



Universidad  
**Norbert Wiener**

Powered by **Arizona State University**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA**  
**MÉDICA EN TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN**

**Trabajo Académico**

Ansiedad relacionada con la funcionalidad en pacientes con lesión medular de  
un centro de rehabilitación, Lima – 2024

**Para optar el Título de**  
Especialista en Fisioterapia en Neurorrehabilitación

**Presentado por:**

**Autora:** Molina De Los Ríos, Jheniffer Eumelia

**Código ORCID:** <https://orcid.org/0009-0007-9808-1652>

**Asesor:** Mg. Melgarejo Valverde, José Antonio

**Código ORCID:** <https://orcid.org/0000-0001-8649-0925>

**Lima – Perú**

**2024**

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

Yo, Molina De Los Ríos Jheniffer Eumelia egresado de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Académica Profesional de Tecnología Médica de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo académico “Ansiedad relacionada con la funcionalidad en pacientes con lesión medular de un centro de rehabilitación Lima 2024”. Asesorado por el docente: Mg. Melgarejo Valverde José Antonio con DNI 06230600, con ORCID: 0000-0001-8649-0925, tiene un índice de similitud de 17(DIECISIETE)% con código: oid:14912:410304812, 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 1

Nombres y apellidos del Egresado

Jheniffer Eumelia Molina De Los Ríos

DNI: ...70377774.....




.....  
 Firma

Nombres y apellidos del Asesor

José Antonio Melgarejo Valverde

DNI: 06230600

Lima, 20 de julio de 2024

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

Es obligatorio utilizar adecuadamente los filtros y exclusión del turnitin: excluir las citas, la bibliografía y las fuentes que tengan menos de 1% de palabras. EN caso se utilice cualquier otro ajuste o filtros, debe ser debidamente justificado en el siguiente recuadro.

En el reporte turnitin se ha excluido manualmente como se observa en la parte final del mismo lo que compone a la estructura del modelo de tesis de la universidad, como instrucciones o material de plantilla, redacción común o material citado, que no compromete la originalidad de la tesis.

## Índice general

<b>1. EL PROBLEMA.....</b>	<b>4</b>
1.1 Planteamiento del problema.....	4
1.2 Formulación del problema.....	5
1.2.1 Problema general .....	5
1.2.2 Problema específicos .....	5
1.3. Objetivos de la investigación.....	6
1.3.1 Objetivo general .....	6
1.3.2 Objetivos específicos.....	6
1.4 Justificación de la investigación .....	6
1.4.1 Teórica .....	6
1.4.2 Metodológica .....	7
1.4.3 Práctica .....	7
1.5 Limitaciones de la investigación .....	7
1.5.1 Temporal.....	7
1.5.2 Espacial.....	7
1.5.3 Recursos .....	8
<b>2. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>8</b>
2.1 Antecedentes de la investigación.....	8
2.1.1 Antecedentes nacionales.....	8
2.1.2 Antecedentes internacionales .....	9
2.2 Bases teóricas .....	13
2.3 Formulación de hipótesis.....	19
2.3.1 Hipótesis general .....	19
2.3.2 Hipótesis específicas.....	19
<b>3. METODOLOGÍA.....</b>	<b>19</b>
3.1. Método de la investigación.....	19
3.2. Enfoque de la investigación: cuantitativo.....	20
3.3. Tipo de investigación: no experimental porque se busca la relación entre ambas variables.....	20
3.4. Diseño de la investigación: descriptivo correlacional.....	20

3.5. Población, muestra y muestreo.....	20
3.5.1 Población.....	20
3.5.2 Muestra.....	20
3.5.3 Muestreo.....	20
3.6. Variables y operacionalización.....	21
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	32
3.7.1 Técnica.....	32
3.7.2 Validación.....	33
3.8 Plan de procesamiento y análisis de datos.....	33
3.9 Aspectos éticos.....	34
<b>4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS.....</b>	<b>34</b>
4.1. Cronograma de actividades.....	34
4.2 Presupuesto.....	37
<b>5. REFERENCIAS.....</b>	<b>38</b>
ANEXOS.....	45
Anexo I: Matriz de consistência.....	46
Anexo II: Instrumentos.....	48
Anexo III: Validez de instrumento.....	61
Anexo IV: Formato de Consentimiento Informado.....	64
Anexo V: Carta de aprobación de la institución para la recolección de datos.....	66
Anexo VI: Reporte de similitud de Turnitin.....	67

## **1. EL PROBLEMA**

### **1.1 Planteamiento del problema**

La lesión de la médula espinal es un evento devastador a nivel neurológico y fisiopatológico que causa disfunción motora, sensitiva y/o autonómica. Esto a su vez va a producir dependencia física, morbilidad, estrés psicológico y carga económica (Anjum et al., 2020). La lesión medular se puede agrupar en 2 grandes etiologías las cuales son: No traumática o traumática, esta última es la más frecuente. La incidencia anual de lesión de médula espinal traumática es de 10 a 85 casos nuevos por millón de habitantes. La LM de causas no accidental van en aumento. Durante el primer año después de sufrir la lesión el número de defunciones se mantiene elevado en comparación de la población existente. Las personas con LM tienen entre 2 y 5 veces más probabilidades de morir prematuramente que las demás. (1)

Las LM pueden generar discapacidad física y dependencia económica, trastornos mentales como depresión y ansiedad. Lo que es un tema de mayor interés para los países de ingresos menores como los de América Latina. Reconocen que el nivel de exposición de un evento traumático más la pérdida de funcionalidad afectan notoriamente las funciones de la médula espinal ocasionando en el paciente lesiones físicas y mentales como la pérdida de movilidad y limitación en sus AVD.

Un estudio descriptivo de tipo transversal revela la vulnerabilidad de los pacientes después de un evento post traumático con los episodios de ansiedad, estrés y depresión. Para determinar la presencia de una o más trastornos psiquiátricos se optó por una muestra de 19 pacientes entre las edades de 18 y 65 años con LM del Hospital de Rehabilitación del IGSS, se encontró que existe mayor consulta en pacientes del sexo masculino con LM entre las edades de 40 y 65 años. El 89%

de ellos son de provincias y de estos el 42% refiere padecer algún diagnóstico. El 52% de la población padece de ansiedad, 37% Depresión y 26% Trastorno de Estrés Postraumático. (3)

Existe evidencias donde las lesiones traumáticas traen como consecuencias algunos problemas mentales o eventos psiquiátricos, sin embargo, el predominio de la ansiedad es elevado en comparación de los episodios de depresión y estrés postraumático. La importancia de un proceso de psicoterapia en pacientes con estas LM es fundamental para su proceso de recuperación y adaptación. Evaluación del paciente con diagnóstico psicológico o psiquiátrico con pruebas psicométricas antes de su egreso del Hospital de Rehabilitación para el seguimiento del tratamiento especializado en la unidad que corresponde (4).

## **1.2 Formulación del problema**

### **1.2.1 Problema general**

¿Cuál es la relación entre la ansiedad y la funcionalidad en pacientes con lesión medular de un Centro de Rehabilitación, Lima 2024?

### **1.2.2 Problema específicos**

- ¿Cuál es el nivel de ansiedad en pacientes con lesión medular de un Centro de Rehabilitación, Lima 2024?
- ¿Cuál es el nivel de funcionalidad en pacientes con lesión medular de un Centro de Rehabilitación, Lima 2024?

### **1.3. Objetivos de la investigación**

#### **1.3.1 Objetivo general**

Determinar la relación entre la ansiedad y la funcionalidad en pacientes con lesión medular de un Centro de Rehabilitación, Lima 2024

#### **1.3.2 Objetivos específicos**

- Determinar la ansiedad en pacientes con lesión medular de un Centro de Rehabilitación, Lima 2024.
- Determinar la funcionalidad en pacientes con lesión medular de un Centro de Rehabilitación, Lima 2024.

### **1.4 Justificación de la investigación**

#### **1.4.1 Teórica**

Va a generar un nuevo conocimiento de relación de estas variables importantes para la lesión medular porque va generar una base de datos de conocimientos ya que se enfocó en demostrar el resultado de ansiedad que se evaluara con la Escala de Ansiedad de Beck, y funcionalidad en lesionados medulares que se ve evalúa con el Sistema de Gestión de Identidad Cruzada SCIM, Según las pertinencias de los pacientes en cuanto a las funciones del sistema nervioso.

### **1.4.2 Metodológica**

El estudio contara con la utilización de dos instrumentos, Inventario de ansiedad de Beck y el Sistema de Gestión de Identidad Cruzada (SCIM) que ya presentan validación a nivel nacional e internacional, con aporte a la investigación de la metodología de nuestro estudio.

