Universidad Norbert Wiener

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE TECNOLOGÍA MÉDICA EN TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

Tesis

Severidad clínica y calidad de vida en pacientes con enfermedad de Parkinson atendidos en un centro fisioterapéutico, Lima 2026

Para optar el Título Profesional de

Licenciada en Tecnología Médica en Terapia Física y Rehabilitación

Presentado por:

Autora: Cusquipoma Marín, Marithza

Código ORCID: https://orcid.org/0009-0004-0840-0970

Asesor: Mg. Arrieta Córdova, Andy Freud

Código ORCID: https://orcid.org/0000-0002-8822-3318

Lima – Perú

2026

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

Yo, Marithza Cusquipoma Marin egresado de la Facultad de **Ciencias de la Salud** y Escuela Académica Profesional de **Tecnología Médica** de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo de investigación "Severidad clínica y calidad de vida en pacientes con enfermedad de Parkinson atendidos en un centro fisioterapéutico, Lima 2026" Asesorado por el docente: Andy Freud Arrieta Córdova DNI10697600 ORCID https://orcid.org/0000-0002-8822-3318

tiene un índice de similitud de 16 % con código oid:14912:590460821 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
Marithza Cusquipoma Marin
DNI:45436201

Firma de autor 2
Nombres y apellidos del Egresado
DNI: …….



…….

Firma
Andy Freud Arrieta cordova
Nombres y apellidos del Asesor
DNI: 10697600

Lima, 16 de Mayo de 2026

Dedicatoria

A Dios, por darme fortaleza y guiar cada paso de este camino.

A mi madre, por su amor, esfuerzo y apoyo incondicional durante toda mi formación profesional.

A mi familia y amigos, quienes con sus palabras de aliento y confianza me motivaron a no rendirme.

Y a todas las personas que contribuyeron, de una u otra manera, al logro de esta meta tan importante en mi vida.

Agradecimiento

Agradecimiento a Dios por permitirme concluir el trabajo de investigacion de tesis asimismo, a los maestros que formaron parte de mi formacion profecional, y a mi asesor Mg. Andy freud Arrieta Cordova que con su orientacion y paciencia fue una guia para culminar mi tesis.

ÍNDICE GENERAL

I.	INTRODUCCIÓN	Pág. 10
II.	METODOLOGÍA	Pág. 12
III.	RESULTADOS	Pág. 13
IV.	DISCUSIÓN	Pág. 15
V.	CONCLUSIONES	Pág. 16
VI.	REFERENCIAS	Pág. 17
VII.	ANEXOS	Pág. 20

ÍNDICE DE TABLAS

1. Tabla 1. Distribución de la edad según sexo
2. Tabla 2. Características sociodemográficas y clínicas
3. Tabla 3. Relación entre severidad clínica y calidad de vida
4. Tabla 4. Relación entre las dimensiones de severidad clínica y calidad de vida

Severidad clínica y calidad de vida en pacientes con enfermedad de Parkinson atendidos en un centro fisioterapéutico, Lima 2026

"Clinical Severity and Quality of Life in Patients with Parkinson's Disease Treated at a Physiotherapy Center, Lima 2026"

Autor(es) y filiación: Marithza Cusquipoma Marín, Bachiller (es) del Programa Académico de Profesional de Tecnología Médica, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Privada Norbert Wiener, Lima, Perú.

Resumen

Introducción: La enfermedad de Parkinson es un trastorno neurodegenerativo crónico y progresivo que afecta la funcionalidad y la calidad de vida relacionada con la salud. La progresión clínica, marcada por el aumento de síntomas motores y no motores, se asocia con mayor discapacidad y dependencia, lo que hace relevante analizar su relación con la calidad de vida en contextos asistenciales. **Objetivo:** Determinar la relación entre severidad clínica y calidad de vida en pacientes con enfermedad de Parkinson atendidos en un centro fisioterapéutico, Lima 2026. **Material y métodos:** Estudio observacional, correlacional y transversal con enfoque cuantitativo, realizado en 88 pacientes adultos con diagnóstico clínico de enfermedad de Parkinson, evaluados mediante censo. La severidad clínica se midió con la Movement Disorder Society–Unified Parkinson's Disease Rating Scale (MDS-UPDRS, Partes I–IV) y la calidad de vida relacionada con la salud con el Parkinson's Disease Questionnaire-39 (PDQ-39), empleando el índice resumen global. Las variables principales se analizaron como ordinales. **Resultados:** Se observó una correlación negativa entre la severidad clínica y la calidad de vida ($\rho = -0{,}864$; $p < 0{,}001$; $N = 88$). Según el criterio de Cohen, la magnitud de esta asociación fue fuerte, lo que indicó que los pacientes con mayor severidad clínica tendieron a presentar menor calidad de vida **Conclusiones:** Existe una relación significativa, negativa y fuerte entre la severidad clínica y la calidad de vida en pacientes con enfermedad de Parkinson.

Palabras clave: Enfermedad de Parkinson, Índice de gravedad de la enfermedad, Calidad de Vida

Abstract

Introduction: Parkinson's disease is a chronic and progressive neurodegenerative disorder that affects functionality and health-related quality of life. Clinical progression, marked by the increase of motor and non-motor symptoms, is associated with greater disability and dependence, making it relevant to analyze its relationship with quality of life in care settings. **Objective:** To determine the relationship between clinical severity and quality of life in patients with Parkinson's disease treated at a physiotherapy center, Lima 2026. **Materials and Methods:** Observational, correlational, and cross-sectional study with a quantitative approach, conducted in 88 adult patients with a clinical diagnosis of Parkinson's disease, evaluated through census. Clinical severity was measured using the Movement Disorder Society–Unified Parkinson's Disease Rating Scale (MDS-UPDRS, Parts I–IV), and health-related quality of life was assessed with the Parkinson's Disease Questionnaire-39 (PDQ-39), employing the global summary index. The main variables were analyzed as ordinal. Statistical analysis included descriptive statistics and Spearman's correlation to evaluate the association between variables. **Results:** A negative correlation was observed between clinical severity and quality of life ($\rho = -0.864$; $p < 0.001$; $N = 88$). According to Cohen's criteria, the magnitude of this association was strong, indicating that patients with greater clinical severity tended to present lower quality of life. **Conclusions:** There is a significant, negative, and strong relationship between clinical severity and quality of life in patients with Parkinson's disease.

Keywords: Parkinson's disease, Disease Severity Index, Quality of Life

I. INTRODUCCION

La enfermedad de Parkinson se reconoce como un trastorno neurodegenerativo crónico y progresivo que compromete el sistema nervioso, manifestándose con síntomas motores y no motores que se intensifican con el tiempo. En el escenario actual, constituye un desafío creciente para la salud pública mundial. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la prevalencia de esta condición se ha duplicado en los últimos 25 años, estimándose que en 2019 más de 8,5 millones de personas vivían con la enfermedad. Este incremento se relaciona estrechamente con el envejecimiento poblacional y con la mayor carga de enfermedades neurológicas crónicas. En ese mismo año, el Parkinson generó aproximadamente 5,8 millones de años de vida ajustados por discapacidad, lo que refleja un impacto sustancial en términos de dependencia funcional, discapacidad y demanda de servicios de salud y rehabilitación. (1).

Esta tendencia ha sido confirmada por análisis globales que documentan que las métricas de carga del Parkinson —incluyendo prevalencia, mortalidad y años de vida ajustados por discapacidad— se duplicaron entre 1990 y 2016, consolidando a esta enfermedad como una de las condiciones neurológicas con crecimiento más acelerado y con mayor impacto poblacional en las últimas décadas (2). La progresión clínica del Parkinson se manifiesta como un aumento gradual de la carga sintomática y funcional, lo que se traduce en mayores niveles de discapacidad y en un incremento de las necesidades de atención a largo plazo.

