre las yemas de los dedos índice y pulgar se puede mantener en el sitio, pero no a través de un ligero tirón 2= el lápiz se agarra firmemente aguantando el tirón	0	1	2
29) prensión cilíndrica, agarre lata	0= la función no se puede realizar 1= una lata puede mantenerse entre los dedos índice y pulgar pero no tras un tirón 2 la lata se sostiene firmemente tras el tirón	0	1	2
30) presión esférica, agarre pelota	0= la función no se puede realizar 1= puede mantener una pelota de tenis en su lugar mediante empuñadura esférica pero no tras el tirón 2= la pelota de tenis se puede mantener firmemente tras el tirón.	0	1	2
Total (Max = 14)				

D. COORDINACION/VELOCIDAD dedo/nariz rápidamente, cinco veces, los ojos cerrados. Medir el tiempo de realización y comparar con el lado apuesto		acentuado	leve	nada
31) temblor	0= temblor marcado 1= temblor ligero 2= sin temblor	0	1	2
32) dismetria	0= disimetría pronunciada o no sistemática 1= disimetría ligera o sistematizada 2= sin dismetria	0	1	2

		>5s	2 – 5s	<1s
33) velocidad	0= la actividad se realiza en más de 6 segundos más lento que con la mano no afectada 1= entre 2 y 5.9 segundos más lento que con la mano no afectada 2= menos de 2 segundos de diferencia	0	1	2
Total (Max = 6)				

ESCALA DE FULG-MEYER
FUNCION MOTORA DE MIEMBRO INFERIOR

E. CADERA/ RODILLA/ TOBILLO

I. Actividad Refleja		Ausente	Presente	
34) Flexores: Aquileo		0	2	
35) Extensores: Rotuliano		0	2	
0 = no se obtiene reflejo 2 = se obtiene		Subtotal I (Max =4)		
II. Movimiento Voluntario con Sinergia		Ausente	Parcial	Completo
Sinergia Flexora (posición en decúbito supino)	36) Flexión de cadera	0	1	2
	37) Flexión de rodilla	0	1	2
	38) Dorsiflexión de tobillo	0	1	2
Sinergia Extensora (posición en decúbito lateral)	39) Extensión de cadera	0	1	2
	40) Aducción de cadera	0	1	2
	41) Extensión de rodilla	0	1	2
	42) Flexión plantar de tobillo	0	1	2
0= no la puede realizar en absoluto. 1= Realiza el movimiento parcialmente. 2= realiza el movimiento completamente		Subtotal II (Max =14)		
III. Movimiento Voluntario combinando sinergias (posición sentado)		Ausente	Parcial	Completo
43) flexión de Rodilla	0= no hay movimiento activo 1= desde la posición de ligera extensión, la rodilla puede flexionarse, pero no mas de los 90º 2= flexión de rodilla más de 90º	0	1	2
44) Dorsiflexión de tobillo (levantar la punta del pie con el talón en el suelo)	0= no hay movimiento activo 1= flexión activa incompleta (el talón debe permanecer en el suelo con los bordes medial y lateral del ante pie sin tocar el suelo durante la dorsiflexión) 2= Dorsiflexión normal (rango completo de movimiento activa con el talón en el suelo)	0	1	2
Subtotal III (Max. = 4)				

IV. Movimiento voluntario sin sinergia (en bipedestación)		Ausente	Parcial	Completo
45) Flexión De Rodilla (patada hacia atrás con talón)	0= no rodilla no se puede flexionar sin la flexión de la cadera 1= la flexión de la rodilla se inicia sin flexión de cadera, pero no alcanza los 90º o la cadera comienza a flexionarse en una fase posterior del movimiento. 2= la rodilla se flexiona más de 90º	0	1	2
46) Dorsiflexión de tobillo (levanta la punta del pie con el talón en el suelo)	0= sin movimiento activo 1= movimiento parcial o con rodilla sin extensión completa 2= movimiento completo (realización completa del rango articular en la dorsiflexión con la rodilla extendida y el talón en el suelo)	0	1	2
Subtotal IV (Max = 4)				
V. Actividad refleja normal, evaluar solamente si la puntuación es igual a 4 para la sección IV, comparar con lado afectado		Ausente	Parcial	Completo
47) Reflejos en miembro inferior (en posición sentada)	0= Al menos dos de tres reflejos son marcadamente hiperactivos 1= un reflejo es marcadamente hiperactivo o al menos dos reflejos están activos. 2= no más de un reflejo esta activo y ninguno esta hiperactivo.	0	1	2
Subtotal V (Max = 2)				
Total, A (Max. =28)				
F. COORDINACION/VELOCIDAD, con los ojos cerrados llevar el talón recorriendo la tibia hacia la rodilla contraria		Acentuado	leve	nada
48) Temblor	0= temblor marcado 1= temblor ligero 2= sin temblor	0	1	2
49) Dismetría	0= disimetría pronunciada o no sistemática 1= disimetría ligera o sistemática 2= sin disimetría	0	1	2
		>5s	2-5s	<1s
50) Velocidad	0= La actividad se realiza en más de 6 segundos más lento que con la mano no afecta 1= entre 2 y 5.9 segundos más lento que con la mano no afecta 2= menos de 2 segundos de diferencia	0	1	2
Total (Max = 6)				

