

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA MÉDICA



**EFFECTO DE LA TERAPIA FISICA Y REHABILITACIÓN EN LA
CAPACIDAD FUNCIONAL Y EN LA CALIDAD DE VIDA EN
PACIENTES POST ACCIDENTE CEREBROVASCULAR
EN UNA CLINICA DE ICA, 2023-2024.**

TESIS

PRESENTADA POR BACHILLER

ESPINOZA QUISPE JANELLA DEL ROSARIO

**PARA OPTAR POR EL TITULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN TECNOLOGIA MEDICA
ESPECIALIDAD DE TERAPIA FISICA Y REHABILITACION**

ICA – PERÚ

2025

ASESOR

DR. SARA VIA PAZ SOLDAN CESAR HERNAN

ORCID: 0000 – 0002 – 4734 - 3145

TESISTA

ESPINOZA QUISPE JANELLA DEL ROSARIO

ORCID: 0009 – 0001 – 1939 - 6733

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN
SALUD GLOBAL**

AGRADECIMIENTO

Primer lugar quiero comenzar por agradecer a Dios por permitirme contar con buena salud, paciencia y por colocar a personas con vasta experiencia y mucha paciencia que pudieron guiarme en este camino complejo que es la realización de una tesis.

Agradecer también a mi familia por el constante apoyo incondicional y apoyo emocional, también a mis docentes y asesores que me guiaron y orientaron de la mejor manera con su conocimiento y experiencia para el buen desarrollo de este proyecto.

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a Dios por permitirme culminar de una buena manera este proyecto. A mi familia por su incondicional apoyo emocional, paciencia y palabras de aliento en todo momento.

RESUMEN

Objetivo: Determinar el efecto de la terapia física y rehabilitación en la capacidad funcional y en la calidad de vida en pacientes post accidente cerebrovascular en una clínica de Ica, 2023-2024. **Materiales y métodos:** este estudio fue observacional, transversal y retrospectivo, con enfoque cuantitativo y nivel descriptivo. La población estuvo conformada por 80 pacientes post ACV atendidos en una clínica de Ica durante 2023-2024. La recolección de datos se realizó mediante revisión de historias clínicas y cuestionarios aplicados por llamada telefónica, en los cuales se registró la condición de los pacientes previa y posterior a la terapia física y rehabilitación. La capacidad funcional se evaluó mediante el índice Barthel y la calidad de vida mediante el cuestionario SF – 36. Las variables categóricas (edad y sexo) se expresaron en frecuencias y porcentajes; las variables cuantitativas se presentaron como mediana y rango intercuartílico debido a la distribución no normal de los datos. Para la comparación de las mediciones antes y después de la terapia se aplicó la prueba Wilcoxon para muestras relacionadas, considerando un nivel de significancia de 5% ($p < 0.05$). **Resultados:** se observó un aumento significativo en la capacidad funcional, pasando de una mediana de 30 a 82,5 ($p < 0.0001$). asimismo, la calidad de vida mejoró su componente físico (42.5 a 62) y mental (48 a 52), ambos con $p < 0.0001$. **Conclusiones:** la terapia física y rehabilitación se asocia con mejoras significativas en la capacidad funcional y la calidad de vida de los pacientes post ACV, reflejando beneficios tanto en la independencia para las actividades diarias como el bienestar físico y psicológico. Estos hallazgos sugieren que la intervención fisioterapéutica puede contribuir en la recuperación integral de esta población.

Palabras claves: Accidente Cerebrovascular, Terapia física y rehabilitación, Fisioterapia, Calidad de Vida, SF-36, Cuestionario de Barthel.

ABSTRACT

Objective: To determine the effect of physical therapy and rehabilitation on functional capacity and quality of life in post-stroke patients at a clinic in Ica, 2023-2024. Materials and methods: this study was observational, cross-sectional, and retrospective, with a quantitative approach and descriptive level. The population consisted of 80 post-stroke patients treated in a clinic in Ica during 2023-2024. Data collection was conducted through review of medical records and questionnaires applied by phone calls, in which the condition of the patients was recorded before and after physical therapy and rehabilitation. Functional capacity was evaluated using the Barthel index and quality of life using the SF-36 questionnaire. Categorical variables (age and sex) were expressed in frequencies and percentages; quantitative variables were presented as median and interquartile range due to the non-normal distribution of the data. For the comparison of measurements before and after therapy, the Wilcoxon test for related samples was applied, considering a significance level of 5% ($p < 0.05$). Results: a significant increase in functional capacity was observed, from a median of 30 to 82.5 ($p < 0.0001$). Likewise, quality of life improved its physical component (42.5 to 62) and mental component (48 to 52), both with $p < 0.0001$. Conclusions: physical therapy and rehabilitation are associated with significant improvements in functional capacity and quality of life for post-stroke patients, reflecting benefits in both independence for daily activities and physical and psychological well-being. These findings suggest that physiotherapeutic intervention can contribute to the comprehensive recovery of this population.

Keywords: Stroke, Physical therapy and rehabilitation, Physiotherapy, Quality of Life, SF-36, Barthel Questionnaire.

INTRODUCCIÓN

El Accidente Cerebrovascular (ACV) conforman parte de “un grupo de trastornos diversos que involucran en la interrupción focal y repentina del flujo sanguíneo cerebral dejando como consecuencia un déficit neurológico”(1). Existen dos tipos de ACV, el más común y que representa el 80% de los casos es el tipo isquémico y el otro es el tipo hemorrágico que es menos frecuente y representa 20% (2–4).