En el contexto de la enfermedad de Parkinson, la calidad de vida relacionada con la salud se ha consolidado como un desenlace fundamental para comprender el impacto global de la patología en la vida cotidiana de las personas afectadas. Este constructo permite evaluar no solo la presencia de síntomas clínicos, sino también la manera en que dichos síntomas condicionan la autonomía, el bienestar emocional y la participación social. La evidencia científica ha mostrado que el deterioro de la calidad de vida se vincula estrechamente con la severidad clínica de la enfermedad. En particular, los síntomas no motores como depresión, trastornos del sueño, fatiga o deterioro cognitivo ejercen una influencia significativa en la percepción de bienestar. Por consiguiente, el análisis de la calidad de vida ofrece una visión integral que complementa la evaluación clínica tradicional y orienta la planificación de intervenciones terapéuticas. Estudios observacionales han identificado que variables como ansiedad, depresión, somnolencia diurna excesiva, apatía y deterioro de las actividades de la vida diaria relacionadas con síntomas motores se asocian de manera independiente con peor calidad de vida en personas con Parkinson (3). De forma complementaria, investigaciones

recientes han señalado que la fatiga, los síntomas motores, las alteraciones neurocognitivas y los síntomas afectivos interactúan entre sí y constituyen predictores relevantes de la calidad de vida, reforzando la naturaleza multidimensional de esta relación (4). Asimismo, manifestaciones específicas del compromiso motor, como la congelación de la marcha, se han descrito como factores que deterioran significativamente la calidad de vida desde la perspectiva tanto de los pacientes como de sus cuidadores (5). En concordancia, análisis realizados en grandes cohortes han demostrado que tanto los síntomas motores como los no motores, incluidos los neuropsiquiátricos, se asocian con peores resultados de calidad de vida, subrayando la necesidad de un enfoque integral para comprender el impacto de la severidad clínica en el bienestar percibido (6).

En América Latina, la evidencia epidemiológica disponible indica que la enfermedad de Parkinson representa también un problema relevante y en expansión. Un meta-análisis reciente que incluyó estudios de 13 países estimó una prevalencia agrupada de 472 casos por 100 000 habitantes y una incidencia de 31 casos por 100 000 persona-años, evidenciando además variaciones significativas según la fuente de datos y los grupos etarios analizados (7). De manera complementaria, la Organización Panamericana de la Salud ha señalado que, pese a la elevada carga de las enfermedades neurológicas en la región, persisten importantes brechas en el diagnóstico, tratamiento y continuidad de la atención, así como una asignación de recursos insuficiente para responder a las necesidades reales de las personas con condiciones neurológicas crónicas (8).

En el Perú, el Ministerio de Salud ha informado que la enfermedad de Parkinson afectaría aproximadamente a 30 mil personas, con cerca de 3 mil nuevos casos por año, lo que refleja una demanda creciente de servicios de atención, seguimiento y rehabilitación a largo plazo (9). A nivel normativo, el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas cuenta con una Guía de Práctica Clínica para la enfermedad de Parkinson que establece la organización del manejo por niveles de atención y la necesidad de referencia y seguimiento especializado, evidenciando que el abordaje de esta condición requiere articulación asistencial y continuidad de cuidados (10). No obstante, en un contexto caracterizado por brechas en acceso y continuidad de los servicios de salud, la producción de evidencia aplicada desde los servicios de rehabilitación sigue siendo limitada.

En la ciudad de Lima, donde se concentra gran parte de la atención especializada, persiste la necesidad de estudios desarrollados en el entorno real de los centros fisioterapéuticos que

permitan comprender cómo la severidad clínica de la enfermedad de Parkinson se relaciona con la calidad de vida de las personas atendidas. Generar evidencia local sobre esta relación resulta fundamental para optimizar el seguimiento clínico y orientar la planificación de intervenciones fisioterapéuticas y no farmacológicas centradas en la funcionalidad y el bienestar de esta población.

II. METODOLOGIA

El estudio se diseñó como observacional, correlacional y transversal, con enfoque cuantitativo, y se llevó a cabo en pacientes con diagnóstico clínico de enfermedad de Parkinson atendidos en el centro Intensive Brain Therapy de Lima durante el año 2026.

La población estuvo conformada por 88 adultos, quienes fueron evaluados mediante censo. Se incluyeron pacientes con diagnóstico confirmado de enfermedad de Parkinson realizado por un médico especialista, edad igual o mayor a 18 años, atención fisioterapéutica ambulatoria activa y capacidad para responder los instrumentos de manera autónoma o con apoyo mínimo. Se excluyeron aquellos con otros trastornos neurodegenerativos, enfermedades agudas o descompensadas, deterioro cognitivo severo o condiciones médicas/psiquiátricas graves que interfirieran con la evaluación.

La severidad clínica se midió con la Movement Disorder Society–Unified Parkinson's Disease Rating Scale (MDS-UPDRS, Partes I–IV), instrumento que ha demostrado validez de contenido y constructo, así como alta confiabilidad interna (Alfa de Cronbach >0,80 en sus dominios) (30,31). La calidad de vida relacionada con la salud se evaluó mediante el Parkinson's Disease Questionnaire-39 (PDQ-39), cuestionario específico para Parkinson con evidencia de validez convergente y discriminante, y consistencia interna adecuada (Alfa de Cronbach entre 0,77 y 0,93) (39-43).

La recolección de datos se efectuó en sesiones individuales dentro del centro fisioterapéutico, utilizando las versiones oficiales en español de ambos instrumentos, previamente validadas para población hispanohablante. Se garantizó la confidencialidad y el cumplimiento de principios éticos mediante consentimiento informado firmado por cada participante.

El análisis estadístico se realizó con estadística descriptiva para caracterizar la población y las variables principales. La asociación entre severidad clínica y calidad de vida se evaluó

mediante la correlación de Spearman (ρ), considerando un nivel de significancia de p <0,05. Se utilizó este coeficiente porque las variables principales fueron medidas en escalas ordinales, lo que hacía inapropiado aplicar correlaciones paramétricas como Pearson. Además, Spearman permite identificar asociaciones monotónicas sin requerir supuestos de normalidad en la distribución de los datos, lo cual resultó pertinente en este contexto clínico (44-46). La magnitud de la asociación se interpretó según los criterios de Cohen.

III. RESULTADOS

Tabla 1. *Distribución de la edad según sexo*

Edad	Masculino n (%)	Femenino n (%)	Total n (%)
50 a 54 años	11 (12,5)	17 (19,3)	28 (31,8)
55 a 59 años	14 (15,9)	13 (14,8)	27 (30,7)
60 a 65 años	15 (17,0)	18 (20,5)	33 (37,5)
Total	40 (45,5)	48 (54,5)	88 (100,0)

Nota: Media = 57,45 años; DE = 4,636; mínimo = 50; máximo = 65.

Interpretación: La edad de los participantes presentó una media de 57,45 años (DE = 4,636), con valores entre 50 y 65 años. Predominó el grupo de 60 a 65 años con 37,5%, seguido del grupo de 50 a 54 años con 31,8% y del grupo de 55 a 59 años con 30,7%. Según sexo, predominó el femenino con 54,5%, frente al masculino con 45,5%.