### **1.4.3 Práctica**

Busca beneficiar a los pacientes con LM que tiene una relación con la funcionalidad y la ansiedad, conocer la relación trae ventajas al paciente porque manejaríamos la ansiedad para estabilizar la funcionalidad. Mejoraríamos la funcionalidad para disminuir la ansiedad, a mayor funcionalidad modularíamos la ansiedad.

## **1.5 Limitaciones de la investigación**

### **1.5.1 Temporal**

El presente estudio de investigación se desarrollará durante el periodo de Julio – Diciembre 2024.

### **1.5.2 Espacial**

La tesis se llevará a cabo en un centro de rehabilitación en Lima.

### 1.5.3 Recursos

Utilizaremos internet, impresora, tinte para impresora, hojas bond, laptop, lapiceros, tablero, sobre manila, engrapadora, grapas y programas como Word, Google y SPSS versión 27.0.

## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1 Antecedentes de la investigación

#### 2.1.1 Antecedentes nacionales

**Valverde (6)** tuvo como propósito “determinar la relación entre el nivel de funcionalidad y el nivel de calidad de vida, en pacientes con LM del Hospital Nacional Luis N. Sáenz”. El presente estudio es hipotético-deductivo, de corte transversal, de enfoque cuantitativo no experimental y de tipo aplicado. La población es de 80 pacientes con LM de las cuales como muestra solo se obtuvo 65. Para los datos estadísticos se utilizó el programa SPSS y como prueba estadística se utilizó Rho Spearman. Con respecto a los instrumentos se utilizaron SCIM III (nivel de funcionalidad) y SF36V.2 (nivel de calidad de vida). Como resultados se encontró que el sexo masculino predomina como mayoría con un 84,6% en el rango de 51 años en adelante, el 55,4% presenta LM completa y el 72,4% son parapléjicos. Según el origen de las lesiones el 76.9% es traumático y el 43.1% fueron por proyectil de arma. Como consecuencia el acortamiento muscular se presentó con un 26,4% y la infección urinaria con un 25,9%. Finalmente, se encontró una relación directa entre funcionalidad y calidad de vida física en pacientes con LM con un (p valor =0,046) siendo menor a 0.05, sin embargo, con funcionalidad y salud mental no se encontró relación.

### 2.1.2 Antecedentes internacionales

**Zalivar et al (4)** estudiaron este tema con el propósito de " registrar las desigualdades de la capacidad de afrontamiento de los pacientes con LM de origen accidental y no accidental" conforme a la metodología el estudio es descriptivo de corte transversal con una muestra de 50 pacientes con LM ( 36 de origen traumático y 14 no traumático), se utilizó la prueba estadística descriptiva y no paramétrica con un nivel de significancia de 5%, se utilizó como técnica la encuesta y de instrumentos se utilizó Escala de afrontamiento de Lazarus; EAB, EDH; Cuestionario autoestima de Coopersmith, Test de Apgar e Índice de Katz. Como resultado se obtuvo que la predominancia del sexo ha sido el masculino (78%), el 71% de los pacientes con LM no traumático presento complicaciones con riesgo para la salud. Se hallaron diferencias resaltantes entre los grupos de depresión ( $p=0.003$ ), índice de Katz ( $p=0.02$ ) y capacidad de afrontamiento ( $p=0.009$ ). En conclusión, se encontró diferencias entre los pacientes con LM traumático y no traumático con respecto a la capacidad de afrontamiento afectando en la salud física y mental.

**Gaytan (5)** tuvo como objetivo " Determinar la presencia de ansiedad, depresión y estrés después de un evento traumático con vulnerabilidad psiquiátrica en pacientes con LM." Es una investigación descriptiva de corte transversal, con una muestra de 19 pacientes con LM postraumático entre las edades de 18 a 65 años (14 varones y 15 mujeres), se utilizó como instrumentos la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg, Escala de Trauma de Davison. Como resultados se encontró que la predominancia del género ha sido el masculino, el 89% de los pacientes son de provincia de las cuales el 52% tiene ansiedad, el 37% depresión y el 26% estrés postraumático. El 15% de los pacientes que evidenciaron comorbilidad psiquiátrica lo relacionaron

con otros factores. Como conclusión se obtuvo que la prevalencia de la ansiedad es mucho mayor en pacientes con comorbilidad psiquiátrica a consecuencia de una LM postraumática.

**Blasco et al. (7)** Realizaron una investigación cuyo propósito fue “evaluar la autonomía y la calidad de vida”. El método de estudio es observacional y de corte transversal, se obtuvo una muestra de 99 pacientes con LM, se utilizó como programa estadístico el SPSS 23.0 como prueba estadística el Student-t y el Anova, de instrumentos se utilizaron el IB y la escala EQ-5D. Con respecto a los resultados se evidenció que el género con mayoría de LM es el masculino con un 71,1% de las cuales presentan tetraplejía un (42,1%) y paraplejia (57,9%). La etiología más frecuente de estas lesiones han sido los accidentes automovilísticos con un 37,5%. Finalmente se concluyó que los pacientes con LM de menor grado son más independientes con sus AVD sin embargo no presentaron mejoría con respecto a su salud mental.

**Arriola et al. (8)** Su investigación tienen como objetivo “describir las características sociodemográficas, clínicas, funcionales y terapéuticas de nuestra población”. El método de estudio es longitudinal y descriptivo, se obtuvo una muestra de 70 pacientes con LM y de instrumento se empleó la escala de ASIA. De resultados se encontró que el género con mayor predominancia de lesiones ha sido el masculino con un 70,86% entre las edades de 18 a 40 años. El nivel de lesión más frecuente ha sido la cervical seguido de la lumbar, el 45% de los pacientes son considerados independientes mientras que el 55% son dependientes. Finalmente se concluyó que los sujetos con LM de origen accidental y violenta son los más frecuentes trayendo como complicaciones renales, escaras y dolor. La mayoría de los pacientes con LM son dependientes a las AVD.

**Valdés L et al (9)** tuvo como objetivo” describir el nivel de independencia funcional de los pacientes LM que asisten a centros de rehabilitación de la ciudad de Santiago de Cali”. Tiene metodología descriptiva y de corte transversal, comuna muestra de 55 pacientes con LM, como instrumento se utilizó la escala SCIM. Con respecto a los resultados se encontró que la mayoría de los pacientes son del sexo masculino entre las edades de 35 a 47 años, la funcionalidad de los pacientes con LM según la SCIM es de 63,5 de promedio, el dominio de autocuidado fue de 15,8/20, control de esfínteres es de 30,4/40 y de movilidad 17,9/40. Como conclusión el promedio de los sujetos con LM en la cervical fue de 27,4/100 con grado B y la torácica fue de fue de 65,2/100 con grado F quiere decir que son independientes para algunas actividades, pero para otras son totalmente dependientes.

**Zelaya et al. (10)** presentaron como objetivo “Encontrar las característica clínicas y epidemiológicas de los pacientes con LM y su funcionalidad de un Centro de Rehabilitación en Honduras” como método es un estudio descriptivo y prospectivo, se obtuvo una muestra de 46 pacientes con LM y como instrumento se utilizo la escala de ASIA y el Clasificador Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud de Rehabilitación. Como resultado se evidenció que la predominancia de los pacientes con LM ha sido del sexo masculino con el 80,4% y de edad promedio de 35 años, el 67,4% de estas lesiones ha sido de origen traumático y el 58% fue por PAF. Los sujetos con LM completan ha sido del 34,8% valorado como clase A y paraplejia un 89%. Solo 33 pacientes completaron su tratamiento de rehabilitación dentro de los 6 meses, el 48,4% obtuvo mejoría en grado I o II de funcionalidad y el 97% tuvo mejoría en dependencia

inicial y final. Finalmente se concluyó que el tipo de lesión más frecuentes a ha sido la LM paraplejia completa sin embargo se hayo mejoría con el tratamiento de rehabilitación.

**Valdés L et al (9)** tuvo como objetivo” describir el nivel de independencia funcional de los pacientes LM que asisten a centros de rehabilitación de la ciudad de Santiago de Cali”. Tiene metodología descriptiva y de corte transversal, comuna muestra de 55 pacientes con LM, como instrumento se utilizó la escala SCIM. Con respecto a los resultados se encontró que la mayoría de los pacientes son del sexo masculino entre las edades de 35 a 47 años, la funcionalidad de los pacientes con LM según la SCIM es de 63,5 de promedio, el dominio de autocuidado fue de 15,8/20, control de esfínteres es de 30,4/40 y de movilidad 17,9/40. Como conclusión el promedio de los sujetos con LM en la cervical fue de 27,4/100 con grado B y la torácica fue de fue de 65,2/100 con grado F quiere decir que son independientes para algunas actividades, pero para otras son totalmente dependientes.