TOTAL, MIEMBRO SUPERIOR A-B-C-D (MAX. = 66)	
TOTAL, MIEMBRO INFERIOR E-F (MAX. = 34)	
TOTAL, FUNCION MOTORA (MAX. = 100)	

COMPROMISO DE LA FUNCION MOTORA	PUNTUACION
MUY SEVERO	(0 – 35 PUNTOS)
SEVERO	(36 – 55 PUNTOS)
MODERADO	(56 – 79 PUNTOS)
LEVE	(>79 PUNTOS)

CUESTIONARIO DE DISCAPACIDAD DEL HOMBRE, BRAZO Y MANO (DASHe)

Califique su capacidad para realizar las siguientes actividades durante la última semana marcando con un círculo el número que figura bajo la respuesta correspondiente	Sin dificultad	Dificultad leve	Dificultad moderada	Dificultad severa	Incapaz
1. abrir un bote apretado o nuevo	1	2	3	4	5
2. escribir	1	2	3	4	5
3. girar una llave	1	2	3	4	5
4. preparar una comida	1	2	3	4	5
5. empujar una puerta pesada para abrirla	1	2	3	4	5
6. colocar un objeto en un estante por encima de la cabeza	1	2	3	4	5
7. realizar áreas domesticas pesadas (ej. Limpiar paredes o fregar suelos)	1	2	3	4	5
8. cuidar plantas en el jardín o la terraza	1	2	3	4	5
9. hacer una cama	1	2	3	4	5
10. llevar una bolsa de la compra o una cartera	1	2	3	4	5
11. llevar un objeto pesado (más de 5kg)	1	2	3	4	5
12. cambiar una bombilla que este por encima de la cabeza	1	2	3	4	5
13. lavarse o secarse el pelo	1	2	3	4	5
14. lavarse la espalda	1	2	3	4	5
15. ponerse un jersey	1	2	3	4	5
16. usar un cuchillo para cortar alimentos	1	2	3	4	5
17. actividades recreativas que requieren poco esfuerzo (ej. Jugar a las cartas. Hacer punto)	1	2	3	4	5
18. actividades recreativas en las que se realice alguna fuerza o se soporte algún impacto en el brazo, el hombro o la mano (ej. Golf, tenis, dar martillazos)	1	2	3	4	5
19. actividades recreativas en las que mueva libremente el brazo, el hombro o la mano (ej. Jugar a ping pong lanzar una pelota)	1	2	3	4	5
20. posibilidad de utilizar transportes (ir de un sitio a otro)	1	2	3	4	5
21. actividades sexuales	1	2	3	4	5
22. durante la semana pasada. ¿en qué medida el problema de su brazo, hombro o mano interfirió en su actividades sociales con la familia, amigos, vecinos, o grupos? (marca el numero con un círculo)	NADA 1	LIGERAMENTE 2	MODERADAMENTE 3	MUCHO 4	EXTREMADAMENTE 5
23. durante la semana pasada. ¿el problema de su brazo, hombro o mano limito sus actividades laborales u otras actividades de la vida diaria? (marque el numero con un círculo)	NADA LIMITADO 1	LIGERAMENTE LIMITADO 2	MODERADAMENTE LIMITADO 3	MUY LIMITADO 4	INCAPAZ 5
valore la gravedad de los siguientes síntomas durante la semana pasada (marque el numero con un círculo)	NULA	LEVE	MODERADA	SEVERA	EXTREMA
24. Dolor en el brazo, hombro o mano	1	2	3	4	5
25. Dolor en el brazo, hombro o mano cuando realiza una actividad concreta	1	2	3	4	5
26. Sensación punzante u hormigueo en el brazo, hombro o mano	1	2	3	4	5
27. Debilidad en el brazo, hombro o mano	1	2	3	4	5
28. Rigidez en el brazo, hombro o mano	1	2	3	4	5
29. durante la semana pasada. ¿Cuál dificultad tuvo para dormir a causa del dolor en el brazo, hombro o mano? (marque el numero con un círculo)	NINGUNA DIFICULTAD 1	DIFICULTAD LEVE 2	DIFICULTAD MODERADA 3	DIFICULTAD SEVERA 4	TANTA DIFICULTAD QUE NO PUEDE DORMIR 5
30. Me siento menos capaz, con menos confianza y menos útil, a causa del problema en el brazo, hombro o mano (marque el numero con un círculo)	TOTALMENTE EN DESACUERDO 1	EN DESACUERDO 2	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO 3	DE ACUERDO 4	TOTALMENTE DE ACUERDO 5