Tabla 2. *Características sociodemográficas y clínicas*

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Nivel educativo	Primaria	31	35,2
	Secundaria	33	37,5
	Superior	24	27,3
Estado civil	Soltero	26	29,5
	Casado	38	43,2
	Divorciado	24	27,3
Comorbilidad	Hipertensión arterial	26	29,5
	Diabetes mellitus	40	45,5
	Obesidad	22	25,0
Tiempo de enfermedad	15 a 18 meses	29	33,0
	19 a 22 meses	34	38,6
	23 a 25 meses	25	28,4

Nota: Para el tiempo de enfermedad, la media fue de 20,17 meses (DE = 3,149), con un valor mínimo de 15 meses y máximo de 25 meses

Interpretación: En el nivel educativo, predominó secundaria con 37,5%, seguido de primaria con 35,2% y superior con 27,3%. Respecto al estado civil, la mayoría fue casada (43,2%), seguida de soltera (29,5%) y divorciada (27,3%). En cuanto a las comorbilidades, predominó la diabetes mellitus con 45,5%, seguida de hipertensión arterial con 29,5% y obesidad con 25,0%. El tiempo de enfermedad presentó una media de 20,17 meses (DE = 3,149), con valores entre 15 y 25 meses; predominó el grupo de 19 a 22 meses con 38,6%, seguido de 15 a 18 meses con 33,0% y 23 a 25 meses con 28,4%.

Tabla 3*. Relación entre severidad clínica y calidad de vida*

Correlaciones				
			Severidad clínica	Calidad de vida
Rho de Spearman	Severidad clínica	Coeficiente de correlación	1,000	-,864
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	88	88
	Calidad de vida	Coeficiente de correlación	-,864	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	88	88

Nota: La magnitud de las correlaciones se interpretó según el criterio de Cohen (1988): baja (< 0,30), moderada (0,30–0,49) y fuerte (≥ 0,50).

Interpretación: Se observó una correlación negativa entre la severidad clínica y la calidad de vida (ρ = -0,864; p < 0,001; N = 88). Según el criterio de Cohen, la magnitud de esta asociación fue fuerte, lo que indicó que los pacientes con mayor severidad clínica tendieron a presentar menor calidad de vida.

Tabla 4. *Relación entre las dimensiones de severidad clínica y calidad de vida*

Correlaciones			
	Rho de Spearman		
	Calidad de vida		
	Coeficiente de correlación	Sig. (bilateral)	N
Aspectos no-motores	-,803	,000	88
Aspectos motores	-,803	,000	88
Exploración motora	-,818	,000	88
Complicaciones motoras	-,627	,000	88

Interpretación: Se observó correlaciones negativas y significativas entre todas las dimensiones de severidad clínica y la calidad de vida (p < 0,001; N = 88). La asociación fue

fuerte para los aspectos no motores (ρ = -0,803), aspectos motores (ρ = -0,803), exploración motora (ρ = -0,818) y complicaciones motoras (ρ = -0,627). Según el criterio de Cohen, estos resultados indicaron que los pacientes con mayor afectación en las dimensiones de severidad clínica tendieron a presentar menor calidad de vida, siendo la relación más intensa con la exploración motora.

IV. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Respecto a la relación entre la severidad clínica y la calidad de vida, se determinó una asociación significativa, negativa y de magnitud fuerte, lo que indicó que los pacientes con mayor severidad clínica tendieron a presentar menor calidad de vida. Este hallazgo concuerda con Ge et al. (15), al identificar una relación entre función motora y calidad de vida en pacientes con Parkinson. Asimismo, coincidió con Nakano et al. (17), al evidenciar que los síntomas motores y no motores se asociaron con la calidad de vida, y con Ueno et al. (18), al señalar que los síntomas no motores y las limitaciones funcionales influyeron en la calidad de vida. De igual manera, guardó relación con Santos et al. (19), quienes reportaron que la progresión clínica se vinculó con el deterioro de la calidad de vida. En la población estudiada, este resultado reforzó que la severidad clínica constituyó un factor relevante para comprender el bienestar percibido de los pacientes con enfermedad de Parkinson.

En relación con las características sociodemográficas y clínicas, el estudio incluyó 88 pacientes con edades entre 50 y 65 años, con una media de 57,45 años, predominio femenino de 54,5%, nivel educativo secundario, estado civil casado y diabetes mellitus como comorbilidad más frecuente. Además, el tiempo de enfermedad presentó una media de 20,17 meses, con predominio del grupo de 19 a 22 meses. En cuanto a la edad, los resultados se aproximaron parcialmente a lo reportado por Saquisela et al. (14), quienes describieron una edad media de 61,0 años, y por Centeno et al. (12), quienes reportaron una edad promedio de 64,4 años en pacientes con Parkinson. Respecto al sexo, el predominio femenino fue similar a Meng et al. (16), quienes también identificaron mayor proporción de mujeres, con 56,8%. En contraste, difirió de Saquisela et al. (14), quienes reportaron predominio masculino de 71,0%, y de Sarapura et al. (13), quienes encontraron mayor frecuencia de Parkinson en varones. Estos hallazgos permitieron contextualizar los resultados en una muestra adulta, con ligera predominancia femenina y presencia de comorbilidades, características que podrían influir en la funcionalidad y en la percepción de calidad de vida.

Respecto a las dimensiones de la severidad clínica, se identificaron relaciones negativas, significativas y fuertes entre la calidad de vida y los aspectos no motores, aspectos motores, exploración motora y complicaciones motoras. Estos hallazgos concuerdan con Nakano et al. (17), al identificar asociación entre síntomas motores, síntomas no motores y calidad de vida. Asimismo, coincidieron con Ueno et al. (18), al evidenciar que los síntomas no motores y las actividades de la vida diaria se relacionaron con peor calidad de vida. De manera complementaria, guardaron relación con Ge et al. (15), al reportar vínculo entre función motora y calidad de vida, y con Santos et al. (19), al señalar que los síntomas no motores fueron relevantes en el deterioro de la calidad de vida. En la muestra estudiada, estos resultados evidenciaron que la calidad de vida no se vinculó únicamente con la severidad clínica global, sino también con sus dimensiones específicas, siendo la exploración motora la relación de mayor intensidad.

Entre las principales limitaciones del estudio, se consideró que el diseño transversal permitió identificar asociaciones entre las variables, pero no establecer relaciones causales. Asimismo, al desarrollarse en un solo centro fisioterapéutico, los resultados deben interpretarse con cautela al generalizarlos a otros contextos asistenciales. Además, no se incluyeron variables que podrían influir en la calidad de vida, como tratamiento farmacológico, apoyo familiar, estado emocional, nivel de dependencia funcional o acceso continuo a rehabilitación. En ese sentido, se recomienda que futuras investigaciones incorporen muestras más amplias, diseños longitudinales y análisis de otros factores clínicos y psicosociales. Desde una perspectiva práctica, los hallazgos resaltaron la importancia de evaluar integralmente la severidad clínica y sus dimensiones para orientar intervenciones fisioterapéuticas centradas en la funcionalidad, el seguimiento clínico y la mejora de la calidad de vida de los pacientes con enfermedad de Parkinson.

V. CONCLUSIONES

- Existe una relación significativa, negativa y fuerte entre la severidad clínica y la calidad de vida en pacientes con enfermedad de Parkinson atendidos en un centro fisioterapéutico, Lima 2026, lo que evidencia que una mayor severidad clínica se asoció con menor calidad de vida.

- Los pacientes con enfermedad de Parkinson se caracterizaron por presentar edades entre 50 y 65 años, con una media de 57,45 años, predominio femenino, nivel educativo secundario, estado civil casado, diabetes mellitus como comorbilidad más frecuente y tiempo de enfermedad promedio de 20,17 meses.