**Zelaya et al. (10)** presentaron como objetivo “Encontrar las característica clínicas y epidemiológicas de los pacientes con LM y su funcionalidad de un Centro de Rehabilitación en Honduras” como método es un estudio descriptivo y prospectivo, se obtuvo una muestra de 46 pacientes con LM y como instrumento se utilizó la escala de ASIA y el Clasificador Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud de Rehabilitación. Como resultado se evidenció que la predominancia de los pacientes con LM ha sido del sexo masculino con el 80,4% y de edad promedio de 35 años, el 67,4% de estas lesiones ha sido de origen traumático y el 58% fue por PAF. Los sujetos con LM completan ha sido del 34,8% valorado como clase A y paraplejia un

89%. Solo 33 pacientes completaron su tratamiento de rehabilitación dentro de los 6 meses, el 48,4% obtuvo mejoría en grado I o II de funcionalidad y el 97% tuvo mejoría en dependencia inicial y final. Finalmente se concluyó que el tipo de lesión más frecuentes a ha sido la LM paraplejia completa sin embargo se hayo mejoría con el tratamiento de rehabilitación.

## **2.2 Bases teóricas**

### **2.1.1 Lesión medular**

Desde la antigüedad la LM ha sido caracterizada por eventos accidentales ya sea por fractura o dislocación del cuello provocando parálisis en la persona, la prueba mas antigua se hallo en Egipto durante los años 3000 y 2500 ac por el egiptólogo Edwin Smith. Luego con Hipócrates en los años 400 ac expuso que las personas con LM no tenían oportunidad de recuperación y estaban predispuestos a la muerte. Posteriormente Galeno en los años 200 d.c. comenzó con la idea del SNC describiendo que la medula espinal transmite sensaciones del todo el cuerpo al cerebro. No obstante, al comienzo del siglo XX entre la primera y segunda guerra mundial fue cuando realmente se llevaron a cabo estudios de escala científica para un mayor conocimiento sobre este tema(19).

La LM es una alteración que se puede dar entre el cerebro y toda la columna medular provocando la interrupción de la movilidad voluntaria y perdida de sensibilidad. Además de provocar otras afecciones como la falta del control de esfínteres, infertilidad, trastornos renales, problemas psicológicos entre otros(12)

Niveles:

- Cervicales (C1 –C7),
- Torácicas altas (T1 –T6),

- Torácicas bajas (T7 –T12)
- Lumbosacras (L1- S1)
- Cono medular (sacro-coccígeas)

**Tipos:****Lesión completa**

Una lesión medular completa es la pérdida total de movilidad y sensibilidad por debajo del nivel de la lesión. Se pierde totalmente la capacidad del control motor voluntario. Esta pérdida de movilidad y sensibilidad se le considera parálisis (14).

**Lesión incompleta**

Una lesión medular incompleta es cuando hay poco control de la movilidad voluntaria, así como también leve sensibilidad mucho depende del nivel de la zona afectada (15).

**2.1.2 La ansiedad**

La ansiedad es considerada un sentimiento de inquietud o preocupación después de un evento de estrés, este trastorno está incluido dentro del grupo de trastornos psicopatológicos denominado neurosis. Según Freud este sentimiento es generado por motivos psicológicos siendo liberados por el ser humano como un mecanismo de defensa ante situaciones de la vida cotidiana. La principal función de la ansiedad es organizar comportamientos funcionales que nos permitan resolver estos problemas (16).

**Enfoque psicoanalítico de la ansiedad:**

La teoría psicoanalítica menciona que la ansiedad que experimenta una persona surge del choque entre un impulso inadmisibles y una resistencia producida por su propio ego. Sigmund Freud entendió esta sensación como una condición emocional incómoda donde surgen fenómenos como las sensaciones incómodas, eventos incómodos y alteraciones fisiológicas vinculadas a la activación autonómica (Sierra, J. et al., 2003). Finalmente, desde la perspectiva psicoanalítica, según Sierra, cualquier tipo de psiconeurosis exhibe una característica en común, el aumento de los niveles de ansiedad; otras expresiones son la inmadurez emocional y la necesidad de dependencia por lo que la persona suele sentirse inferior a los demás (18)

### **Enfoque conductual de la ansiedad**

Según Dominic, en el año 2003, menciona que la ansiedad es un producto de un proceso condicionado en otras palabras a través de eventos traumáticos y no experimentados, así como también tras la observación de individuos relevantes en el ambiente. se vincula la ansiedad con un grupo de estímulos condicionados o incondicionales (20).

### **Enfoque cognitivo de la ansiedad**

En el año 1970, la contribución más significativa de este método fue cuestionar el paradigma de efecto-respuesta, esencial para el conductismo. Desde esta perspectiva, el individuo alerta la circunstancia, la analiza y pondera sus consecuencias; si el desenlace de tal evaluación es inquietante, se desencadenará una respuesta de ansiedad regulada por otros procesos cognitivos (21).

### **Instrumento de medición de ansiedad**

El instrumento que se utilizará será la Escala de Ansiedad de Beck, esta herramienta será muy útil para valorar los síntomas y desórdenes de la ansiedad, así como también los cuadros depresivos que se puedan presentar (23).

Escala de Ansiedad de Beck es su utilidad en la investigación científica. Al ser un instrumento validado y confiable, permite obtener datos cuantitativos sobre la ansiedad en muestras de investigación, lo cual contribuye al avance y desarrollo de la psicología clínica. Diseñada para evaluar la intensidad y el nivel de ansiedad en individuos. Fue elaborado por el psicólogo Aarón T. (24).

Beck y colegas con el propósito de medir la severidad de los síntomas de ansiedad en adolescentes y adultos mayores, el cuestionario consta de 21 ítems:

00–21 - Ansiedad muy baja

22–35 - Ansiedad moderada

más de 36 - Ansiedad severa

#### **La escala evalúa:**

**Síntomas afectivos:** como la tristeza, desesperanza y llanto frecuente.

**Síntomas cognitivos:** tales como la autoevaluación negativa, sentimientos de culpa, pensamientos suicidas y dificultades para tomar decisiones.

**Síntomas somáticos:** como la pérdida de apetito, alteraciones del sueño, fatiga y pérdida de energía.

Los participantes deben calificar la frecuencia con la que han experimentado cada síntoma en los últimos siete días, utilizando una escala de respuesta de 0 a 3 (0 = no me ha ocurrido nada, 1 = me ha ocurrido esporádicamente, 2 = me ha ocurrido frecuentemente, 3 = me ha ocurrido mucho) (25).

Para evaluar la ansiedad según Beck, se puede seguir el siguiente procedimiento:

1. Proporcionar la BAI a la persona que se va a evaluar y asegurarse de que entienda las instrucciones y la escala de respuesta.

2. Pedir al participante que lea cuidadosamente cada enunciado y marque la opción correspondiente a la frecuencia con la que ha experimentado ese síntoma en los últimos siete días (26).
3. Recopilar las respuestas y sumar los puntajes de cada ítem. El rango total de puntuación oscila entre 0 y 63, siendo más alta la puntuación cuando hay mayor gravedad de ansiedad (27).
4. Utilizar esta puntuación para clasificar el nivel de ansiedad del individuo, teniendo en cuenta los puntos de corte establecidos previamente, puntuaciones de 0 -7. se consideran dentro del rango normal, Puntuaciones de 8 a 15 indica ansiedad leve, de 16 a 25 ansiedad moderada, superiores a 25 ansiedad grave (28).

#### **2.1.1 FUNCIONALIDAD:**

La OMS subraya que la capacidad funcional es más que la usencia de enfermedades, esta capacidad permite al individuo ser y realizar lo que es realmente para ella relacionados con atributos para la salud. La capacidad inherente del individuo, las particularidades del ambiente que influyen en dicha capacidad y las relaciones entre el individuo y dichas particularidades. La habilidad de intrínseca se expresa mediante la fusión de todas las habilidades tanto físicas como mentales con las que cuenta un sujeto (29).

La salud humana debe evaluarse con respecto a la funcionalidad y no de enfermedades, dado que la funcionalidad es la que establece la capacidad y la calidad de vida, además de los respaldos que cada grupo de sujetos necesitará. Además, la condición funcional antes del surgimiento de discapacidad y dependencia es uno de los indicadores más efectivos del estado de salud y es un predictor más eficaz de discapacidad incidente que la morbilidad. Por esta razón, es primordial conservar los niveles funcionales más altos que favorezcan la autonomía de los individuos e

identificar escenarios de vulnerabilidad que posibiliten un tratamiento temprano previniendo y promocionando la salud (30).

La CIF informa que se organiza en dos grupos y cada uno de ellos presentan dos componentes. El primer grupo se divide en funcionamiento y discapacidad que contiene las funciones y divisiones del cuerpo, en segundo lugar, las participaciones en la sociedad. El segundo grupo de la CIF presentan los factores contextuales donde influyen los componentes ambientales y personales. Cada grupo de la CIF puede expresarse de forma positiva o negativa. El termino funcionalidad representa a eventos no problemáticos para la salud en cambio la palabra discapacidad con relaciona con limitaciones y enfermedad (31).