El ACV es considerado a nivel mundial como una de las principales causantes de discapacidad en la población adulta, trayendo consecuencias y alteraciones en la capacidad de realizar sus Actividades de la Vida Diaria (AVD) de esta manera haciéndolos dependientes de otra persona, ésta pudiendo variar de acuerdo con el tipo de ACV, viéndose también afectada la calidad de vida de la persona que lo sufra o padezca por ende afectando de manera directa o indirecta también a la familia.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que la incidencia mundial de ACV es de 200 casos por cada 100 mil habitantes, además que cada año cobran la vida de 17.9 millones de personas y la tercera parte de las muertes se consideran muertes prematuras es decir personas menores a los 70 años (4,5). Según la Organización Panamericana de Salud (OPS) refiere que el 75% de las muertes causadas por ACV se dan en países de bajos recursos (6–8).

En el Perú, el Ministerio de Salud (MINSA) en el año 2022, catalogó al ACV como la segunda causa de muerte en el país y es considerada también una de las principales causas de discapacidad, la incidencia en el Perú es de 85-87 casos por cada 100000 habitantes y la prevalencia fue de 6.47 por cada 1000 (5,9).

La terapia física y rehabilitación cumple un papel fundamental en la recuperación de una persona que haya sufrido un ACV, dado que las secuelas incluyen discapacidad funcional, física y mental. Diversos estudios

internacionales han concluido que la terapia física y rehabilitación ayuda a mitigar estas secuelas, reduciendo la discapacidad y recuperando funciones básicas tales como: comer, peinarse, asearse solo, caminar e incluso desplazarse, además de contribuir a mejorar a función motora y mental (10,11).

En otros países también se ha reportado hallazgos relevantes. Por ejemplo, Estados Unidos se observó que la depresión post ACV se asocia a un 40% mayor a discapacidad grave (12). En Argentina, se reporta que el ACV en adultos jóvenes representan alrededor de 10% de los casos (6,13). En Brasil, un estudio relacionó el sexo femenino con mayor grado de incapacidad post ACV (14). En Chile, el Ministerio de Salud considera al ACV como la segunda causa de mortalidad, y el 5,4% con discapacidad la presenta por causas del sistema nervioso (3,15). En el Perú, un estudio realizado en Ica en el año 2012 sobre la calidad de vida en pacientes post ACV mostró que los varones obtuvieron mejores resultados en comparación con las mujeres (16).

En este sentido, resulta relevante indagar como varían la capacidad funcional y la calidad de vida en los pacientes post ACV que reciben terapia física y rehabilitación. Este estudio aporta información útil sobre dicha relación en un grupo de pacientes atendidos en una clínica de Ica y puede servir como base para futuras investigaciones que aborden con mayor detalle esta problemática.

ÍNDICE

CARÁTULA.....	i
ASESOR Y TESISISTA.....	ii
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN	iii
AGRADECIMIENTO	iv
DEDICATORIA	v
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	viii
ÍNDICE.....	x
INFORME ANTIPLAGIO	xii
LISTA DE TABLAS.....	xivii
LISTA DE ANEXOS	xviii
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	1
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	3
1.2.1. GENERAL	3
1.2.2. ESPECÍFICOS.....	3
1.3 JUSTIFICACIÓN	3
1.4 DELIMITACIÓN DEL ÁREA DEL ESTUDIO.....	4
1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	4
1.6 OBJETIVOS	5
1.6.1. GENERAL	5
Determinar el efecto de la terapia física y rehabilitación en la capacidad funcional y la calidad de vida en pacientes post accidente cerebrovascular en una clínica de Ica, 2023-2024.....	5
1.6.2. ESPECÍFICOS.....	5
1.7 HIPÓTESIS	5

1.7.1.	GENERAL	5
1.7.2.	ESPECÍFICA.....	6
1.8	PROPÓSITO	6
	CAPÍTULO II: MARCO TEORICO	7
2.1	ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS	7
2.2	BASES TEÓRICAS	16
2.3	MARCO CONCEPTUAL.....	34
	CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	37
3.1	DISEÑO METODOLÓGICO	37
3.1.1.	TIPO DE INVESTIGACIÓN	37
3.1.2.	NIVEL DE INVESTIGACIÓN	37
3.2	VARIABLES	37
3.3	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS	38
3.4	POBLACIÓN Y MUESTRA.....	38
3.5	CRITERIOS DE SELECCIÓN	39
3.6	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	39
3.7	PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	42
3.8	ASPECTOS ÉTICOS.....	43
	CAPÍTULO IV: RESULTADOS.....	45
4.1	RESULTADOS	45
	CAPÍTULO V: DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	48
5.1	DISCUSIÓN.....	48
5.2	CONCLUSIONES	51
5.3	RECOMENDACIONES	52
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
	ANEXOS.....	66

INFORME ANTIPLAGIO

Janella Del Rosario ESPINOZA QUISPE **TESIS FINAL - ESPINOZA**

 Anali - Ica

Detalles del documento

Identificador de la entrega
trn:oid::3117-527474272

Fecha de entrega
13 nov 2025, 12:48 GMT-5

Fecha de descarga
13 nov 2025, 13:16 GMT-5

Nombre del archivo
TESIS FINAL - ESPINOZA.docx

Tamaño del archivo
923.1 KB

113 páginas

20.019 palabras

112.777 caracteres




6% Similitud general

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

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto citado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 15 palabras)

Fuentes principales

- 4%  Fuentes de Internet
- 1%  Publicaciones
- 4%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

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.

*% detectado como IA

La detección de IA incluye la posibilidad de que haya falsos positivos. Aunque cierto texto en esta entrega se generó probablemente con IA, los puntajes inferiores al umbral del 20 % no aparecen porque tienen una mayor probabilidad de falsos positivos.

Precaución: Se necesita revisión.