- Existe una relación significativa, negativa y fuerte entre los aspectos no motores de la vida diaria y la calidad de vida, lo que indica que una mayor afectación no motora se asoció con menor calidad de vida en los pacientes evaluados.

- Existe una relación significativa, negativa y fuerte entre los aspectos motores de la vida diaria y la calidad de vida, lo que muestra que una mayor limitación motora en las actividades cotidianas se vinculó con menor calidad de vida.

- Existe una relación significativa, negativa y fuerte entre la exploración motora y la calidad de vida, lo que evidencia que un mayor compromiso motor clínico se asoció con menor calidad de vida en los pacientes con enfermedad de Parkinson.

- Existe una relación significativa, negativa y fuerte entre las complicaciones motoras y la calidad de vida, lo que sugiere que una mayor presencia de complicaciones motoras se relacionó con menor calidad de vida.

VI. REFERENCIAS

1. World Health Organization. Parkinson disease. [Internet]. Geneva: WHO; 2023. [Consultado el 07 de febrero de 2026]. Disponible en: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/parkinson-disease
2. Dorsey R, et al. Global, regional, and national burden of Parkinson's disease, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet Neurol. 2018 Nov;17(11):939-953. doi: 10.1016/S1474-4422(18)30295-3. Epub 2018 Oct 1. Erratum in: Lancet Neurol. 2021 Dec;20(12):e7. doi: 10.1016/S1474-4422(21)00382-3.

3. Kuhlman G, Flanigan J, Sperling S, Barrett M. Predictors of health-related quality of life in Parkinson's disease. Parkinsonism Relat Disord. 2019 Aug;65:86-90. doi: 10.1016/j.parkreldis.2019.05.009.
4. Sánchez I, Lucas O, Ojeda N, Peña J, Gómez J, Gómez M, et al. Predictors of health-related quality of life in Parkinson's disease: the impact of overlap between health-related quality of life and clinical measures. Qual Life Res. 2022;31(11):3241-3252. doi: 10.1007/s11136-022-03187-y.
5. Cronin P, Collins L, Sullivan A. Impacts of gait freeze on quality of life in Parkinson's disease, from the perspectives of patients and their carers. Ir J Med Sci. 2024;193(4):2041-2050. doi: 10.1007/s11845-024-03673-x.
6. Bock M, Brown E, Zhang L, Tanner C. Association of Motor and Nonmotor Symptoms With Health-Related Quality of Life in a Large Online Cohort of People With Parkinson Disease. Neurology. 2022; 98(22):e2194-e2203. doi: 10.1212/WNL.0000000000200113.
7. Kim D, Isidro A, Doering M, Llibre J, Acosta I, Rodriguez A, et al. Prevalence and Incidence of Parkinson's Disease in Latin America: A Meta-Analysis. Mov Disord. 2024;39(1):105-118. doi: 10.1002/mds.29682.
8. Tausch A, Thakur K, Oliveira R. Addressing neurological burden in the Americas. The Lancet Neurology, 2024; 23(4):327 – 328. https://doi.org/10.1016/S1474-4422(24)00085-1
9. Ministerio de Salud. El Parkinson afecta a unas 30 mil personas en el Perú. [Internet]. Lima; 2019. [Consultado el 07 de febrero de 2026]. Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/27375-el-parkinson-afecta-a-unas-30-mil-personas-en-el-peru
10. Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas (INCN). Guia de práctica clínica de enfermedad de Parkinson. Ministerios de Salud, Lima; 2016. Disponible en: https://www.incn.gob.pe/wp-content/uploads/2020/09/RD.-432-2016-Aprobar-Guia-de-practica-clinica.pdf
11. Peto V, Jenkinson C, Fitzpatrick R, Greenhall R. The development and validation of a short measure of functioning and well being for individuals with Parkinson's disease. Qual Life Res. 1995;4(3):241-8. doi: 10.1007/BF02260863.
12. Hernández-Sampieri R, Mendoza C. Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. Duluth (MN, EE.UU.): McGraw Hill; 2018.

13. Ge Y, Zhao W, Zhang L, Zhao X, Shu X, Li J, Liu Y. Correlation between motor function and health-related quality of life in early to mid-stage patients with Parkinson disease: a cross-sectional observational study. Front Aging Neurosci. 2024; 16:1399285. doi: 10.3389/fnagi.2024.1399285.
14. Nakano T, Kajiyama Y, Revankar G, Hashimoto R, Watanabe Y, Kishima H, et al. Neural networks associated with quality of life in patients with Parkinson's disease. Parkinsonism Relat Disord. 2021; 89:6-12. doi: 10.1016/j.parkreldis.2021.06.007.
15. Ueno T, Kon T, Haga R, Nishijima H, Arai A, Tomiyama M. Assessing the relationship between non-motor symptoms and health-related quality of life in Parkinson's disease: a retrospective observational cohort study. Neurol Sci. 2020; 41(10):2867-2873. doi: 10.1007/s10072-020-04406-5.
16. Santos D, de Deus T, Cores C, Muñoz G, Paz J, Martínez C, et al. Predictors of clinically significant quality of life impairment in Parkinson's disease. NPJ Parkinsons Dis. 2021;7(1):118. doi: 10.1038/s41531-021-00256-w.
17. Saquisela V, Vences M, Quispe J, Urrunaga D. Perfil Clínico y Demográfico de Pacientes con Enfermedad de Parkinson: Experiencia en un Centro de Referencia de Perú. Revista Ecuatoriana de Neurologia. 2025;34(1):76-83. doi: 10.46997/revecuatneurol34100076.
18. Centeno J, Hurtado C, Murillo A, Camargo I, Lizarraga K. Características clínicas de la enfermedad de Parkinson en consulta externa de un hospital regional en Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2025;42(4):430-5. doi: 10.17843/rpmesp.2025.424.15105.
19. Sarapura E, Milla K, Ríos J, Maguiña J, Rivera A, Inca M, et al. Prevalence of Parkinson's Disease in a Town of the Central Highlands of Peru: A Population-Based Study. Mov Disord Clin Pract. 2025 Sep 19. doi: 10.1002/mdc3.70354.

14.ANEXOS

Anexo 1: Consentimiento informado

Título de proyecto de investigación : Severidad clínica y calidad de vida en pacientes con enfermedad de Parkinson atendidos en un centro fisioterapéutico, Lima 2026

Investigadores : Marithza Cusquipoma Marín
Institución(es) : Universidad Privada Norbert Wiener (UPNW)

Estamos invitando a usted a participar en un estudio de investigación titulado: "*Severidad clínica y calidad de vida en pacientes con enfermedad de Parkinson atendidos en un centro fisioterapéutico, Lima 2026*". de fecha __/__/____ y versión.01. Este es un estudio desarrollado por investigadores de la Universidad Privada Norbert Wiener(UPNW).

I. INFORMACIÓN

Propósito del estudio: El propósito de este estudio es determinar la relación entre severidad clínica y calidad de vida en pacientes con enfermedad de Parkinson atendidos en un centro fisioterapéutico, Lima 2026. Su ejecución ayudará/permitirá evaluar nuevas terapias para la mejora de su salud.

Duración del estudio: 6 meses

N° esperado de participantes: 88

Criterios de Inclusión y exclusión: Se incluirán:

- Diagnóstico clínico de enfermedad de Parkinson establecido por un profesional de salud especializado.
- Edad igual o mayor a 18 años.
- Atención fisioterapéutica ambulatoria activa en el centro durante el periodo del estudio.
- Capacidad para responder los instrumentos de evaluación de manera autónoma o con apoyo mínimo.
- Aceptación voluntaria de participación mediante la firma del consentimiento informado.