Modelo De Deportes Y Artes plásticas (DASHe) Opcional

Las siguientes preguntas se refieren al impacto que tiene su problema del brazo, hombro o mano cuando toca un instrumento musical o practica deporte o en ambos casos. Si practica mas de un deporte o toca mas de un instrumento (o si practica un deporte y toca un instrumento), responda en relación con aquella actividad que sea mas importante para usted. Si no practica deportes ni toca instrumentos musicales, no es necesario que rellene esta sección

Indique el deporte o el instrumento que sea más importante para usted:					
Marque con un círculo el número que mejor describa su capacidad física durante la semana pasada ¿tuvo alguna dificultad...	NINGUNA DIFICULTAD 1	DIFICUTAD LEVE 2	DIFICULTAD MODERADA 3	DIFICULTAD SEVERA 4	INCAPAZ 5
1. Para usar su técnica habitual tocar el instrumento o practicar el deporte?	1	2	3	4	5
2. para tocar el instrumento musical o para practicar el deporte a causa del dolor en el brazo, hombro o mano?	1	2	3	4	5
3. para tocar el instrumento musical o para practicar el deporte tan bien como quisiera?	1	2	3	4	5
4. para tocar el instrumento o practicar el deporte durante el tiempo que suele dedicar habitualmente a hacerlo?	1	2	3	4	5

Modulo Laboral (DASHe). Opcional

Las siguientes preguntas se refiere al impacto que tiene su problema del brazo, hombro o mano sobre su capacidad para trabajar (incluido el trabajo doméstico, si es su tarea principal). Si no trabaja no es necesario que rellene esta sección.

Indique en que consiste su oficio/trabajo:					
Marque con un círculo el numero que mejor describa su capacidad física durante la semana pasada. ¿tuvo alguna dificultad...	NINGUNA DIFICULTAD 1	DIFICUTAD LEVE 2	DIFICULTAD MODERADA 3	DIFICULTAD SEVERA 4	INCAPAZ 5
1. para usar su forma habitual de realizar su trabajo?	1	2	3	4	5
2. para realizar su trabajo habitual a causa del dolor en el brazo, hombro o mano?	1	2	3	4	5
3. para realizar su trabajo tan bien como quisiera?	1	2	3	4	5
4. para realizar su trabajo durante el tiempo que suele dedicar habitualmente a hacerlo?	1	2	3	4	5

$$\text{puntuación de DASHe de discapacidad/síntomas} = \left[\frac{\text{suma de } n \text{ respuestas}}{n} \right] - 1 * 25\%$$

Donde n es igual al numero de las respuestas completadas

Mínima (1-25% de discapacidad)	Moderada (26-50% de discapacidad)	Intensa (51-75% de discapacidad)	Máxima (76-100% de discapacidad)

Observación:

.....

Fecha: _____

ANEXO III: JUICIO DE EXPERTOS.

1 pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

2 relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

3 claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si hay suficiencia

Aplicación solo para este estudio

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable [X]

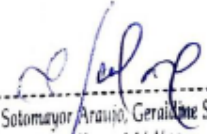
Aplicable después de corregir []

No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador: Sotomayor Araujo Geraldine Shirle

DNI: 46008417

Especialidad del validador: Mg en gestión en salud / Lic. Tecnólogo Médico en terapia física y rehabilitación.