## **INSTRUMENTOS DE MEDICION DE FUNCIONALIDAD**

El instrumento SCIM es el único que mide la independencia con respecto a sus AVD de los pacientes con LM. Cada componente de la SCIM se fundamentó en la mezcla de factores como la dificultad y el tiempo al realizar una actividad. La principal razón por la creación de la SCIM fue la necesidad de evaluar y supervisar la eficacia de la rehabilitación de pacientes con lesiones en la médula espinal de forma exacta. (32).

SCIM evalua la capacidad funcional de manera específica en LM, tiene un rango de 0 a 100 puntos, (0 dependencia completa, 100 independencia completa).

Autocuidado 0 – 20

Respiración y control de esfínteres: 0-40

Movilidad 0-40

## **2.3 Formulación de hipótesis**

### **2.3.1 Hipótesis general**

Ha: Existe relación entre la ansiedad y la funcionalidad en pacientes con lesiones medulares de un centro de rehabilitación, Lima 2024.

Ho: No existe relación entre la ansiedad y la funcionalidad en pacientes con lesiones medulares de un centro de rehabilitación, Lima 2024.

### **2.3.2 Hipótesis específicas**

He<sup>1</sup>: Existe relación entre la ansiedad en pacientes con lesión medular de un Centro de Rehabilitación, Lima 2024.

Ho: No existe relación entre la ansiedad en pacientes con lesión medular de un Centro de Rehabilitación, Lima 2024.

He<sup>2</sup>: Existe relación entre la funcionalidad en pacientes con lesión medular de un Centro de Rehabilitación, Lima 2024.

Ho: No existe relación entre la relación la funcionalidad en pacientes con lesión medular de un Centro de Rehabilitación, Lima 2024

## **3. METODOLOGÍA**

### **3.1. Método de la investigación**

Usaremos criterio deductivo teórico. Esto implica elaborar hipótesis basadas en teorías existentes.

### **3.2. Enfoque de la investigación:** cuantitativo

**3.3. Tipo de investigación:** no experimental porque se busca la relación entre ambas variables.

**3.4. Diseño de la investigación:** descriptivo correlacional

### **3.5. Población, muestra y muestreo**

#### **3.5.1 Población**

Pacientes con diagnóstico de lesión medular de un Centro de Rehabilitación en el periodo Julio -diciembre 2024.

#### **3.5.2 Muestra**

Se considera a toda la población de estudio que se recolecto durante este periodo de asistencia de 80 pacientes con lesión medular que asistieron al centro de rehabilitación.

#### **3.5.3 Muestreo**

No probabilístico por conveniencia.

### **Criterios de inclusión**

- Pacientes con diagnóstico de lesión medular de edades entre 18 a 65 años de ambos sexos

- Pacientes que se informaron del estudio, aceptaron y firmaron el consentimiento informado
- Pacientes con lesión medular completa e incompleta y nivel de lesión medular parapléjicos

### **Criterios de exclusión**

- Pacientes que desisten participar en el cuestionario.
- Pacientes menores de 18 y mayores de 65.
- Pacientes que ya reciben tratamiento.

### **3.6. Variables y operacionalización**

DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSION OPERACIONAL	DIMENSION	TIPO DE VARIABLE	INDICADORES	REACTIVOS	UNIDAD DE MEDIDA	ESCALA	VALOR	INSTRUMENTO
Emoción caracterizada por sentimientos de preocupación, nerviosismo y temor ante situaciones futuras o inciertas	Estado afectivo incomodo en el que aparecen sensaciones molestas, pensamientos desagradables cambios psicológicos y fisiológicos	Psicológica	Cualitativo	Cognitivo	Incapaz de relajarse Nervioso	Escala de Likert  Escala de Likert	ORDINAL 0-3	Ansiedad mínima 0-7  Ansiedad leve 8-15  Ansiedad moderada 16 -25	INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK

				Fisiológico	Mareado	Escala de		Ansiedad grave 26-63		
					Desvanecimiento	Likert				
					Con sensación de bloqueo	Escala de Likert				
					Acalorado	Escala de				
					Temblor en las piernas y manos	Likert				
					Con sudores fríos o caliente	Escala de Likert				
						Escala de Likert				

				Conductual Afectivo	Torpe Inquieto Inseguro Con miedo Con temor a que ocurra lo peor Con temor a morir Inestable Asustado Latidos de corazón acelerado Problemas digestivos	Escala de Likert Escala de Likert Escala de Likert Escala de Likert Escala de Likert Escala de Likert Escala de Likert Escala de Likert Escala de Likert			
--	--	--	--	------------------------	--	---	--	--	--

<b>DEFINICION CONCEPTUAL</b>	<b>DIMENSION OPERACIONAL</b>	<b>DIMENSION</b>	<b>TIPO DE VARIABLE</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>REACTIVOS</b>	<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	<b>ESCALA</b>	<b>VALOR</b>	<b>INSTRUMENTO</b>
Resultado entre la interacción de una persona, su capacidad intrínseca física y mental	Estado de la calidad del humano que se expresa en funcionamiento o en el autocuidado de las funciones esfinterianas y de la movilidad	autocuidado	Cualitativo	Alimentación	<p>Requiere alimentación parenteral</p> <p>Come la comida cortada usando un dispositivo de adaptación para la mano.</p> <p>Come la comida cortada usando solo un dispositivo de adaptación para la mano.</p> <p>Come la comida cortada sin el uso de adaptaciones</p> <p>Independiente</p> <p>Requiere asistencia total.</p> <p>requiere asistencia parcial</p> <p>se lava en forma independiente, pero usando. una silla especial.</p> <p>se lava en forma independiente y no requiere ninguna adaptación</p> <p>Requiere asistencia total</p>	Escala de Likert	Ordinal 0-4	0-20	Medida de la independencia de la medula espinal (SCIM III)

vestido

Requiere asistencia parcial  
Se viste en forma independiente  
con alguna adaptación o sin  
adaptación

Respiración

Requiere asistencia mecánica  
ventilatoria  
Requiere tubo endotraqueal o  
asistencia parcial  
Respira en forma  
independiente, pero requiere  
poca asistencia  
Respira sin tubo endotraqueal  
Respira en forma  
independiente sin ningún  
dispositivo de ayuda

0-40

<p>Manejo esfinteriano</p>		<p>Manejo vesical</p>	<p>Con sonda permanente  Volumen residual mayor a 100 CC. de orina sin cateterismo  Volumen residual de orina menor de 100 CC.  Auto cateterismo  Volumen residual de orina menor de 100 cc</p>	<p>Escala de Likert</p>	<p>0-40</p>	
		<p>Manejo intestinal</p>	<p>Movimiento intestinal con baja frecuencia  Momento regular y apropiado, pero requiere asistencia para la aplicación de un supositorio  Movimiento intestinal regular, sin asistencia</p>			



		Movilidad adentro y afuera		<p>Movilidad para distancias moderadas 0-100 m</p> <p>Requiere asistencia total Necesita silla de ruedas eléctrica o ayuda parcial Se mueve en forma independiente en silla de ruedas manual Requiere supervisión para caminar Camina con andador de marcha o muletas Camina con un bastón Necesita solo una ortesis Camina sin elementos de ayuda</p>	<p>Escala de Likert</p> <p>Escala de Likert</p>		0-40	
				<p>Movilidad afuera más de 100 m</p> <p>Requiere asistencia total Necesita silla de ruedas eléctrica o ayuda parcial</p>				

				<p>Se mueve en forma independiente en silla de ruedas manual</p> <p>Requiere supervisión para caminar con o sin dispositivos</p> <p>Camina con andador de marcha o muletas</p> <p>Camina con muletas o dos bastones</p> <p>Camina con un bastón</p> <p>Necesita solo una ortesis</p> <p>Camina sin elementos de ayuda</p>			
			<p>Uso de escaleras</p> <p>Transferencias silla de ruedas – automóvil</p>	<p>incapaz de subir o bajar escaleras</p> <p>Sube y baja hasta tres escalones con ayuda o supervisión de otra persona</p> <p>Sube y baja hasta tres escalones sin ayuda o supervisión</p> <p>Requiere asistencia total</p> <p>Necesita asistencia parcial</p>	<p>Escala de Likert</p>	<p>0-40</p>	

					Independiente con dispositivos de adaptación				
					Independiente sin dispositivos de adaptación				

### **3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

#### **3.7.1 Técnica**

Usaremos en hoja de colección informativa, los dispositivos Escala del Estrés Percibido y el Cuestionario Nórdico, a través de una encuesta. Consiste en darles a los participantes una serie de preguntas previamente formuladas, para llegar a conclusiones que posteriormente pueda ser aplicadas a toda la población. (40)

Se desarrollarán estos procedimientos en colección de información:

- Aprobado el estudio por el comité de ética de la universidad Norbert Wiener nos dirigiremos a la gerencia de salud del centro de rehabilitación.
- Se presenta una solicitud dirigida al director del establecimiento para que evalúe el comité de ética para que aprueben y den el permiso para realizar el estudio adjuntando el proyecto y la aprobación del comité de ética completo.
- Es salud dictaminará la aprobación con una resolución y/o directiva aceptando el permiso para la recolección de datos, el investigador se pondrá en contacto con el jefe del departamento de medicina física y rehabilitación para la selección de la muestra.
- Se coordina con los pacientes que cumplen con los criterios para invitarlos a participar en el estudio fundamentado el objetivo del estudio los beneficios de este y los riesgos posibles, con dicha información el paciente firmara el consentimiento.
- Se concuerda el día y la fecha de la evaluación con los pacientes al inicio del tratamiento para medir las variables de estudio.
- Durante el llenado del instrumento el investigador estará dispuesto a guiar al paciente a contestar adecuadamente y absolviendo las dudas que pueda presentar.