Se excluirán:

- Diagnóstico de otros trastornos neurológicos degenerativos distintos a la enfermedad de Parkinson.
- Enfermedades agudas o descompensadas que limiten la participación en la evaluación al momento de la recolección de datos.
- Deterioro cognitivo severo que impida la comprensión adecuada de los instrumentos de medición.
- Condiciones médicas o psiquiátricas graves no relacionadas con la enfermedad de Parkinson que interfieran con la evaluación clínica o la calidad de vida.

Procedimientos del estudio: Si Usted decide participar en este estudio se le realizará procesos:

La información se recopilará mediante una encuesta con instrumentos validados en español y el registro de variables sociodemográficas y clínicas, para obtener datos fiables sobre la severidad clínica y calidad de vida en pacientes con Parkinson atendidos en un centro fisioterapéutico de Lima.

Antes del trabajo de campo, se gestionará la autorización institucional y se coordinarán las evaluaciones con el centro fisioterapéutico. El investigador estará previamente capacitado en la aplicación y registro de los instrumentos para evitar errores y mantener la uniformidad en la recolección de datos.

Las evaluaciones se realizarán dentro del periodo programado del estudio y en espacios apropiados del centro de fisioterapia, asegurando privacidad, seguridad y confort para quienes participan. Antes de usar los instrumentos, se ofrecerá a cada persona una explicación clara sobre los objetivos y métodos del estudio, además de solicitar su consentimiento informado mediante una firma, entregándole una copia de dicho documento.

Instrumentos y secuencia de aplicación

a. Ficha sociodemográfica y clínica

Se empleará una ficha elaborada específicamente para el estudio, destinada a recopilar información general y clínica de los participantes. Los datos registrados incluirán: edad, sexo, tiempo de diagnóstico de la enfermedad de Parkinson, presencia de comorbilidades relevantes, entre otras. Esta información permitirá caracterizar a la población de estudio y contextualizar los resultados obtenidos.

b. Evaluación de la severidad clínica

La severidad clínica de la enfermedad de Parkinson será evaluada mediante la Movement Disorder Society–Unified Parkinson's Disease Rating Scale (MDS-UPDRS), en su versión oficial en español. El instrumento será aplicado mediante entrevista estructurada y evaluación clínica, siguiendo los lineamientos establecidos.

c. Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud

La calidad de vida relacionada con la salud será evaluada mediante el Parkinson's Disease Questionnaire-39 (PDQ-39), en su versión validada en español. El cuestionario será administrado en forma de entrevista estructurada, garantizando la correcta comprensión de los ítems por parte del participante. Para el presente estudio, se utilizará el índice resumen global del PDQ-39, el cual refleja el impacto general de la enfermedad de Parkinson sobre la vida cotidiana del paciente.

Al concluir cada jornada de recolección de datos, se realizará una revisión exhaustiva de los instrumentos utilizados para asegurar su integridad, completitud y coherencia. Posteriormente, la información será codificada, digitalizada y depurada en una base de datos conforme al plan de análisis estadístico establecido para la investigación.

Riesgos: No se anticipan riesgos físicos. Sin embargo, la participación implica la dedicación de tiempo (40 minutos) para completar cuestionarios, sumado a ello, al reflexionar sobre su severidad clínica y calidad de vida, es posible experimentar malestar emocional, ligera ansiedad o estrés; asimismo, algunos pueden sentir frustración o experimentar fatiga leve. Para reducir estos efectos, se ofrecerán pausas discrecionales durante la aplicación y un breve espacio de apoyo al finalizar. La participación es voluntaria y puede interrumpirse en cualquier momento sin consecuencias. Si algún participante manifiesta angustia significativa, el investigador suspenderá inmediatamente la sesión y recomendará la búsqueda de asistencia clínica o psicológica adecuada.

Beneficios: Aunque la participación no conllevará un beneficio terapéutico directo inmediato, los participantes obtendrán información personalizada acerca de su severidad clínica y calidad de vida, incluyendo una mini-sesión educativa sobre consejos de autocuidado específicos para su caso. Además, al finalizar la aplicación de los cuestionarios, cada participante recibirá un informe individual.

Costos e incentivos: Usted no pagará ningún costo monetario por su participación en la presente investigación. Así mismo, no recibirá ningún incentivo económico ni medicamentos a cambio de su participación.

Confidencialidad: Nosotros guardaremos la información recolectada con códigos para resguardar su identidad. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita su identificación. Los archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio.

Derechos del paciente: La participación en el presente estudio es voluntaria. Si usted lo decide puede negarse a participar en el estudio o retirarse de éste en cualquier momento, sin que esto ocasione ninguna penalización o pérdida de los beneficios y derechos que tiene como individuo, como así tampoco modificaciones o restricciones al derecho a la atención médica.

Preguntas/Contacto: Puede comunicarse con el Investigador Principal *(Marithza Cusquipoma Marín, número de teléfono 977839186 y correo electrónico* marinmarithza.14@gmail.com*).*

Así mismo puede comunicarse con el Comité de Ética que validó el presente estudio,

Contacto del Comité de Ética: Mg Angelica Karina Minaya Galarreta, Presidente del Comité de Ética de la Universidad Norbert Wiener, para la investigación de la Universidad Norbert Wiener, **Email:** comité.etica@uwiener.edu.pe

II. DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

He leído la hoja de información del Formulario de Consentimiento Informado(FCI), y declaro haber recibido una explicación satisfactoria sobre los objetivos, procedimientos y finalidades del estudio. Se han respondido todas mis dudas y preguntas. Comprendo que mi decisión de participar es voluntaria y conozco mi derecho a retirar mi consentimiento en cualquier momento, sin que esto me perjudique de ninguna manera. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

_____*(Firma)*_____

Nombre **participante:**

DNI:

Fecha: *(dd/mm/aaaa)*

_____*(Firma)*_____

Nombre **investigador:**

DNI:

Fecha: *(dd/mm/aaaa)*

_____*(Firma)*_____

Nombre testigo o representante legal:

DNI:

Fecha: *(dd/mm/aaaa)*

Nota: *La firma del testigo o representante legal es obligatoria solo cuando el participante tiene alguna discapacidad que le impida firmar o imprimir su huella, o en el caso de no saber leer y escribir.*

Anexo 2: Instrumentos

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

"Severidad clínica y calidad de vida en pacientes con enfermedad de Parkinson atendidos en un centro fisioterapéutico, Lima 2026"

Fecha de evaluación: ___ / ___ / 2025

Instrucciones: Marque o anote una sola opción por ítem, salvo que se indique lo contrario.

1. **Edad (años):** ____

2. **Sexo:** ☐ Masculino ☐ Femenino

3. **Nivel educativo:** ☐ Primaria o menos ☐ Secundaria ☐ Superior.

4. **Estado civil:** ☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Viudo/a Otro: _____.