Es esencial comprender los límites de la detección de IA antes de tomar decisiones acerca del trabajo del estudiante. Te alentamos a obtener más información acerca de las funciones de detección de IA de Turnitin antes de usar la herramienta.

Aviso legal

Nuestra evaluación de escritura con IA está diseñada para ayudar a los académicos a identificar texto que podrían haberse preparado mediante una herramienta de IA generativa. Es posible que nuestra evaluación de escritura con IA no siempre sea precisa (existe la posibilidad de que identifique erróneamente redacciones probablemente generadas por humanos como generadas por IA, y redacciones probablemente generadas por IA como generadas por humanos), por lo que no debe usarse como único fundamento para aplicar sanciones a un estudiante. Para determinar si es un caso de deshonestidad académica, se necesita de un escrutinio mayor y el juicio humano, junto con la aplicación de las políticas académicas específicas de la organización.

Preguntas frecuentes

¿Cómo debería interpretar los falsos positivos y el porcentaje de escritura con IA de Turnitin?

El porcentaje que se muestra en el reporte de escritura con IA es la cantidad del texto calificado en la entrega que el modelo de detección de escritura con IA de Turnitin determina se generó probablemente con IA desde un modelo de lenguaje de gran tamaño.

Los falsos positivos (que marcan incorrectamente alertas de texto escrito por humanos como generado con IA) son una posibilidad en los modelos de IA.

Los puntajes de detección de IA inferiores al 20 %, que no aparecen en reportes nuevos, tienen una mayor probabilidad de ser falsos positivos. Para reducir la probabilidad de malinterpretación, no se atribuye ningún puntaje o resaltado y se indican con un asterisco en el reporte (*%).

El porcentaje de escritura con IA no debe ser el único fundamento para determinar si ha ocurrido una mala conducta. El revisor/instructor debería usar el porcentaje como un medio para iniciar una conversación formativa con sus estudiantes o usarlo para examinar el ejercicio entregado según las políticas de la escuela.

¿Qué significa 'texto calificado'?

Nuestro modelo sólo procesa texto calificado en la forma de escritura de formato largo. La escritura de formato largo se refiere a los enunciados individuales en párrafos que constituyen una parte más grande del trabajo escrito, como un ensayo, una disertación, un artículo, etc. El texto calificado que se ha determinado que se generó probablemente con IA se resaltarán en color cian en la entrega.

El texto no calificado, como viñetas, bibliografías comentadas, etc., no se procesará y puede crear disparidad entre los puntos destacados de la entrega y el porcentaje mostrado.





UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE TECNOLOGIA MEDICA

FILIAL ICA

INFORME DE VERIFICACIÓN DE SOFTWARE ANTIPLAGIO

Fecha: 13 de noviembre 2025

Apellidos y Nombres del Estudiante: Espinoza Quispe Janella del Rosario


Apellidos y Nombres del Asesor: Saravia Paz Soldan Cesar Hernan

Tipo de trabajo a verificar:

- Proyecto de tesis
- Proyecto de Investigación
- Trabajo Académico
- Trabajo de investigación
- Tesis
- Trabajo de suficiencia profesional
- Artículo Científico
- Otros

Informo ser propietario (a) de la investigación verificada por el software antiplagio vigente, el mismo tiene el siguiente título: **EFECTO DE LA TERAPIA FISICA Y REHABILITACIÓN EN LA CAPACIDAD FUNCIONAL Y EN LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES POST ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN UNA CLINICA DE ICA, 2023-2024.**

Y culminada la verificación se obtuvo, 6% DE SIMILITUD* y *% DE USO DE HERRAMIENTAS DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL (IA)**.

Firma: 
Asesor de tesis (Cesar Hernan Saravia Paz Soldan)
DNI: 21819720

Firma: 
Tesisista (Janella del Rosario Espinoza Quispe)
DNI: 71121415

Firma: _____ (dejar en blanco en caso de ser tesista único)

Tesista (nombres y apellidos)

DNI:

* Colocar el porcentaje (%) obtenido luego del análisis del documento en evaluación con el software antiplagio vigente. Los límites superiores de coincidencia son 12% para documentos de posgrado y de 24% para documentos de pregrado.

** Colocar 0% si no se usó IA, en caso el software detecte u uso menor al 20% (Simbolizado como *IA) el asesor deberá asegurarse de que este uso se encuentre referenciado en la bibliografía. Si es mayor al 20%, se deberá rescribir el documento a fin de disminuir ese porcentaje por debajo del 20%.

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Características de la muestra estudiada	45
Tabla 2 Efecto de la terapia física en el capacidad funcional y calidad de vida en pacientes post accidente cerebrovascular.	47

LISTA DE ANEXOS

<input type="checkbox"/>	Anexo 1: Operacionalización de variables	67
<input type="checkbox"/>	Anexo 2: Significado de las puntuación del sf – 36.....	77
<input type="checkbox"/>	Anexo 3: Matriz de consistencia	78
<input type="checkbox"/>	Anexo 4: Cuestionario índice de barthel	84
<input type="checkbox"/>	Anexo 5: Cuestionario sf – 36.....	86
<input type="checkbox"/>	Anexo 6: Consentimiento informado.....	93
<input type="checkbox"/>	Anexo 7: Prueba de normalidad	97

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A nivel mundial, las enfermedades cardiovasculares constituyen la principal causa de defunción, dentro de las cuales se encuentra el accidente cerebrovascular (ACV). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la incidencia global del ACV es de aproximadamente 200 casos por cada 100 000 habitantes, y se prevé un incremento del 27% entre los años 2000 y 2025. Cada año las enfermedades cardiovasculares ocasionan alrededor de 17,9 millones de muertes, de las cuales cuatro de cada cinco se deben a cardiopatías coronarias y accidentes cerebrovasculares; además, un tercio de estas defunciones ocurren de manera prematura, es decir, en personas menores de 70 años (4,5).