### **3.7.2 Validación**

La validez de la “Escala del Estrés Percibido” (EPP-10) que se empleó para la variable estrés fue de 0.84 que significa puntuación alta (45) y del Cuestionario Nórdico que evalúa las LME fue de 0.822 que significa excelente validez según Herrera (38).

Mediante la aprobación por juicio de expertos los instrumentos Estrés Percibido (EPP-10) y del Cuestionario Nórdico dieron como validez 1.0 considerándose perfecta según Herrera (37).

### **3.8 Plan de procesamiento y análisis de datos**

Los resultados del instrumento se colocaron en una base del programa Excel para realizar las anotaciones de las variables, las características sociodemográficas y la limpieza de resultados, de los resultados limpios se pasa al programa SPSS para su procesamiento estadístico del fragmento (36).

Se aplicará la estadística descriptiva para las:

-Variables cualitativas unimodales se aplicará la tabla de frecuencia y su representación a través de la gráfica.

-Variables cuantitativas unimodales se aplicará las medidas

-Medidas de tendencia central: media, mediana, moda y su representación gráfica de tallo y hojas.

-medida de posición: cuartiles y su representación en caja y bigotes

\_medida de dispersión: varianza y desviación estándar y su representación en histogramas.

\_De las variables cuantitativas: ansiedad relacionada con la Funcionalidad en Pacientes con LM mediante el estadístico de Kolmogorov Smirnov para determinar la distribución es normal o no normal, para definir los paramétricos o no respectivamente.

Para responder la hipótesis se utilizará los estadísticos inferenciales:

-Para la correlación se aplicará la T de student y U de Mann Whitney, si es que la variable independiente es dicotómica Anova o Kruskas Wallis, si es que la variable independiente es politómica.

-Para la correlación de dos variables cuantitativas se aplicara la correlación de coeficiente de Pearson o el coeficiente de Speaman.

-Para la asociación de dos variables cualitativas se aplicará el estadístico de Ch-cuadrado. El estudio tendrá un intervalo de confianza de 95 % y un p valor < 0,05

### **3.9 Aspectos éticos**

La aprobación del comité de ética de la universidad Norbert Wiener, cumplirá los principios universales de la declaración de Helsinki donde se puntualiza los principios de bioética, beneficencias no maleficencia, equidad y justicia, el estudio conservara el derecho a la confidencialidad de los datos del paciente que solo podrán ser conocidos por el participante y que luego de 3 años será exterminado de la base de datos (35).

## **4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS**

### **4.1. Cronograma de actividades**

ACTIVIDADES	Nov-23	Dic-23	Ene-24	Feb-24	Mar-24	Abr-24	May-24	Jun-24	Jul-24	Ago-24	Set-24	Oct-24
	<b>Elaboración del diseño del Proyecto de investigación</b>	x	x									
<b>Validación de los instrumentos de recolección de datos</b>			x	x								
<b>Solicitudes para la recolección de datos</b>					x							
<b>Ejecución de la prueba piloto</b>					x							
<b>Recolección de los datos</b>						x						
<b>Análisis de la información</b>							x					
<b>Redacción de los resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones</b>								x				
<b>Elaboración del Informe final</b>										x		



## 4.2 Presupuesto

### Recursos Humanos

Servicios	Unidades	Costo unitario	Costo total (soles)
Investigador	1	s/ 3,500	s/ 3,500
Asesor académico	1	s/ 2,500	s/ 2,500
Sub total	s/ 6,000		

### Bienes

Bienes	Unidad de medida	Costo unitario	Costo total
Hoja bond	2 millares	s/ 30	s/ 60
Lapiceros	3 unidades	s/ 1,5	s/ 4.5
Resaltador	1	s/ 3,5	s/ 3,5
Cuaderno de apuntes	1	s/ 10	s/ 10
Empastado	3 unidades	s/ 25	s/ 75
Impresora	1 unidad	s/ 200	s/ 200
Cartucho	1 unidad	s/ 50	s/ 50
Anillado	3 unidades	s/ 12	s/ 36
Laptop	1 unidad	s/ 1,800	s/ 1,800
Sub total			s/ 2,239

### Servicios

Servicios	Unidades	Costo unitario	Costo total (soles)
Alimentación	1 persona	30	360
Pasaje en bus	12	s/ 120	s/ 1,440
Taxi/ combi	30	s/ 20	s/ 600
Línea de Internet	1	s/ 30	s/ 300

## 5. REFERENCIAS

1. Kennedy P, Kilvert A, Hasson L. A 21-year longitudinal análisis of impact, coping, and appraisals following spinal cord injury. Rehabil Psychol [Internet]. 2016[citado 29 May 2020]; 61(1):92-101.Disponible en: <https://content.apa.org/record/2015-51746-001>
2. Jiménez LM, Ramón EL, Gelaver CA, Falero JR, Pensado J. Metodología para el perfeccionamiento del tratamiento de hidrocinesiterapia al lesionado medular del Hospital Nacional de Rehabilitación ‘Julio Díaz’. EFDeportes.com, Revista Digital [Internet]. 2012[citado 29 May 2020]; 17(175). [aprox. 9 p.] Disponible en <https://www.efdeportes.com/efd175/hidrocinesiterapia-al-lesionado-medular.htm>
3. January AM, Kelly EH, Russell HF, Zebracki K, Vogel LC. Patterns of coping among caregivers of children with spinal cord injury: Associations with parent and child well- being. Fam Syst Health [Internet]. 2019[citado 29 May 2020];37(2):150- 61. Disponible en: <https://content.apa.org/record/2019-32072-002>
4. Dorsett P, Geraghty T, Sinnott A, Acland R. Hope, coping and psychosocial adjustment after spinal cord injury. Spinal Cord Ser Cases [Internet]. 2017 [citado 29 May 2020] 21(3):17046. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5607448/pdf/scsandc201746.pdf>
5. Zaldívar Bermúdez M, Morales Chacón LM, Fernández Martínez E, Quintanal Corder N. Capacidad de afrontamiento y calidad de vida de pacientes con epilepsia fármaco resistente tratados con lobectomía temporal. Revista Cubana de Neurología y

Neurocirugía [Internet]. 2018[citado 29 May 2020];8(1):1-25. Disponible en: <http://www.revneuro.sld.cu/index.php/neu/article/view/270/445>

6. Chuang CH, Yang YO, Kuo LT. Finding a Way to Cope: a qualitative study of the experiences of persons with spinal cord injury. J Neurosci Nurs [Internet]. 2015 [citado 29 May 2020]; 47(6):313-9. Disponible en:

[https://www.researchgate.net/publication/283493085\\_Finding\\_a\\_Way\\_to\\_Cope\\_A\\_Qu](https://www.researchgate.net/publication/283493085_Finding_a_Way_to_Cope_A_Qu)  
[ali](https://www.researchgate.net/publication/283493085_Finding_a_Way_to_Cope_A_Qu)

tative\_Study\_of\_the\_Experiences\_of\_Persons\_With\_Spinal\_Cord\_Injury/link/5c7f1577  
9 2851c695058b879/download.

7. Gupta S, Jaiswal A, Norman K, DePaul V. Heterogeneity and Its Impact on Rehabilitation Outcomes and Interventions for Community Reintegration in People With Spinal Cord Injuries: an integrative review. Top Spinal Cord Inj Rehabil Spring [Internet]. 2019 [citado 29 May 2020];25(2):164-85. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6496968/pdf/i1082-0744-25-2-164.pdf>

8. Sánchez J. López A. Escalas Diagnosticas y de Evaluación que se utilizan en Atención Primaria para Depresión y Ansiedad. SALUD MENTAL, Atención Primaria, SALUD GLOBAL, Año V, Número 3, 2005.

9. Bas, P., Gala, F.J. y Díaz, M. (1995); Depresión y ajuste psicosocial en lesionados de Médula espinal. Clínica y Salud (en prensa).