5. **Comorbilidades** (diagnosticadas por profesional especializado):

   ☐ HTA ☐ DM2 ☐ obesidad ☐ Depresión/ansiedad ☐ Otras:_____

6. **Tiempo de enfermedad:** _____

Instrumento 1: Severidad Clínica (MDS-UPDRS)

Hoja de Recogida de Puntuaciones

1.A	Fuente de información	☐ Paciente ☐ Cuidador ☐ Paciente + Cuidador	3.3b	Rigidez – MSD	
			3.3c	Rigidez – MSI	
Parte I			3.3d	Rigidez – MID	
1.1	Deterioro cognitivo		3.3e	Rigidez – MII	
1.2	Alucinaciones y psicosis		3.4a	Golpeteo de dedos (*tapping*)– Mano dcha.	
1.3	Estado de ánimo depresivo		3.4b	Golpeteo de dedos (*tapping*)– Mano izda.	
1.4	Estado de ánimo ansioso		3.5a	Movimientos de las manos – Mano dcha.	
1.5	Apatía		3.5b	Movimientos de las manos – Mano izda.	
1.6	Manifestaciones del SDD		3.6a	Pronación-supinación – Mano dcha.	
1.6a	¿Quién está cumplimentando el cuestionario?	☐ Paciente ☐ Cuidador ☐ Paciente + Cuidador	3.6b	Pronación-supinación – Mano izda.	
			3.7a	Golpeteo con los dedos de los pies – Pie derecho	
1.7	Problemas de sueño		3.7b	Golpeteo con los dedos de los pies – Pie izquierdo	
1.8	Somnolencia diurna		3.8a	Agilidad con las piernas – Pierna derecha	
1.9	Dolor y otras sensaciones		3.8b	Agilidad con las piernas – Pierna izquierda	
1.10	Problemas urinarios		3.9	Levantarse de la silla	
1.11	Problemas de estreñimiento		3.10	Marcha	
1.12	Mareo al ponerse de pie		3.11	Congelación de la marcha	
1.13	Fatiga		3.12	Estabilidad postural	
Parte II			3.13	Postura	
2.1	Hablar		3.14	Espontaneidad global de movimientos	
2.2	Salivación y babeo		3.15a	Temblor postural – Mano derecha	
2.3	Masticación y deglución		3.15b	Temblor postural – Mano izquierda	
2.4	Comer/manejar cubiertos		3.16a	Temblor de acción – Mano derecha	
2.5	Vestirse		3.16b	Temblor de acción – Mano izquierda	
2.6	Higiene		3.17a	Amplitud del temblor de reposo – MSD	
2.7	Escritura		3.17b	Amplitud del temblor de reposo – MSI	
2.8	Hobbies y otras actividades		3.17c	Amplitud del temblor de reposo – MID	
2.9	Darse la vuelta en cama		3.17d	Amplitud del temblor de reposo – MII	
2.10	Temblor		3.17e	Amplitud del temblor de reposo – Labio/mandíbula	
2.11	Levantarse de la cama		3.18	Persistencia del temblor de reposo	
2.12	Marcha y equilibrio			¿Discinesias presentes?	☐No ☐Sí
2.13	Congelación al caminar			¿Estos movimientos interfirieron con la exploración?	☐No ☐Sí
3a	¿El paciente toma medicación?	☐ No ☐ Sí		Estadios de Hoehn y Yahr	
3b	Estado clínico del paciente	☐ Off ☐ On	**Parte IV**		
3c	¿El paciente toma levodopa?	☐ No ☐ Sí	4.1	Tiempo con discinesias	
3.c1	Tiempo desde la última dosis:		4.2	Impacto funcional de las discinesias	
Parte III			4.3	Tiempo en OFF	
3.1	Lenguaje		4.4	Impacto funcional de las fluctuaciones	
3.2	Expresión facial		4.5	Complejidad de las fluctuaciones motoras	
3.3a	Rigidez - Cuello		4.6	Distonías dolorosas en estado OFF	

Instrumento 2: Calidad de vida - Parkinson's Disease Questionnaire-39 (PDQ-39)

Como consecuencia de la Enfermedad de Parkinson, ¿con qué frecuencia ha tenido durante el último mes los siguientes problemas o sentimientos?

		Nunca	Ocasionalmente	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre o incapaz de hacerlo (si es aplicable)
1	Dificultad para realizar las actividades de ocio que le gustaría hacer					
2	Dificultad para realizar tareas de la casa (por ejemplo, efectuar reparaciones, cocinar, ordenar cosas, decorar, limpieza...)					
3	Dificultad para cargar con paquetes o las bolsas de la compra					
4	Problemas para caminar una distancia de unos 750 metros					
5	Problemas para caminar unos 100 metros					
6	Problemas para dar una vuelta alrededor de casa con tanta facilidad como le gustaría					
7	Problemas para moverse en sitios públicos					
8	Necesidad de que alguien le acompañara cuando salía a la calle					
9	Sensación de miedo o preocupación por si se caía en público					
10	Permanecer confinado en casa más tiempo del que usted desearía					
11	Dificultades para su aseo personal					
12	Dificultades para vestirse solo					
13	Problemas para abotonarse la ropa o atarse los cordones de los zapatos					
14	Problemas para escribir con claridad					
15	Dificultad para cortar los alimentos.					
16	Dificultades para sostener un vaso o una taza sin derramar el contenido.					
17	Sensación de depresión					
18	Sensación soledad y aislamiento					

19	Sensación de estar lloroso o con ganas de llorar					
20	Sensación de enfado o amargura					
21	Sensación de ansiedad o nerviosismo					
22	Preocupación acerca de su futuro					
23	Tendencia a ocultar su Enfermedad de Parkinson a la gente					
24	Evitar situaciones que impliquen comer o beber en público					
25	Sentimiento de vergüenza en público debido a tener la Enfermedad de Parkinson					
26	Sentimiento de preocupación por la reacción de otras personas hacia usted					
27	Problemas en las relaciones personales con las personas íntimas					
28	Falta de apoyo de su esposo/a o pareja de la manera que usted necesitaba (Si usted no tiene esposo/a o pareja marque esta casilla, por favor)					
29	No ha recibido apoyo de sus familiares o amigos íntimos de la manera que usted necesitaba					
30	Quedarse inesperadamente dormido durante el día					
31	Problemas para concentrarse; por ejemplo, cuando lee o ve la televisión					
32	Sensación de que su memoria funciona mal.					
33	Alucinaciones o pesadillas inquietantes					
34	Dificultad al hablar					
35	Incapacidad para comunicarse adecuadamente con la gente					
36	Sensación de que la gente le ignora					
37	Calambres musculares o espasmos dolorosos					
38	Molestias o dolores en las articulaciones o en el cuerpo					
39	Sensaciones desagradables de calor o frío					

Anexo 3: Validez de Instrumentos

CARTA DE PRESENTACIÓN

Mg.

Presente

Asunto: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTO.

Es muy grato comunicarme con usted para expresarle mi saludo y así mismo, hacer de su conocimiento que, siendo Bachiller en terapia física y rehabilitación, requiero validar los instrumentos con los cuales recogeré la información necesaria para desarrollar mi investigación con la cual optaré el Título de Lic. en Tecnología Médica . El título nombre de mi proyecto de investigación es: "Severidad clínica y calidad de vida en pacientes con enfermedad de Parkinson atendidos en un centro fisioterapéutico, Lima 2026" siendo imprescindible contar con la aprobación de docentes especializados para aplicar los instrumentos en mención, he considerado conveniente recurrir a Usted, ante su connotada experiencia como investigador.

El expediente de validación que le hago llegar contiene:

- Carta de presentación.

- Definiciones conceptuales de las variables y dimensiones.

- Matriz de operacionalización de las variables.

- Certificado de validez de contenido de los instrumentos.

Expresándole los sentimientos de respeto y consideración, me despido de Usted, no sin antes agradecer por la atención que dispense a la presente.