En la región de las Américas, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) refiere que el ACV es una de las principales causas de mortalidad y discapacidad, y que más del 75% de las muertes se producen en países de ingresos bajos y medianos, donde los sistemas de salud enfrentan mayores limitaciones. Asimismo, se estima que dos tercios de las personas que sobreviven a un ACV presentan secuelas que afectan su calidad de vida (6–8). En países de la región como Brasil, se ha reportado cerca del 59% de los pacientes afectados con ACV presentan algún grado de incapacidad funcional, con un 28,5% en dependencia moderada y un 29% en dependencia severa, lo que evidencia la magnitud del impacto del ACV sobre la funcionalidad de los pacientes (14).

En el Perú según el Ministerio de Salud mediante un boletín epidemiológico emitido por el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas en el año 2022, el ACV es considerado la segunda causa de muerte en el país y una de las principales causas de muertes prematuras y discapacidad. La incidencia fue de 85 a 87 casos por cada 100 000 habitantes, y la prevalencia alcanzó 6,4 por cada 1000 habitantes. Asimismo, un estudio realizado con datos de los

años 2017 y 2018 mostro que los varones presentan una mayor afectación que las mujeres, y se advierte la limitada vigilancia de esta condición en países con bajos recursos económicos (5,9)

Una de las principales consecuencias del ACV es la alteración de la capacidad funcional, entendida como la autonomía para realizar actividades básicas de la vida diaria. Estas limitaciones reducen la independencia de la persona y aumenta su dependencia de terceros (10,11). De igual manera, la calidad de vida se ve comprometida, ya que el ACV repercute no solo en la esfera física, sino también en los aspectos emocionales y sociales, disminuyendo de manera significativa el bienestar general de quienes lo padecen (12,13).

Los pacientes que han sufrido un ACV suelen presentar secuelas que limitan su capacidad funcional y repercuten directamente en su calidad de vida, tal como han mostrado diversos estudios internacionales y nacionales recientes (14,15). La literatura señala que la terapia física y rehabilitación desempeña un papel fundamental en este proceso, al favorecer la recuperación de la independencia en las actividades básicas de la vida diaria y contribuir a mejorar la percepción de bienestar físico y mental. Sin embargo, a nivel local, la evidencia que relacione de manera conjunta estas dos variables “capacidad funcional y calidad de vida” sigue siendo escasa, lo que dificulta contar con información contextualizada sobre esta población.

Frente a esta situación, se plantea la necesidad de investigar como varían la capacidad funcional y calidad de vida antes y después de la terapia física y rehabilitación, con el propósito de aportar información útil para la práctica clínica y servir de base para futuros estudios con diseño más amplios.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. GENERAL

¿Cuál es el efecto de la terapia física y rehabilitación en la capacidad funcional y la calidad de vida en pacientes post accidente cerebrovascular en una clínica de Ica, 2023-2024?

1.2.2. ESPECÍFICOS

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los pacientes post accidente cerebrovascular en una clínica de Ica, 2023-2024?
- ¿Cuál es el nivel de capacidad funcional de los pacientes post accidente cerebrovascular en una clínica de Ica, 2023-2024?
- ¿Cuál es el nivel de calidad de vida de los pacientes post accidente cerebrovascular en una clínica de Ica, 2023-2024?

1.3 JUSTIFICACIÓN

El ACV es una de las principales causas de discapacidad y mortalidad a nivel mundial, y en el Perú ocupa el segundo lugar dentro de las causas de muerte y discapacidad, la mayoría de los pacientes que sobreviven presentan secuelas que repercuten en su capacidad funcional y en su calidad de vida, afectando no solo al individuo sino también a su entorno familiar y social.

La terapia física y rehabilitación cumple un rol fundamental en el proceso de recuperación, ya que busca optimizar la independencia funcional y favorecer la reintegración social de los pacientes. Sin embargo, la evidencia local que relacione de manera conjunta la capacidad funcional y la calidad de vida en personas post ACV aún es limitada, especialmente en la región Ica.

Frente a esta realidad, la presente investigación se realizó con el propósito de describir estas variables y analizar cómo se relacionan en pacientes que recibieron terapia física y rehabilitación. Su importancia radica en que ofrece información actualizada sobre esta población, lo

que resulta relevante en el campo de la Tecnología Médica, especialidad de Terapia física y Rehabilitación. Además. Asimismo, sus resultados pueden servir de punto de partida para futuras investigaciones con diseños más amplios y prospectivos, que permitan superar las limitaciones metodológicas y profundizar en la comprensión de este problema de salud.

1.4 DELIMITACIÓN DEL ÁREA DEL ESTUDIO

El presente estudio se desarrolló en una clínica privada ubicada en el distrito de Ica de la provincia de Ica, dedicada a la atención en terapia física y rehabilitación. Este establecimiento brinda servicios a la población adulta y pediátrica en diversas áreas, incluyendo traumatología, afecciones musculoesqueléticas, neurológicas y otras especialidades relacionadas con la rehabilitación integral. La atención se realiza bajo la supervisión de un médico especialista en medicina física, quien evalúa las necesidades de cada paciente para diseñar un plan de tratamiento acorde a sus requerimientos. Asimismo, la clínica cuenta con modalidades complementarias como la terapia acuática en piscina, además de diferentes programas que buscan optimizar la recuperación funcional. En este contexto, el área de estudio estuvo conformada por pacientes post accidente cerebrovascular (ACV) atendidos durante los años 2023-2024, cuya información clínica fue utilizada para el análisis de la capacidad funcional y la calidad de vida.