10. Esclarin A. Primeros cuidados frente al síndrome de lesión medular agudo: La Psiquiatría en el proceso de Rehabilitación: Lesión Medular, enfoque Multidisciplinario. Buenos Aires: Panamericana: 2010: p 28-35.

11. Alcedo Rodríguez, M.A., Aguado Díaz, A.L., García Carenas, L., & Arias Martínez, B. Relación entre variables clínicas y psicológicas en mujeres con lesión medular (WCST). *Universitas Psychologica*. (España) 2010; 9 (3), 715-727.
12. Montoto A. Lesión Medular Traumática. [Monografía en línea]. Unidad de Lesionados Medulares, Hospital de la Coruña; 2003 [accesado 17 de mayo 2009]. Disponible en: <http://www.canalejoanestesia.com/DOCENCIA/SESIONES/LESIONMEDULAR.doc>
13. Kennedy, P., & Rogers, B. A. (2000). Anxiety and depression after spinal cord injury: a longitudinal analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81(7), 932-937. doi:10.1053/apmr.2000.5580.
14. Quintana A, Sotomayor R, Martínez M, Kuroki C. Lesiones medulares no traumáticas: etiología, demografía y clínica. *Rev. Perú. Med. Exp. salud pública* [Internet]. 2011 Oct [citado 2023 Abr 03]; 28(4): 633-638. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S172646342011000400010&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172646342011000400010&lng=es)
15. La OMS avisa de que las personas con lesión medular tienen un riesgo muerte prematura entre 2 y 5 veces mayor.[Europa Press].[Internet].2 de Diciembre del 2013 19:01.Disponible en : <https://www.infosalus.com/salud-investigacion/noticia-oms-avisa-personas-lesionmedular-tienen-riesgo-muerte-prematura-veces-mayor-20131202190156.html>
16. Arriola M, Camarot T. Perfil epidemiológico, clínico y funcionalidad alcanzada de la población con lesión medular traumática asistida en el Servicio de Rehabilitación y Medicina Física en el Hospital Universitario. *Rev. Méd. Urug.* [Internet]. 2021 [citado 2023 Abr 05]; 37(2): e207. Disponible en:

[http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-)

03902021000201207&lng=es. E pub 01-Jun-2021. <https://doi.org/10.29193/rmu.37.2.7>.

17. Henao-Lema Claudia Patricia, Pérez-Parra Julio Ernesto. Adherencia a procesos de neurorrehabilitación funcional y su relación con la discapacidad y la calidad de vida en adultos colombianos con lesión medular. rev.fac.med. [Internet]. 2016 Dec [cited 2023 July 04] ; 64( Suppl 1 ): 69-77. Available from:

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-)

00112016000500069&lng=en. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v64n3Supl.58937>

18. Granados Carrera JC. Efecto de la rehabilitación en la calidad de vida de personas con lesión medular. An Fac med [Internet]. 31 de marzo de 2020;81(1). Disponible en: <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/16852>.

19. Val-Serrano C, García-Gómez, S. (2020). Relationship between Strength and SelfPerception of Independence in Activities of Daily Living of Paraplegic Adults. Apunts. Educación Física y Deportes, 142, 1-7. [https://doi.org/10.5672/apunts.2014-0983.es.\(2020/4\).142.01](https://doi.org/10.5672/apunts.2014-0983.es.(2020/4).142.01)

20. Gomes K, Braga K, Carvalho R, Ribeiro M., Comparación de incapacidad percibida e independencia funcional en individuos con lesión medular atletas y no atletas, Fisioter. Pesqui. 26 (4) Oct- Dec 2019. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1809-2950/18046626042019>

21. Sánchez S MF, Gallardo MJ, González S. Artículo Original: Validación de la medida de independencia para la médula espinal versión III en español (SCIM III), en pacientes hospitalizados en la Unidad de Lesiones Medulares del Centro Nacional de Rehabilitación en los meses de enero, febrero y abril del 2015. Rev. Clin Esc Med. 2016;6(4):1-5.

22. INEI. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: INEI. [Online].; 2017 [cited 2021 noviembre. Available from: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitaless/Est/Lib1539/index.html](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitaless/Est/Lib1539/index.html).
23. Joseph M Neal SLKJJPWLLJPR. Anatomy and Pathophysiology of Spinal Cord Injury Associated With Regional Anesthesia and Pain Medicine. *bmj journals Regional Anesthesia & pain medicine*. 2015 setiembre - octubre; 40(5).
24. Claudia Patricia Henao-Lema JEPP. Adherencia a procesos de neurorrehabilitación funcional y su relación con la discapacidad y calidad de vida en adultos colombianos con lesión medular. *Revista de la Facultad de Medicina de Colombia*. 2016 agosto; 64(1).
25. Kevin Jonathan Escajadillo Davalos MFLA,LRV. Calidad de vida en personas con discapacidad física que practican actividad física. Lima: Escuela Profesional de Tecnología Médica, Facultad de Medicina, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima; 2019.
26. Vilagut Gemma, Ferrer Montse, Rajmil Luis, Rebollo Pablo, Permanyer-Miralda Gaietà, Quintana José M. et al . El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit [Internet]*. 2005 Abr ; 19( 2 ): 135-150. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112005000200007&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000200007&lng=es)
27. Harvey Lisa. Tratamiento de la lesión medular: guía para fisioterapeutas; forward by William H. Donovan. Madrid: Elsevier, 2010. Descripción: XV, 297 p. : il. ; 25 cm
28. Henao C, Pérez J. Validez de apariencia y concurrente de un instrumento de evaluación de la discapacidad en personas con lesión medular crónica, basado en el Core set abreviado de la CIF. *Rev. Cienc. Salud [Internet]*. diciembre de 2013 [citado el 9 de

abril de 2023]; 11(3): 247-262. Disponible en:

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S169272732013000300002  
&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169272732013000300002&lng=en)

29. Rebollo N, Lozano C, Moron B, Costa JA, Fernández F, Ballesteros MC. Lesiones medulares no traumáticas: lo que el radiólogo general debe conocer. Seram [Internet]. 22 de noviembre de 2018 [citado 4 de abril de 2023]; Disponible en: <https://piper.espacioseram.com/index.php/seram/article/view/1628>.

30. Mazaira J, Labanda F, Romero J, Garcia ME, Gambarruta C, Sanchez A et ál. Epidemiología de la lesión medular y otros aspectos. Rehabilitación (Madrid) 1998; 32: 365- 72.

31. Esclarín de Ruz A. Lesión medular. Enfoque multidisciplinario. Editorial Médica Panamericana. 2009.de bases teóricas.

32. Angulo, P. (2019) Afrontamiento ante el estrés y percepción de la funcionalidad familiar en pacientes mujeres con cáncer de mama del HNGAI EsSaludLima. (Tesis de licenciatura) Universidad Peruana Unión <http://repositorio.upeu.edu.pe/handle/UPEU/1741>

33. Cahuana-Cuentas, M., Arias Gallegos, W. L., Rivera-Calcina, R., & Ceballos Canaza, K. D. (2019). Influencia de la familia en la resiliencia de personas con discapacidad física y sensorial de Arequipa, Perú. Revista Chilena de Neuropsiquiatría, 57 (2),118,128. [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272019000200118&lng=es](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272019000200118&lng=es).

34. Neciosup, T. (2020). Variables Clinicas asociadas a Adaptabilidad y Cohesión familiar en pacientes con Lesión Medular. Revista Interacciones; 6(1): 6, enero 1, 2020. <http://orcid.org/0000-0001-8377-6274>

35. Pérez Ayesa, A. (2016). Impacto de la discapacidad en el núcleo familiar. <https://academica-e.unavarra.es/handle/2454/23449>.
36. Real Academia Española. Adaptar. In: Real Academia Española. Diccionario de la lengua española; Madrid: Real Academia Española; 2021. (Fecha de acceso: 02 de marzo del 2022) Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=0hMBUwM>
37. Rocha M. Evidencia de funcionalidad familiar y enfrentamiento después de una lesión espinal. J Nurs UFPE on line. 2021;15(2):e245720 DOI: [https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/24572\\_0/39556](https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/24572_0/39556)
38. Rodríguez V. (2020). Evidencias de validez de contenido del cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/55384>
39. Santofimio, G. (2016) De la anomalía a la discapacidad, una larga historia de exclusión social: de la muerte, al destierro y el repudio a la inclusión educativa. Revista Inclusión & Desarrollo, Bolívar, núm. 1, vol. 3, pp. 34-46 [file:///C:/Users/canir/Downloads/caguirre-selection-1%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/canir/Downloads/caguirre-selection-1%20(1).pdf)
40. Soto M; Valdez A, (2015) Niveles de Resiliencia, adaptación y duelo en padres de familia ante la discapacidad. Rev. Mex Med Fis Rehab 2015;27 (2): 40-43. <https://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2015/mf152b.pdf>