Atentamente

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DE LOS INSTRUMENTOS

TITULO: "Severidad clínica y calidad de vida en pacientes con enfermedad de Parkinson atendidos en un centro fisioterapéutico, Lima 2026"

VARIABLE 1: Severidad clínica								
		Pertinencia[1]		**Relevancia[2]**		**Claridad[3]**		
	Parte I	**SI**	**NO**	**SI**	**NO**	**SI**	**NO**	
1	Deterioro cognitivo	**X**		**X**		**X**		
2	Alucinaciones y psicosis	**X**		**X**		**X**		
3	Estado de ánimo depresivo	**X**		**X**		**X**		
4	Estado de ánimo ansioso	**X**		**X**		**X**		
5	Apatía	**X**		**X**		**X**		
6	Manifestaciones del SDD	**X**		**X**		**X**		
7	Problemas de sueño	**X**		**X**		**X**		
8	Somnolencia diurna	**X**		**X**		**X**		
9	Dolor y otras sensaciones	**X**		**X**		**X**		
10	Problemas urinarios	**X**		**X**		**X**		
11	Problemas de estreñimiento	**X**		**X**		**X**		
12	Mareo al ponerse de pie	**X**		**X**		**X**		
13	Fatiga	**X**		**X**		**X**		
	Parte II							
1	Hablar	**X**		**X**		**X**		
2	Salivación y babeo	**X**		**X**		**X**		
3	Masticación y deglución	**X**		**X**		**X**		
4	Comer/manejar cubiertos	**X**		**X**		**X**		
5	Vestirse	**X**		**X**		**X**		
6	Higiene	**X**		**X**		**X**		
7	Escritura	**X**		**X**		**X**		
8	Hobbies y otras actividades	**X**		**X**		**X**		
9	Darse la vuelta en cama	**X**		**X**		**X**		
10	Temblor	**X**		**X**		**X**		
11	Levantarse de la cama	**X**		**X**		**X**		
12	Marcha y equilibrio	**X**		**X**		**X**		
13	Congelación al caminar	**X**		**X**		**X**		
14	¿El paciente toma medicación?	**X**		**X**		**X**		
15	Estado clínico del paciente	**X**		**X**		**X**		
16	¿El paciente toma levodopa?	**X**		**X**		**X**		
17	Tiempo desde la última dosis:	**X**		**X**		**X**		
	Parte III							
1	Lenguaje	**X**		**X**		**X**		
2	Expresión facial	**X**		**X**		**X**		
3	Rigidez	**X**		**X**		**X**		
4	Golpeteo de dedos (manos))	**X**		**X**		**X**		
5	Movimientos de las manos	**X**		**X**		**X**		
6	Pronación-supinación	**X**		**X**		**X**		
7	Golpeteo con los dedos de los pies	**X**		**X**		**X**		
8	Agilidad con las piernas	**X**		**X**		**X**		
9	Levantarse de la silla	**X**		**X**		**X**		
10	Marcha	**X**		**X**		**X**		
11	Congelación de la marcha	**X**		**X**		**X**		
12	Estabilidad postural	**X**		**X**		**X**		

13	Postura	**X**		**X**		**X**		
14	Espontaneidad global de movimientos	**X**		**X**		**X**		
15	Temblor postural	**X**		**X**		**X**		
16	Temblor de acción	**X**		**X**		**X**		
17	Amplitud del temblor de reposo	**X**		**X**		**X**		
18	Persistencia del temblor de reposo	**X**		**X**		**X**		
	Parte IV							
1	Tiempo con discinesias	**X**		**X**		**X**		
2	Impacto funcional de las discinesias	**X**		**X**		**X**		
3	Tiempo en OFF	**X**		**X**		**X**		
4	Impacto funcional de las fluctuaciones	**X**		**X**		**X**		
5	Complejidad de las fluctuaciones motoras	**X**		**X**		**X**		
6	Distonías dolorosas en estado OFF	**X**		**X**		**X**		

VARIABLE 2: Calidad de vida								
	Unidimensional	**Pertinencia[1]**		**Relevancia[2]**		**Claridad[3]**		
		SI	**NO**	**SI**	**NO**	**SI**	**NO**	
1	Dificultad para realizar las actividades de ocio que le gustaría hacer	**X**		**X**		**X**		
2	Dificultad para realizar tareas de la casa (por ejemplo, efectuar reparaciones, cocinar, ordenar cosas, decorar, limpieza...)	**X**		**X**		**X**		
3	Dificultad para cargar con paquetes o las bolsas de la compra	**X**		**X**		**X**		
4	Problemas para caminar una distancia de unos 750 metros	**X**		**X**		**X**		
5	Problemas para caminar unos 100 metros	**X**		**X**		**X**		
6	Problemas para dar una vuelta alrededor de casa con tanta facilidad como le gustaría	**X**		**X**		**X**		
7	Problemas para moverse en sitios públicos	**X**		**X**		**X**		
8	Necesidad de que alguien le acompañara cuando salía a la calle	**X**		**X**		**X**		
9	Sensación de miedo o preocupación por si se caía en público	**X**		**X**		**X**		
10	Permanecer confinado en casa más tiempo del que usted desearía	**X**		**X**		**X**		
11	Dificultades para su aseo personal	**X**		**X**		**X**		
12	Dificultades para vestirse solo	**X**		**X**		**X**		
13	Problemas para abotonarse la ropa o atarse los cordones de los zapatos	**X**		**X**		**X**		
14	Problemas para escribir con claridad	**X**		**X**		**X**		
15	Dificultad para cortar los alimentos.	**X**		**X**		**X**		
16	Dificultades para sostener un vaso o una taza sin derramar el contenido.	**X**		**X**		**X**		
17	Sensación de depresión	**X**		**X**		**X**		
18	Sensación soledad y aislamiento	**X**		**X**		**X**		
19	Sensación de estar lloroso o con ganas de llorar	**X**		**X**		**X**		
20	Sensación de enfado o amargura	**X**		**X**		**X**		
21	Sensación de ansiedad o nerviosismo	**X**		**X**		**X**		
22	Preocupación acerca de su futuro	**X**		**X**		**X**		
23	Tendencia a ocultar su Enfermedad de Parkinson a la gente	**X**		**X**		**X**		

24	Evitar situaciones que impliquen comer o beber en público	**X**		**X**		**X**		
25	Sentimiento de vergüenza en público debido a tener la Enfermedad de Parkinson	**X**		**X**		**X**		
26	Sentimiento de preocupación por la reacción de otras personas hacia usted	**X**		**X**		**X**		
27	Problemas en las relaciones personales con las personas íntimas	**X**		**X**		**X**		
28	Falta de apoyo de su esposo/a o pareja de la manera que usted necesitaba (Si usted no tiene esposo/a o pareja marque esta casilla, por favor)	**X**		**X**		**X**		
29	No ha recibido apoyo de sus familiares o amigos íntimos de la manera que usted necesitaba	**X**		**X**		**X**		
30	Quedarse inesperadamente dormido durante el día	**X**		**X**		**X**		
31	Problemas para concentrarse; por ejemplo, cuando lee o ve la televisión	**X**		**X**		**X**		
32	Sensación de que su memoria funciona mal.	**X**		**X**		**X**		
33	Alucinaciones o pesadillas inquietantes	**X**		**X**		**X**		
34	Dificultad al hablar	**X**		**X**		**X**		
35	Incapacidad para comunicarse adecuadamente con la gente	**X**		**X**		**X**		
36	Sensación de que la gente le ignora	**X**		**X**		**X**		
37	Calambres musculares o espasmos dolorosos	**X**		**X**		**X**		
38	Molestias o dolores en las articulaciones o en el cuerpo	**X**		**X**		**X**		
39	Sensaciones desagradables de calor o frío	**X**		**X**		**X**		