Lic. Sotomayor Araujo, Geraldine Shirle
Tecnólogo Médico
C. T. M. P. 11264

31 de Marzo del 2025

Firma del Experto Informante

1 pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

2 relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

3 claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si hay suficiencia

Aplicación solo para este estudio

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable

Aplicable después de corregir


No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador: Rivera Sandoval, Luis

DNI: 46493894

Especialidad del validador: Mg en Gestión en los Servicios de la Salud / Lic. Tecnólogo Medico en terapia física y rehabilitación.

08 de abril del 2025



Mg. TM. Luis Rivera Sandoval
TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN
CTMP 22110

Firma del Experto Informante

1 pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

2 relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

3 claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si hay suficiencia

Aplicación solo para este estudio

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable [X]

Aplicable después de corregir []

No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador: Melgarejo Valverde José Antonio

DNI: 06230600

Especialidad del validador: Mg. En Docencia Universitaria y Gestión Educativo.

12 de abril del 2025



Firma del Experto Informante

FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR JUEZ EXPERTO

ESCALA DE FULG-MEYER (V2)

Por la presente le saludamos y se le solicita tenga a bien dar su opinión respecto al instrumento de recolección de datos del proyecto de investigación titulado **“DISCAPACIDAD DEL MIEMBRO SUPERIOR Y FUNCIÓN MOTORA EN PACIENTES HEMIPLEJICOS DE UN HOSPITAL NACIONAL, AYACUCHO 2025”**

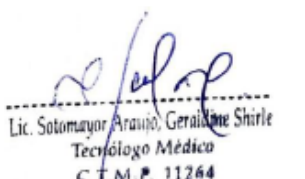
para optar el título profesional de Especialista en Fisioterapia en Neurorrehabilitación en la Universidad Privada Norbert Wiener.

Muchas gracias por su colaboración.

Tenga en consideración los criterios base que a continuación se presenta y marque con una (x) o un check (✓) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

Item	Criterio	SI	NO	Observación
1	El instrumento recoge información que permita dar respuesta al problema de investigación.	X		
2	El instrumento propuesto responde a los objetivos de estudio.	X		
3	Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable.	X		
4	La estructura del instrumento es adecuada.	X		
5	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
6	Los ítems son claros y entendibles.	X		
7	El número de ítems es adecuado para su aplicación.	X		

Sugerencias:


Lic. Sotomayor Araujo, Geraldine Shirle
Tecnólogo Médico
C.F.M.P. 11264
Mg. En Gestión en Salud

Fecha: 08 /04 /2025

FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR JUEZ EXPERTO

CUESTIONARIO DE DISCAPACIDAD DEL HOMBRO, BRAZO Y MANO (DASHe)

Por la presente le saludamos y se le solicita tenga a bien dar su opinión respecto al instrumento de recolección de datos del proyecto de investigación titulado "DISCAPACIDAD DEL MIEMBRO SUPERIOR Y FUNCIÓN MOTORA EN PACIENTES HEMIPLÉJICOS DE UN HOSPITAL NACIONAL, AYACUCHO 2025"

para optar el título profesional de Especialista en Fisioterapia en Neurorrehabilitación en la Universidad Privada Norbert Wiener.

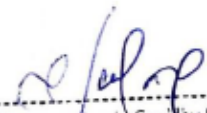
Muchas gracias por su colaboración.

Tenga en consideración los criterios base que a continuación se presenta y marque con una (x) o un check (✓) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

Item	Criterio	SI	NO	Observación
1	El instrumento recoge información que permita dar respuesta al problema de investigación.	X		
2	El instrumento propuesto responde a los objetivos de estudio.	X		
3	Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable.	X		
4	La estructura del instrumento es adecuada.	X		
5	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
6	Los ítems son claros y entendibles.	X		
7	El número de ítems es adecuado para su aplicación.	X		

Sugerencias:

Fecha: 08 /04 /2025


Lic. Sotomayor Aravido Geraldine Shirle
Tecnólogo Médico
C.T.M.P. 11264

Mg. En Gestión en Salud

FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR JUEZ EXPERTO

ESCALA DE FULG-MEYER (V2)

Por la presente le saludamos y se le solicita tenga a bien dar su opinión respecto al instrumento de recolección de datos del proyecto de investigación titulado "DISCAPACIDAD DEL MIEMBRO SUPERIOR Y FUNCIÓN MOTORA EN PACIENTES HEMIPLEJICOS DE UN HOSPITAL NACIONAL, AYACUCHO 2025"

para optar el título profesional de Especialista en Fisioterapia en Neurorehabilitación en la Universidad Privada Norbert Wiener.