## **ANEXOS**

**Anexo 1: Matriz de consistência**

Problema de investigación	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño metodológico
<p><b>PROBLEMA GENERAL</b></p> <p>¿Cuál es la relación entre la ansiedad y la funcionalidad en pacientes con lesión medular de un Centro de Rehabilitación, Lima 2024?</p>	<p><b>OBJETIVO GENERAL</b></p> <p>Determinar la relación entre la ansiedad y la funcionalidad en pacientes con lesión medular de un Centro de Rehabilitación, Lima 2024</p> <p><b>OBJETIVOS ESPECIFICOS</b></p>	<p><b>HIPOTESIS GENERAL</b></p> <p>Existe relación entre la ansiedad y la Funcionalidad en Pacientes con Lesion Medular de un Centro de Rehabilitación,Lima - 2024</p> <p><b>HIPPTESIS ESPECIFICAS</b></p> <p>Existe relacion entre la ansiedad y la movilidad</p>	<p><b>VI:</b></p> <p><b>FUNCIONALIDAD VD:</b></p> <p><b>ANSIEDAD</b></p>	<p><b>TIPO DE INVESTIGACION</b></p> <p>Investigación de tipo aplicada</p> <p><b>NIVEL DE INVESTIGACION</b></p> <p>Nivel correlacional , donde se busca conocer la relacion entre las variables</p>

<p>PROBLEMAS</p> <p>ESPECIFICOS</p> <p>¿Cuál es el nivel de ansiedad en pacientes con lesión medular de un</p>	<p>Determinar la ansiedad en pacientes con lesión medular de un Centro de Rehabilitación, Lima 2024.</p> <p>Determinar la funcionalidad en</p>	<p>en pacientes con lesion medular de un centro de rehabilitacion Lima - 2024.</p> <p>Existe relacion entre la ansiedad y la alimentación en pacientes con lesion medular de un centrodde rehabilitacion Lima -</p>	<p>DISEÑO DE INVESTIGACION</p> <p>Descriptivo correlacional</p> <p>INSTRUMENTO PARA LA VARIABLE</p> <p>1</p>
--	--	---	--

## Anexo II: Instrumentos

### I. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Estimado(a) Participante:

Ansiedad relacionada con la funcionalidad en pacientes con lesión medular de un centro de Rehabilitación Lima - 2024  
 El presente cuestionario tiene como finalidad recopilar sobre la evaluación que recibirá usted, mediante mis instrumentos, Inventario de ansiedad de Beck y Medida de independencia de la medula espinal SCIM III.  
 Según los resultados que salgan serán parte del desarrollo de un trabajo de investigación relacionado a dicho aspecto.  
 Es de interés los datos que pueda aportar de manera sincera y colaboradora.

Parte I: Datos Sociodemográficos					Partes II: Datos Clínicos			
Edad:					Comorbilidad:			
30 – 35 AÑOS	35 – 40 AÑOS	40 – 45 AÑOS	45-50 AÑOS	50-60 AÑOS	Enfermedad cardiovascular		Enfermedad pulmonar	
Sexo:					Hipertensión arterial		Enfermedad reumatológica	
F		M			Enfermedades musculoesqueléticas		Diabetes	
Lugar de procedencia:					Obesidad			
Zona rural		Zona Urbana			Intensidad del dolor:			
Cargo laboral:					Escala numérica del dolor			
Obrero								
Agricultor					0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			
Comerciante					Resultados:			
Conductor					• 1 a 3: Leve			
Sastre					• 4 a 6: Moderado			
Docente					• 7 a 8: Severo			
Otros					• 9 a 10: Intenso			

Duración del dolor:

De 1 a 3 semanas		De 1 a 11 meses		De 1 año a mas	
---------------------	--	--------------------	--	-------------------	--

## Inventario de ansiedad de Beck

NO	leve	moderado	severo
0	1	2	3

**1. Torpe o entumecido**

**2. Acalorado**

**3. Con temblor en las piernas**

**4. Incapaz de relajarse**

**5. Con temor a que ocurra lo peor**

**6. Mareado, o que se le va la cabeza**

**7. Con latidos del corazón fuertes y acelerados**

**8. Inestable**

**9. Atemorizado o asustado**

**10. Nervioso**

**11. Con sensación de bloqueo**

**12. Con temblores en las manos**

**13. Inquieto, inseguro**

**14. Con miedo a perder el control**

**15. Con sensación de ahogo**

**16. Con temor a morir**

**17. Con miedo**

**18. Con problemas digestivos**

**19. Con desvanecimientos**

**20. Con rubor facial**

**21. Con sudores, fríos o calientes**

El cuestionario consta de 21 preguntas, proporcionando un rango de puntuación entre 0 y 63. Los puntos de corte sugeridos para interpretar el resultado obtenido son los siguientes: 00–21 - Ansiedad muy baja 22–35 - Ansiedad moderada Más de 36 - Ansiedad severa Cada ítem se puntúa de 0 a 3, correspondiendo la puntuación 0 a "en

absoluto", 1 a "levemente, no me molesta mucho", 2 a "moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo" y la puntuación 3 a "severamente, casi no podía soportarlo". La puntuación total es la suma de las de todos los ítems. Los síntomas hacen referencia a la última semana y al momento actual. En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad.

Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy.

<i>Scim III</i>	APELLIDO Y NOMBRE:	EDAD	SEXO	TOTAL	
	1) Alimentación (Cortado, apertura de recipientes, llevar ar comida a la boca, levantar un vaso con liquido)	0- Requerimiento de alimentación parenteral, gastrostomía, o asistencia para la alimentación oral.			52
1- Come la comida cortada usando diversos dispositivos de adaptación para la mano y los cubiertos, no puede levantar un vaso.		2- Come la comida cortada usando solo un dispositivo de adaptación para la mano. Puede levantar un vaso adaptado.			
3- Come la comida cortada sin el uso de adaptaciones. Levanta		un vaso regular y necesita asistencia para abrir recipientes.			
4- Independiente en todas las áreas sin adaptaciones.					
A-Parte superior del cuerpo		0- Requiere asistencia total.			
	1- Requiere asistencia parcial.				
	2-Se lava en forma independiente pero usando alguna adaptación ó silla especial.				
	3- Se lava en forma independiente y no requiere ninguna adaptación ó silla especial.				
	0- Requiere asistencia total.				
	1- Requiere asistencia parcial.				

<b>Autocuidado</b> Subtotal (0-20)	2) Higiene (Enjabonado, manejo de la tapa del inodoro, lavado)	B- Parte inferior del cuerpo	2- Se lava en forma independiente pero usando alguna adaptación ó silla especial.
			3- Se lava en forma independiente y no requiere ninguna adaptación ó silla especial.
	3) Vestido (Preparar la ropa, vestirse, desvestirse)	A-Parte superior del cuerpo	0- Requiere asistencia total.
			1- Requiere asistencia parcial.
2- Se viste en forma independiente con alguna			

			adaptación ó silla especial.
			3- Se viste en forma independiente sin adaptaciones ó silla especial.
		B- Parte inferior del cuerpo	0- Requiere asistencia total.
			1- Requiere asistencia parcial.
			2- Se viste en forma independiente ó requiere silla especial.
			3- Se viste en forma independiente, no requiere silla especial.
	4) Acicalado (Lavado de manos y cara, maquillarse, arreglarse el pelo, afeitarse)	0- Requiere asistencia total.	
		1. Realiza solo una tarea.	
		2. Realiza alguna tarea usando adaptación, necesita ayuda para poner ó sacar la adaptación.	
		3. Independiente con alguna adaptación.	
		4. Independiente sin adaptación.	