[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

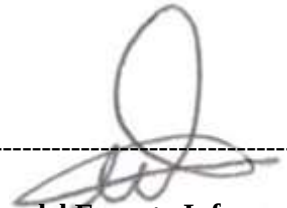
Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

Observaciones (precisar si hay suficiencia):_____

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [ ]No aplicable [ ]

Apellidos y nombres del juez validador. Dr. / Mg.: **Raymundo Chafloque Tullume**
DNI: 08671855
Especialidad del validador: Docencia universitaria y gestión universitaria

11 de Marzo del 2026



Firma del Experto Informante

Observaciones (precisar si hay suficiencia):_____
Opinión de aplicabilidad:Aplicable [X] Aplicable después de corregir [ ] No aplicable [ ]

Apellidos y nombres del juez validador. Dr. / Mg.: **José Melgarejo Valverde**
DNI: 06230600
Especialidad del validador: Docencia universitaria y gestión universitaria

10 de Marzo del 2026



Firma del Experto Informante

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [ ]No aplicable [ ]
Apellidos y nombres del juez validador. Dr. / Mg.: Ibarra Hurtado Luis
DNI: 41421873
Especialidad del validador: Terapia manual ortopédica

19 de Marzo del 2026



Firma del Experto Informante

Anexo 4: Confiabilidad

Prueba de normalidad de las variables y dimensiones de estudio

Pruebas de normalidad			
	Kolmogorov-Smirnov[a]		
	Estadístico	gl	Sig.
Severidad clínica	,323	88	,000
Aspectos no-motores	,296	88	,000
Aspectos motores	,296	88	,000
Exploración motora	,302	88	,000
Complicaciones motoras	,223	88	,000
Calidad de vida	,216	88	,000

La prueba de Kolmogorov-Smirnov evidenció niveles de significancia inferiores a 0,05 en la severidad clínica, sus dimensiones y la calidad de vida, lo que indicó que los datos no siguieron una distribución normal. Por ello, se optó por aplicar procedimientos estadísticos no paramétricos, empleándose el coeficiente de correlación de Spearman para evaluar la asociación entre la severidad clínica y la calidad de vida, así como entre cada dimensión de la severidad clínica y dicha variable.

Prueba de confiabilidad

Se realizó el análisis de confiabilidad utilizando como estadístico el alfa de Cronbach entre las variables centrales de estudio para una muestra piloto de 20 observaciones.

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,969	6

Estadísticos total-elemento				
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Severidad clínica	8,75	10,724	,998	,953
Aspectos no-motores	8,65	11,397	,876	,966
Aspectos motores	8,65	11,397	,876	,966
Exploración motora	8,70	11,063	,933	,960
Complicaciones motoras	8,70	11,063	,933	,960
Calidad de vida	8,55	12,050	,783	,975

Los resultados evidenciaron un alfa de Cronbach de 0,969 para los seis elementos evaluados, lo que indicó una consistencia interna excelente. Por tanto, los elementos analizados presentaron un nivel de confiabilidad favorable para su aplicación en el estudio.

Anexo 5: Aprobación del comité de ética

Universidad Norbert Wiener

COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA E INTEGRIDAD CIENTÍFICA

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Lima, 20 de marzo del 2026.

Autor Responsable:
Marithza Cusquipoma Marin

Exp. Nº: 0569-2026

De mi consideración:
Es grato expresarle mi cordial saludo y a la vez informarle que el Comité Institucional de Ética e Integridad Científica (CIEIC) de la Universidad Privada Norbert Wiener evaluó y **APROBÓ** el siguiente proyecto de investigación:

Proyecto Titulado: **"Severidad clínica y calidad de vida en pacientes con enfermedad de Parkinson atendidos en un centro fisioterapéutico, Lima 2026"**
Versión Nro. 1, aprobada por el asesor en fecha 19/02/ 2026.

El cual tiene como Autor(es) a:
Marithza Cusquipoma Marin

La **APROBACIÓN** otorgada comprende la verificación del cumplimiento de las buenas prácticas éticas, la adecuada evaluación del balance riesgo/beneficio, la idoneidad del equipo de investigación y la garantía de confidencialidad en el manejo de los datos, entre otros aspectos éticos y metodológicos pertinentes.

El investigador deberá considerar los siguientes puntos detallados a continuación:

- La aprobación otorgada por el CIEIC tiene una **vigencia de veinticuatro (24) meses** contados desde la fecha de emisión del presente documento. Esta vigencia es exclusiva para los procedimientos éticos revisados por el Comité y no sustituye ni aplica a los trámites administrativos ante la Oficina de Grados y Títulos.
- La constancia de aprobación por el CIEIC **no garantiza** la **aceptación** por parte de las **instituciones** en las que se planea realizar la investigación.
- En caso de requerir una **enmienda**, entendida como una modificación menor que **no altera de manera sustantiva** el proyecto aprobado, esta deberá ser presentada al CIEIC y no podrá ejecutarse sin su aprobación previa. **Cualquier cambio sustantivo deberá tramitarse como proyecto nuevo** ante el CIEIC.

Es cuanto informo a usted para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,

Mg. Angelica Karina Minaya Galarreta
Presidente
Comité Institucional de Ética e Integridad Científica
Universidad Privada Norbert Wiener

Anexo 6: Aprobación de la Recolección de datos

INTENSIVE BRAIN THERAPY

ESPECIALIZADO EN TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

CONSTANCIA

Por medio de la presente se hace constar que la Bachiller Bach. Marithza Cusquipona Marín, ha realizado la prueba y evaluación de pacientes en el Centro Intensive Brain Therapy , como parte del desarrollo del proyecto de tesis titulado:

"Severidad clínica y calidad de vida en pacientes con enfermedad de Parkinson atendidos en un centro fisioterapéutico, Lima 2026".

Las actividades fueron ejecutadas conforme a los protocolos establecidos por la institución, cumpliendo con las normas éticas y procedimientos correspondientes para la atención y evaluación de adultos mayores.

Se expide la presente constancia a solicitud de la interesada para los fines académicos que estime pertinentes.

Lugar: Lima – Perú
Fecha: 15/02/2025

Lic. Vásquez Reyes Leticia Maria
Tecnólogo Médico
C.T.M.P. 9623
INTENSIVE BRAIN THERAPY

GERENTE GENERAL

Anexo 7: Túrnitin antiplagio

Marithza Cusquipoma Marín

TESIS

Universidad Wiener

Detalles del documento

Identificador de la entrega
trn:oid:::14912:590460821

Fecha de entrega
14 may 2026, 12:20 a.m. GMT-5

Fecha de descarga
14 may 2026, 12:21 a.m. GMT-5

Nombre del archivo
TESIS - copia.docx

Tamaño del archivo
44.0 KB

10 páginas

3190 palabras

17.862 caracteres

16% 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

14% Fuentes de Internet
6% Publicaciones
10% 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.

16% 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

14% Fuentes de Internet
6% Publicaciones
10% 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

14% Fuentes de Internet
6% Publicaciones
10% 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
www.researchgate.net 2%

2 Internet
repositorio.usmp.edu.pe 2%

3 Internet
www.ome-aen.org <1%

4 Trabajos entregados
Universidad Cesar Vallejo on 2024-08-01 <1%

5 Internet
www.elsevier.es <1%

6 Trabajos entregados
BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA BIBLIOTECA on 2025-10-03 <1%

7 Trabajos entregados
Universidad Europea de Madrid on 2018-05-03 <1%

8 Trabajos entregados
Universidad de Murcia on 2022-01-08 <1%

9 Internet
dspace.ucacue.edu.ec <1%

10 Internet
www.slideshare.net <1%

11 Internet
ddd.uab.cat <1%