1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

- La muestra de estudio estuvo conformada por 80 pacientes, lo cual, aunque permitió obtener resultados relevantes, limita la posibilidad de generalizar los hallazgos a una población mayor.
- La información disponible respecto al tema, específicamente orientada al área de Terapia Física y Rehabilitación en pacientes post ACV y considerando en conjunto las variables de capacidad funcional y calidad de vida, fue limitada.

- La recopilación de información (antes y después) se realizó en un único momento que fue posterior a que recibieran la terapia física, lo cual pudo generar un porcentaje de sesgo relacionado al recuerdo de los pacientes respecto al tiempo transcurrido desde el ACV.
- Durante la recolección de datos no se contó con información detallada sobre aspectos clínicos como el tiempo de evolución de enfermedad, tipo específico de ACV o las técnicas de terapia aplicadas a cada paciente y otras covariables de interés.
- El estudio no contó con grupo control, por lo que los hallazgos no permiten establecer relaciones causales de manera concluyente.

1.6 OBJETIVOS

1.6.1. GENERAL

Determinar el efecto de la terapia física y rehabilitación en la capacidad funcional y la calidad de vida en pacientes post accidente cerebrovascular en una clínica de Ica, 2023-2024.

1.6.2. ESPECÍFICOS

- ✓ Describir las características sociodemográficas de los pacientes post accidente cerebrovascular en una clínica de Ica, 2023-2024.
- ✓ Describir la capacidad funcional en los pacientes post accidente cerebrovascular en una clínica de Ica, 2023-2024.
- ✓ Describir la calidad de vida de los pacientes post accidente cerebrovascular en una clínica de Ica, 2023-2024.

1.7 HIPÓTESIS

1.7.1. GENERAL

La terapia física y rehabilitación tuvo un efecto positivo en la capacidad funcional y la calidad de vida de los pacientes post accidente cerebrovascular en una clínica de Ica, 2023-2024.

1.7.2. ESPECÍFICA

- ✓ Los pacientes post accidente cerebrovascular en una clínica de Ica, 2023-2024, presentaron una mayor capacidad funcional después de la terapia física y rehabilitación en comparación con el periodo previo.
- ✓ Los pacientes post accidente cerebrovascular en una clínica de Ica, 2023-2024, presentaron una mayor calidad de vida después de la terapia física y rehabilitación en comparación con el periodo previo.
- ✓ A mayor edad de los pacientes post accidente cerebrovascular en una clínica de Ica, 2023-2024, se observa un menor efecto de la terapia física y rehabilitación en la capacidad funcional y en la calidad de vida.

1.8 PROPÓSITO

La presente investigación tiene por objeto analizar los cambios en la capacidad funcional y la calidad de vida en pacientes post accidente cerebrovascular (ACV) tras recibir terapia física y rehabilitación, con el fin de conocer si existen variaciones significativas en estas variables dentro de la población de estudio. Asimismo, busca aportar evidencia que complemente los conocimientos previos sobre el tema y que pueda servir como base para futuras investigaciones en el ámbito nacional.

CAPÍTULO II: MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

- **Sales R. Silvia, et al.** En el año 2024, en Bahía – Brasil, llevaron a cabo un estudio de cohorte prospectivo en el cual participaron 224 personas con ictus isquémico, la recolección de datos se realizó 90 días después vía telefónica aplicando el índice de Barthel modificado estos fueron recopilados en los meses marzo – octubre del 2019, para el análisis de los datos aplicaron estadística descriptiva y prueba de chi cuadrado de Pearson además adoptaron el 5% de significación estadística, los resultados más resaltantes fueron que 58,5% presento algún grado de discapacidad funcional, el 29,5% dependencia moderada y el 29,0% dependencia severa. Concluyeron que predomino la dependencia moderada a severa y asociaron a un nivel más alto de discapacidad funcional a la gravedad del evento, evento previo, hipertensión arterial, demora en llegar al hospital y el sexo femenino(14).
- **Karaca, Osman, et al.** En el año 2024 en Turquía, llevaron a cabo un ensayo controlado aleatorio de simple ciego conto con una población de estudio de 27 pacientes con ACV los cuales fueron divididos aleatoriamente en dos grupos: el de entrenamiento sensorial combinado con ejercicios Bobath (grupo 1) y ejercicios Bobath centrados en tronco (grupo 2), el objetivo fue conocer los efectos del entrenamiento sensorial combinado con ejercicios Bobath centrados en el tronco centrado en control de tronco, propiocepción, equilibrio, marcha y actividades de la vida diaria (AVD), para la recolección de datos utilizaron escala de Berg, índice de Barthel y prueba de caminata de 2 minutos, como resultados más destacados después de la intervención en ambos grupos mejoraron en control y propiocepción de tronco, equilibrio, marcha y ADV. Concluyeron que la combinación del

entrenamiento sensorial más entrenamiento centrado en tronco es más eficaz para la mejora de propiocepción del tronco(17).