Muchas gracias por su colaboración.

Tenga en consideración los criterios base que a continuación se presenta y marque con una (x) o un check (✓) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

Item	Criterio	SI	NO	Observación
1	El instrumento recoge información que permita dar respuesta al problema de investigación.	✓		
2	El instrumento propuesto responde a los objetivos de estudio.	✓		
3	Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable.	✓		
4	La estructura del instrumento es adecuada.	✓		
5	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	✓		
6	Los ítems son claros y entendibles.	✓		
7	El número de ítems es adecuado para su aplicación.	✓		

Sugerencias:

Fecha: 08 /04 /2025


Mg. TM. Luis Rivera Sandoval
TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN
CTMP 22110

Mg. En Gestión de los Servicios de la Salud

FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR JUEZ EXPERTO

CUESTIONARIO DE DISCAPACIDAD DEL HOMBRO, BRAZO Y MANO (DASHe)

Por la presente le saludamos y se le solicita tenga a bien dar su opinión respecto al instrumento de recolección de datos del proyecto de investigación titulado "DISCAPACIDAD DEL MIEMBRO SUPERIOR Y FUNCIÓN MOTORA EN PACIENTES HEMIPLEJICOS DE UN HOSPITAL NACIONAL, AYACUCHO 2025"

para optar el título profesional de Especialista en Fisioterapia en Neurorehabilitación en la Universidad Privada Norbert Wiener.


Muchas gracias por su colaboración.

Tenga en consideración los criterios base que a continuación se presenta y marque con una (x) o un check (✓) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

Ítem	Criterio	SI	NO	Observación
1	El instrumento recoge información que permita dar respuesta al problema de investigación.	✓		
2	El instrumento propuesto responde a los objetivos de estudio.	✓		
3	Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable.	✓		
4	La estructura del instrumento es adecuada.	✓		
5	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	✓		
6	Los ítems son claros y entendibles.	✓		
7	El número de ítems es adecuado para su aplicación.	✓		

Sugerencias:

Fecha: 08 /04 /2025


Mg. TM. Luis Rivera Sandoval
TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN
CTMP 22110

Mg. En Gestión de los Servicios de la Salud

FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR JUEZ EXPERTO

ESCALA DE FULG-MEYER (V2)

Por la presente le saludamos y se le solicita tenga a bien dar su opinión respecto al instrumento de recolección de datos del proyecto de investigación titulado “**DISCAPACIDAD DEL MIEMBRO SUPERIOR Y FUNCIÓN MOTORA EN PACIENTES HEMIPLÉJICOS DE UN HOSPITAL NACIONAL, AYACUCHO 2025**”

para optar el título profesional de **Especialista en Fisioterapia en Neurorrehabilitación** en la Universidad Privada Norbert Wiener.

Muchas gracias por su colaboración.

Tenga en consideración los criterios base que a continuación se presenta y marque con una (x) o un check (✓) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

Ítem	Criterio	SI	NO	Observación
1	El instrumento recoge información que permita dar respuesta al problema de investigación.	X		
2	El instrumento propuesto responde a los objetivos de estudio.	X		
3	Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable.	X		
4	La estructura del instrumento es adecuada.	X		
5	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
6	Los ítems son claros y entendibles.	X		
7	El número de ítems es adecuado para su aplicación.	X		

Sugerencias:

Fecha: 12 /04 /2025



Mg. En Docencia Universitaria y
Gestión Educativo

FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR JUEZ EXPERTO

CUESTIONARIO DE DISCAPACIDAD DEL HOMBRO, BRAZO Y MANO (DASHe)

Por la presente le saludamos y se le solicita tenga a bien dar su opinión respecto al instrumento de recolección de datos del proyecto de investigación titulado "DISCAPACIDAD DEL MIEMBRO SUPERIOR Y FUNCIÓN MOTORA EN PACIENTES HEMIPLÉJICOS DE UN HOSPITAL NACIONAL, AYACUCHO 2025"

para optar el título profesional de Especialista en Fisioterapia en Neurorehabilitación en la Universidad Privada Norbert Wiener.

Muchas gracias por su colaboración.