<b>Respiración y manejo esfinteriano</b>  Subtotal (0-40)	5) Respiración	0- Requiere asistencia mecánica ventilatoria
		2- Requiere tubo endotraqueal ó asistencia ventilatoria parcial
		4- Respira en forma independiente pero requiere mucha asistencia en el manejo del tubo endotraqueal
		6- Respira en forma independiente y requiere poca asistencia en el manejo del tubo endotraqueal
		8- Respira sin tubo endotraqueal, pero algunas veces requiere asistencia mecánica para respirar
		10- Respira en forma independiente sin ningún dispositivo de ayuda
	6) Manejo vesical	0- Con sonda permanente
		4- Volumen residual mayor a 100 cc de orina, sin cateterismo ó con cateterismo intermitente
		8- Volumen residual de orina menor de 100cc, necesidad de asistencia para la aplicación de instrumentos de drenaje
		12- Auto cateterismos
	15- Volumen residual de orina menor de 100 cc, sin	

	cateterismo ó asistencia para realizar drenaje
7) Manejo intestinal	0- Movimiento intestinal con baja frecuencia (menos de una vez cada tres días), o momento inapropiado o irregular del acto defecatorio
	5- Momento regular y apropiado pero requiere asistencia (ej.: para la aplicación de un supositorio), accidente defecatorio raro (menos de una vez al mes)
	10- Movimiento intestinal regular, en apropiado momento, sin asistencia; accidente defecatorio raro (menos de una vez por mes)
8) Uso del toilet  (Higiene perineal, ajuste y desajuste de	0- Requiere total asistencia
	1- Desvestido parcial de la parte inferior del cuerpo. Necesita asistencia para el resto de las tareas

	0- Requiere asistencia total
	1-Gira en la cama para un solo lado
	2- Gira en la cama para ambos lados, pero no puede eliminar totalmente la presión

<b>Movilidad</b>	9) Movilidad en la cama y acciones de prevención de UPP	3- Libera presión solamente acostado
		4- Gira en la cama y se sienta sin asistencia
		5- Independiente en la movilidad en la cama, realiza push-up sentado sin elevar todo el cuerpo
		6- Independiente en la movilidad en la cama, realiza push-up con elevación completa del cuerpo
	<b>(habitación y baño)</b>	
Subtotal (0-40)	10) Transferencias cama- silla	0 - Requiere total asistencia
		1 - Necesita asistencia parcial y/o supervisión
	(Acomodar la Silla de Ruedas, apoyapiés, apoyabrazos, transferencia de los pies)	2 – Independiente
	11) Transferencias silla inodoro	0 - Requiere total asistencia
		1 - necesita asistencia parcial y/o supervisión
	(si usa silla de baño, transferencia hacia y desde, si usa su Silla	

de ruedas corriente debe acomodarla, colocar y sacar los apoyabrazos y Apoya pies, transferir los pies)	2 – Independiente
--	-------------------

12) Movilidad adentro	0- Requiere asistencia total
	1- Necesita silla de ruedas eléctrica ó ayuda parcial para manejar la silla de ruedas
	2- Se mueve en forma independiente en silla de ruedas manual
	3- Requiere supervisión para caminar (con ó sin dispositivos)
	4- Camina con andador de marcha ó muletas
	5- Camina con muletas ó dos bastones
	6- Camina con un bastón
	7- Necesita solo una ortesis
	8- Camina sin elementos de ayuda

13) Movilidad para distancias moderadas (0-100m)	0- Requiere asistencia total
	1- Necesita silla de ruedas eléctrica ó ayuda parcial para manejar la silla de ruedas
	2- Se mueve en forma independiente en silla de ruedas manual
	3- Requiere supervisión para caminar (con ó sin dispositivos)
	4- Camina con andador de marcha ó muletas
	5- Camina con muletas ó dos bastones
	6- Camina con un bastón
	7- Necesita solo una ortesis
	8- Camina sin elementos de ayuda

<b>Movilidad ad (adentr o y afuera)</b>	0- Requiere asistencia total
	1- Necesita silla de ruedas eléctrica ó ayuda parcial para manejar la silla de ruedas
	2- Se mueve en forma independiente en silla de ruedas manual
	3- Requiere supervisión para caminar (con ó sin dispositivos)
	4- Camina con andador de marcha ó muletas
	5- Camina con muletas ó dos bastones
	6- Camina con un bastón
	7- Necesita solo una ortesis
	8- Camina sin elementos de ayuda

	14) Movilidad afuera (más de 100 m)	
--	---	--

### Anexo III: Validez de instrumento

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):**

**Opinión de aplicabilidad:**

- Aplicable (X)
- Aplicable después de corregir (☞)
- No aplicable (☞)

Apellidos y nombres del juez validador:

Mg. T.M. Melgarejo Valverde, José Antonio

Especialidad del validador: Mg. Docencia Universitaria y gestión educativa -Especialista en Fisioterapia en Neurorehabilitación

26 marzo 2024



Mg. T.M. Melgarejo Valverde, José Antonio

### Ficha de Validación por Jueces Expertos

Me complace saludarle y permítame requerir su opinión referente al instrumento de recolección de datos del proyecto de investigación titulado: Ansiedad relacionada con la Funcionalidad en Pacientes con Lesión Medular de un Centro de Rehabilitación, Lima - 2024, para optar por la Segunda especialidad en Neurorrehabilitación - Tecnología Médica en Terapia física y Rehabilitación en la Universidad Privada Norbert Wiener. Agradezco de antemano su atención.

Disponga en valoración los criterios base que a seguidamente se presenta y marque con una (x) o un check (✓) en SI o NO, en cada criterio según su criterio.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	X		
3. La estructura del instrumento es adecuado.	X		
4. Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable.	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. ~~Gozales~~ ~~Moncada~~ Yabel Cristina  
 Tecnólogo Médico  
 Terapia Física y Rehabilitación  
 C.T.M.P. 16056.....  
**FIRMA DEL JUEZ EXPERTO (A)**

**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):**

**Opinión de aplicabilidad:**

- Aplicable ( X )
- Aplicable después de corregir ( )
- No aplicable ( )

Apellidos y nombres del juez validador: Mg. T.M. Gonzales Moncada, Ysabel Cristina

DNI: 71046246

Especialidad del validador: Mg. Gestión de los Servicios de la Salud

3 de Abril del 2024



Lic. Gonzales Moncada, Ysabel Cristina  
Tecnólogo Médico  
Terapia Física y Rehabilitación  
C.T.M.P. 16056

---

MG. T.M. Ysabel Gonzales Moncada  
C.T.M.P 16056

#### **Anexo IV: Formato de Consentimiento Informado**

Fecha de aceptación del participante: 24/03/24

Este documento de consentimiento informado cuenta con información que lo permitirá participar en este proyecto de investigación en salud: “ANSIEDAD RELACIONADA CON LA FUNCIONALIDAD EN PACIENTES CON LESION MEDULAR DE UN CENTRO DE REHABILITACION LIMA -2024

Necesita tener conocimiento y comprender de los apartados, desee el tiempo que considere para que lea con diligencia la información entregada, si a pesar de ello continúa con dudas, comuníquese con el investigador al teléfono celular o correo electrónico que se encuentran en el documento para que pueda resolver sus dudas.

Luego de firmar el consentimiento informado se le proporciona una copia de este.

Título del proyecto: “ANSIEDAD RELACIONADA CON LA FUNCIONALIDAD EN PACIENTES CON LESION MEDULAR DE UN CENTRO DE REHABILITACION LIMA -2024.”

Nombre del investigador principal: Lic. Jheniffer molina de los ríos

Propósito del estudio: Determinar la relación entre ansiedad y funcionalidad en pacientes con lesión medular que asisten a una unidad básica de salud Lima. Perú -2024. Para ello se utilizará el Inventario de ansiedad de Beck para medir la ansiedad y el SCIM III para medir la funcionalidad

Beneficios por participar:

Usted podrá conocer la valoración de ansiedad y como esta se relaciona con la funcionalidad ; siendo indispensable para obtener mejores resultados en su plan de tratamiento fisioterapéutico.

Por ende, le proporcionará más información al área de salud con lo cual se establecerán nuevos protocolos preventivos para el manejo de la lumbalgia mecánica.

Inconvenientes y riesgos:

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

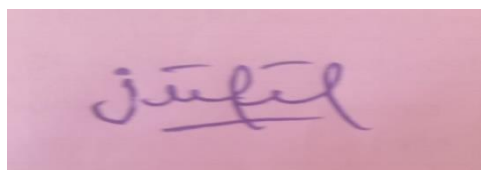
Confidencialidad: Nosotros guardaremos la información con códigos y no con nombres. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de usted. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio.

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. Jheniffer Molina de los ríos - 940317713.

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.

A rectangular box containing a handwritten signature in purple ink. The signature appears to be 'Jheniffer' written in a cursive style.

Lic. T.M. Jheniffer Molina de los ríos DNI: 70377774

CTM:13806

**Anexo V: Carta de aprobación de la institución para la recolección de datos**

**Anexo VI: Reporte de similitud de Turnitin**

## ● 17% Overall Similarity

Top sources found in the following databases:

- 16% Internet database
- 2% Publications database
- Crossref database
- Crossref Posted Content database
- 12% Submitted Works database

### TOP SOURCES

The sources with the highest number of matches within the submission. Overlapping sources will not be displayed.

1	<b>repositorio.uigv.edu.pe</b> Internet	4%
2	<b>repositorio.uwiener.edu.pe</b> Internet	3%
3	<b>core.ac.uk</b> Internet	1%
4	<b>pesquisa.bvsalud.org</b> Internet	<1%
5	<b>bibliotecadigital.univalle.edu.co</b> Internet	<1%
6	<b>hdl.handle.net</b> Internet	<1%
7	<b>medimay.sld.cu</b> Internet	<1%
8	<b>repositorio.utn.edu.ec</b> Internet	<1%