- **Demera C, Gabriela A. & Santana I, Kathiuska M.** En el año 2024, en Ecuador se llevó a cabo una investigación cuyo objetivo principal fue “Determinar el impacto de la rehabilitación neuromuscular en pacientes post ACV en el centro de rehabilitación física integral Ruandi de Portoviejo”. Se aplicó a 10 pacientes que han sufrido accidente cerebrovascular los cuales cumplieron sus criterios de inclusión y exclusión. Resultados: se pudo evidenciar mejoras significativas en la movilidad, fuerza muscular, mayor flexibilidad y agilidad, además de desarrollar más estabilidad y coordinación(18).
- **Cortés Q. Cristian, et al.** En el año 2023, en Valparaíso – Chile, realizaron un estudio de cohorte retrospectivo en el cual analizaron historias clínicas y fichas de 34 pacientes que fueron atendidos en un policlínico en el año 2018 los mismos que fueron clasificados en tres niveles de complejidad para su análisis estadístico, el objetivo principal fue evaluar los efectos en los resultados funcionales, de movilidad y de equilibrio en los pacientes de un programa de neurorehabilitación motora ambulatoria, los resultados que se obtuvieron fueron positivos debido a que en las escalas funcionales (índice de Barthel, Rankin modificado, nivel funcional y velocidad de marcha) cambiaron de mayor a menor severidad posterior a la intervención de la rehabilitación. Por último, concluyeron que el programa de neurorehabilitación motora ambulatoria presenta cambios positivos en la rehabilitación de pacientes de mediana complejidad(15).
- **Sütçü, Gülşah, et al.** En el año 2023 en Turquía, realizaron un ensayo controlado aleatorio sin evaluación con el objetivo de evaluar y comparar los efectos del concepto Bobath y el entrenamiento orientado a tareas, para ello contaron con la participación de 32 pacientes los cuales se dividieron en grupo Bobath y orientados a tareas, para la obtención de datos clínicos se aplicaron escala de deterioro de tronco

(TIS), evaluación del movimiento para rehabilitación de accidente cerebrovascular (STREAM), escala de logro de objetivos (GAS), equilibrio, marcha y el ultrasonido para evaluar el grosor del músculos abdominales, los resultados más resaltantes fueron las puntuaciones en STREAM aumentaron en ambos grupos y que hubo un aumento en el grosor del recto abdominal bilateral en el grupo Bobath y este fue mayor que el grupo solo orientados a tareas. Concluyeron que en pacientes con ACV parece ser más efectivo el método Bobath para hacer crecer el recto abdominal, aunque en cuanto a marcha el entrenamiento basado en tareas mostro mejora significativa y en cuanto a capacidad funcional no hubo superioridad en ninguno de las dos intervenciones(19).

- **Urvish K. Patel, et al.** En el año 2023 en Estados Unidos, llevaron a cabo un estudio de tipo retrospectivo transversal con Muestra Nacional de Pacientes Hospitalizados (2013 – 2017) la población fue un total de 5.690.773, el objetivo fue poder evaluar la prevalencia de depresión, apnea obstructiva del sueño, ansiedad concurrente y sus resultados, para la estadística utilizaron un análisis ponderado con chi cuadrado y para evaluar la prevalencia una regresión logística de encuesta multivariable de efectos mixtos, los resultados más resaltantes fueron que el 2.7% tenían depresión, el 3.1%apnea obstructiva del sueño, el 4.4% tenía trastorno de ansiedad generalizada, la prevalencia de movilidad de pacientes con depresión fue más alta y se asoció la depresión con un 40% mayor de discapacidad grave. Concluyeron que la ansiedad recurrente se asocia a malos resultados en pacientes ACV isquémico agudo(12).
- **Abdulrahman M. Albusiheen, et al.** En el año 2022 en Arabia Saudita, realizaron un ensayo controlado aleatorizado en el cual participaron 33 pacientes y fueron asignados de manera aleatoria a dos grupos de entrenamiento (actividades de la vida orientadas a tareas T-ADL y terapia ocupacional convencional TO), el objetivo de la misma fue

investigar los efectos de un entrenamiento de 8 semanas en T-ADL, actividades de la vida diaria ADL y calidad de vida QOL en pacientes ACV crónico, para llevar a cabo se utilizaron una evaluación previa y posterior a la intervención y la medición la hicieron con prueba de función manual (MFT), prueba caja y bloque (BBT), prueba de fuerza de prensión, índice de Barthel modificado (MBI), como resultado hallaron posterior a la intervención en ambos grupos se mostró un efecto principal significativo en ADL y QOL. Concluyeron en que tanto el T-ADL como la TO son efectivas para mejorar la ADL y QOL en pacientes con ACV crónico(20).

- **Ribeiro da Silva, Cleane Rosa, et al.** En el año 2022 en Brasil, realizaron un estudio de tipo analítico transversal con el objetivo de correlacionar la capacidad funcional y el estrés percibido con la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes post ACV, el presente tuvo como participantes 160 pacientes para la recolección de datos utilizaron un instrumento semiestructurado, índice Barthel, escala de estrés percibido y la escala de calidad de vida específica para ACV, para el análisis estadístico utilizaron la prueba de correlación de Spearman, los resultados hallados fueron que los pacientes presentaron dependencia función moderada y estrés percibido también una baja calidad de vida relacionada con la salud. Concluyeron que la calidad de vida relacionada con la salud muestra un aumento si disminuye el estrés y aumenta la capacidad funcional(21).
- **Grozdek Čovčić, Gordana, et al.** En el año 2022 en Croacia, llevaron a cabo un ensayo clínico aleatorizado en el cual participaron 40 personas las cuales fueron divididas aleatoriamente en dos grupos conformado cada uno por 20 participantes (S1 recibió intervención solo concepto Bobath y S2 recibió lo mismo adicional movilización específica de tejidos blandos), el objetivo fue conocer la efectividad de la terapia Bobath frente a la terapia Bobath más movilizaciones adicionales de tejidos blandos específicos, para la recolección de datos

se utilizaron la escala de equilibrio de Berg (BBS), prueba de levantarse y caminar (TUGT) y el rango de movimiento activo (AROM), en el análisis estadístico utilizaron un modelo mixto NOVA, como resultados más resaltantes el grupo S2 tuvo mayor mejora en cuanto a equilibrio y rango de movimiento que el grupo S1. Concluyeron que la combinación de ambas es más eficaz para el aumento del rango de movimiento, equilibrio y movilidad(22).