Tenga en consideración los criterios base que a continuación se presenta y marque con una (x) o un check (✓) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

Item	Criterio	SI	NO	Observación
1	El instrumento recoge información que permita dar respuesta al problema de investigación.	X		
2	El instrumento propuesto responde a los objetivos de estudio.	X		
3	Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable.	X		
4	La estructura del instrumento es adecuada.	X		
5	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
6	Los ítems son claros y entendibles.	X		
7	El número de ítems es adecuado para su aplicación.	X		

Sugerencias:

Fecha: 12 /04 /2025



Mg. En Docencia Universitaria y
Gestión Educativo

ANEXO IV:

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Fecha de aceptación del participante: _____

I.- INFORMACION.

Este documento de consentimiento informado tiene información que lo ayudará a decidir si el paciente participará en este estudio de investigación en salud: **“DISCAPACIDAD DEL MIEMBRO SUPERIOR Y FUNCIÓN MOTORA EN PACIENTES HEMIPLÉJICOS DE UN HOSPITAL NACIONAL, AYACUCHO 2025”**

Antes de decidir, si participa en este proyecto, debe conocer y comprender todos y cada uno de los siguientes apartados, tómese el tiempo necesario y lea con detenimiento la información proporcionada líneas abajo, si a pesar de ello persisten sus dudas, comuníquese al investigador. No debe dar consentimiento hasta que entienda la información y todas sus dudas hubiesen sido resueltas.

Una vez firmado el consentimiento informado usted recibirá una copia de este.

TÍTULO DEL PROYECTO: “DISCAPACIDAD DEL MIEMBRO SUPERIOR Y FUNCIÓN MOTORA EN PERSONAS CON HEMIPLÉJIA DE UN CENTRO DE SALUD, AYACUCHO, 2025”

Nombre del investigador: Lic. T.M Elia Marina Fernandez Donayre

Propósito del estudio: Determinar la relación entre discapacidad del miembro superior y función motora en pacientes hemipléjicos de un hospital nacional, Ayacucho 2025.
Cuestionario de discapacidad de brazo, hombro, mano (DASHe) para medir discapacidad del MMSS, **Escala de Fulg Meller** para medir la función motora.

Beneficios por participar:

Usted se beneficiará porque conocerá el nivel de función motora gruesa de su niño y cómo se relaciona con su calidad de vida; siendo importante pues se desarrollará charlas y talleres para tener un mejor abordaje de su niño en su hogar, mejorando así su capacidad funcional y su estrés.

Por lo tanto, con su apoyo estará aportando más conocimientos en el área de la salud permitiendo diseñar protocolos de manejo preventivo - asistencial tanto para la comunidad científica como para la sociedad.

Inconvenientes y riesgos:

Su participación en el estudio no representa ningún riesgo tanto para su salud emocional, física e integral.

Confidencialidad: Nosotros guardaremos la información con códigos y no con nombres. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de usted. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio.

Costos por participar: Usted no deberá pagar nada por la participación. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni medicamentos a cambio de su participación.

Renuncia por participar: Si usted se siente incómodo durante la ejecución de las pruebas, podrá retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno.

Consulta posterior: Si tiene alguna inquietud y/o molestia, no dude en preguntar al personal del estudio. Puede comunicarse con la **Lic. T.M Elia Marina Fernandez Donayre** (+51 956396460).

Contacto con el comité de Ética: Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité Institucional de Ética para la investigación de la Universidad Privada Norbert Wiener, teléfono 01- 706 5555 anexo 3286.

II.- DECLARACION DE CONSENTIMIENTO.

Declaro que he leído y comprendido la información proporcionada, se me ofreció la oportunidad de hacer preguntas y responderlas satisfactoriamente, no he percibido coacción ni he sido influido indebidamente a participar o continuar participando en el estudio y finalmente el hecho de responder la encuesta expresa mi aceptación a participar voluntariamente en el estudio. En mérito a ello proporciono la información siguiente:

Nombres y Apellidos:

DNI:

FIRMA PARTICIPANTE

FIRMA DEL INVESTIGADOR




10% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto citado
- ▶ Texto mencionado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 9%  Fuentes de Internet
- 1%  Publicaciones
- 9%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Fuentes principales

- 9% Fuentes de Internet
- 1% Publicaciones
- 9% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	
repositorio.uwiener.edu.pe		9%
2	Trabajos entregados	
Universidad Wiener on 2025-12-09		1%