- **Gao, Sen, et al.** En el año 2022 en China, realizaron un estudio de tipo prospectivo participaron 106 personas con Síndrome de hombro – mano (SHS) post ACV tipo I los cuales se dividieron aleatoriamente en grupo control (fueron tratados con rehabilitación Bobath) y grupo de observación (fueron tratados con método diagnóstico meridianos de Wang Ju-Yi), el objetivo del estudio fue comparar de eficacia entre los métodos de diagnóstico meridiano de Wang Ju-Yi combinado con el entrenamiento Bobath y el entrenamiento de rehabilitación Bobath solo para el síndrome SHS post ACV, utilizaron pruebas como escala visual analógica (EVA), evaluación Fugl – Meyer de miembro superior (FMA) y el índice de Barthel (BI) antes y después de la intervención, los resultados obtenidos fue que la FMA y el BI de miembros superiores aumentaron en ambos grupos y disminuye el EVA post intervención, así como también la tasa efectiva total en el grupo de observación fue de 82.4% siendo este mayor que el 62.0% que del grupo control. Concluyeron que la combinación de ambos tratamientos mejora la disfunción articular, mejora la calidad de vida, reduce síntomas del dolor(23).
- **Saif I.** En el año 2022 en Pakistán, llevo a cabo un estudio transversal cuyo objetivo principal fue evaluar el rol de la terapia física en la calidad de vida y el nivel de satisfacción entre los pacientes con accidente cerebrovascular, se contó con la participación de 126 pacientes con accidente cerebrovascular después de recibir tratamiento de terapia física, los datos fueron recolectados mediante el SF36 para recolectar

información sobre la calidad de vida con accidente cerebrovascular después de seis semanas. Resultados: “de los 126 pacientes, el 4.8% (4) estuvieron totalmente de acuerdo en que estaban demasiados cansados para realizar actividades, 16.7% (21) estuvieron moderadamente de acuerdo, el 30.2% (38) ni de acuerdo ni en desacuerdo, 27% (34) estuvieron moderadamente en desacuerdo, mientras que el 21.4% (27) estuvieron en total desacuerdo con esto. El 69.1% que es la mayoría informaron que estaban muy contentos y satisfechos con su calidad de vida post terapia física. Como conclusión llegaron a que la terapia tiene efectos positivos en esta población y que mejora la calidad de vida respaldado por el 56.3% de los pacientes al final del estudio presento discapacidad leve post tratamiento”(10).

- **Mosalski, Simón, et al.** En el año 2021 en Australia, llevaron a cabo un estudio retrospectivo se trabajaron con los datos de 8397 - 8507 pacientes adultos con ACV inscritos en registro clínico australiano de accidente cerebrovasculares (AuSCR) de los años 2014 – 2017, el objetivo fue determinar las asociaciones entre las terapias para el accidente cerebral agudo, los resultados durante la hospitalización y posterior a el ACV 90 y 180 días, para la recolección de datos utilizaron EuroQoL – 5D -3L, escala de Rankin modificada y reingreso hospitalaria auto informado, como resultado más resaltante es que se asoció con una mejor calidad de vida relacionada con la salud a largo plazo a la mayor ganancia funcional relativa durante rehabilitación hospitalaria. Concluyeron que obtuvieron una mejor calidad de vida relacionada con la salud y mayor independencia en el seguimiento fueron los pacientes con ACV que lograron una mayor ganancia funcional relativa en la rehabilitación hospitalaria(24).
- **Yuan, Shanqi y He, Yanpin.** En el año 2020 en China llevaron un estudio experimental retrospectivo cuyo objetivo fue “Determinar los efectos de la intervención de fisioterapia sobre la función mental en pacientes con accidente vascular”, contó con una población 134

pacientes que previamente tuvieron diagnóstico de ansiedad y depresión, que asistían a una clínica ambulatoria de fisioterapia en 2016 – 2018. Para la medición de los datos se ocuparon el Cuestionario de Salud del Paciente-9 (PHQ-9), la Escala de Clasificación de la Discapacidad (DRS) y la Medida Funcional de Independencia (FIM) y se compararon las mediciones pre y post terapia física. Resultados: “Los puntajes iniciales en el PHQ-9, DRS y FIM fueron 24.77 ± 1.24 , 19.67 ± 1.25 y 20.77 ± 1.74 , respectivamente; mientras que los puntajes posteriores a la intervención en estas escalas fueron 9.08 ± 0.49 , 7.78 ± 1.49 y 82.52 ± 10.03 , respectivamente. Se observaron diferencias significativas entre las mediciones iniciales y posteriores a la intervención. Conclusión: encontraron que la fisioterapia mejoró la función motora y función mental en pacientes con accidente cerebrovascular. También los pacientes con deterioro de función mental pueden experimentar mejoras”(11).

ANTECEDENTES NACIONALES

- **Gallo Guerrero, Marla L, et al.** En el año 2020 en Lima – Perú, llevaron a cabo un estudio de tipo cohorte prospectivo y longitudinal con pacientes con ictus isquémicos que recibieron Activador Tisular del Plasminógeno Recombinante (rtPA) en un periodo de 3 años, la población que participo en dicho estudio fue de 74 pacientes, cuyo objetivo de la investigación fue describir el tratamiento del ictus isquémico agudo con reperfusión endovenosa y determinar los factores asociados al rendimiento funcional de pacientes sometidos a trombosis en un hospital peruano, para la recolección de datos utilizaron una ficha de recolección que incluían (datos demográficos, clínicos, radiológicos y demás) la cual se aplicó al momento del evento y posterior a 90 días mediante llamada telefónica para lo cual también se añadió la escala Rankin Modificada (mRs). Para los análisis estadísticos prueba de T de student y presentaron medias y desviación estándar con un intervalo de confianza al 95%, dentro de los

resultados más resaltantes fue que el 68.18% logro una independencia funcional a los 3 meses posterior al evento. Concluyeron que se asocia con una mayor dependencia funcional a el infarto vertebro basilar(25).

- **Herrera, Mercedes, et al.** En el año 2020 en Lima – Perú, realizaron una investigación en el Hospital Santa Rosa de Lima, trabajaron con 162 fichas medicas de pacientes atendidos en los meses de setiembre y diciembre del año 2018 en total una población los cuales fueron divididos en dos grupos cada uno de 61, el objetivo fue identificar los factores de riesgo de depresión post ictus isquémico (DPI) en pacientes adultos, para la recolección de la información sobre la depresión hicieron uso de Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) y con un intervalo de confianza al 95%, los resultados que se obtuvieron fueron que DPI y la edad tienen asociación, con tabaquismo (probabilidad de ocurrencia “OR” 4.97), lesión localizada en hemisferio izquierdo (OR3.11) y deterioro cognitivo (OR 3.18). Concluyeron que hay mayor riesgo de depresión en pacientes con antecedentes de ACV isquémico, tabaquismo, lesión en hemisferio izquierdo y deterioro cognitivo(26).
- **Andrade Quiñonez, Liliana J.** En el año 2022, realizo un estudio de tipo observacional, correlacional de tipo transversal, el cual tenía por objetivo “Determinar la relación entre la capacidad funcional de pacientes con accidente cerebrovascular que inician su rehabilitación y repercusión a su familia en el Instituto Nacional de Rehabilitación, 2018”, para a evaluación y recolección de datos utilizaron Índice de Barthel para capacidad funcional y el Instrumento de repercusión familiar (IRFA) para repercusión familiar, la población de estudio conto con 131 pacientes y sus familias, los resultados más resaltantes fueron la capacidad funcional predominante fue severa con 42.75%, con mayor dependencia para ducharse con 83.20%. concluyeron la relación de la capacidad funcional y la repercusión en familia es inversa(27).
- **Colqui león, Susan R. & Soria Vidal, Daniela K.** En el año 2019 en su tesis de grado titulada “Nivel de independencia funcional al inicio de la

rehabilitación en pacientes post accidente cerebrovascular en un hospital nacional de lima, 2018”, tuvo por objetivo “Determinar el nivel de independencia funcional al inicio de la rehabilitación en pacientes post accidente cerebrovascular en un hospital, 2018”. Fue un estudio con enfoque cualitativo, observacional, descriptivo, prospectivo de corte transversal, para la recolección de datos sobre la independencia funcional utilizo el índice de Barthel y una ficha de elaboración propia, conto con la participación de 56 pacientes, en los resultados más resaltantes se obtuvieron que tuvo el 53.6% la dependencia leve mientras que dependencia moderada tuvo el 14.3% y que las dimensiones que presentaron mayor dependencia fueron traslado de cama/ sillón, deambulacion, subir y bajar escaleras. Concluyeron que el nivel de independencia funcional predominante al inicio de la rehabilitación fue la dependencia leve y posterior la moderada(28).

- **Pacheco Ríos, Sara Elizabeth.** En el año 2019 en su tesis de segunda especialidad titulada “Calidad de vida en el adulto con accidente cerebrovascular que acude al hospital regional de Moquegua, 2017”, tuvo por objetivo de describir la calidad de vida actual de los adultos con accidente cerebro vascular que acudió al hospital regional de Moquegua en el 2017, en el cual conto con una población de 45 pacientes a los que se le aplico el cuestionario de SF – 36, la metodología para el estudio fue no experimental, descriptivo, prospectivo de corte trasversal. Llegaron a la conclusión que la calidad de vida fue buena un 42.2%, realizaban su trabajo independiente un 40% y según las dimensiones respecto a la calidad de vida, la salud física el 35% fue buena, 45.5% fue regular y el 19.5% fue mala, dentro de los componentes con mejor pronostico fueron función física y dolor corporal con 48.9% y 40% respectivamente, los componentes con peor pronóstico que indicaría una calidad de vida regular a mala fueron rol físico y salud general con 57.8% y 48.9% respectivamente(29).0

- **Cepeda V, Linda C. & Gómez B, María A.** En el año 2019, en Colombia se llevó a cabo una investigación de revisión, cuyo objetivo principal fue “verificar la efectividad de la terapia en espejo en el proceso de rehabilitación de miembros superiores en pacientes con accidente cerebrovascular mediante la revisión de la bibliografía”. Métodos: se revisaron bases de datos importantes como Pubmed, Elsevier, Science Direct, Dialnet, Medline teniendo en cuenta 10 años de antigüedad, en total se realizó la revisión de 47 artículos relacionados al tema de la terapia de espejo y el proceso de rehabilitación en miembros superiores. Resultados: “los resultados obtenidos demostraron que es efectiva la terapia de espejo en el proceso de rehabilitación en pacientes con accidente cerebrovascular siempre y cuando esta se combine con terapias complementarias y el tiempo de rehabilitación sea extenso. Conclusión: la terapia de espejo es efectiva debido a la intervención de las neuronas espejo en el proceso de aprendizaje adicional a otros medios ayudan a la pronta recuperación del paciente con accidente cerebrovascular”(30).

2.2 BASES TEÓRICAS

➤ Terapia física y rehabilitación

✓ Antecedentes históricos de la terapia física y rehabilitación

La primera persona en la historia conocida hasta el día de hoy de la terapia física y rehabilitación que utilizó el término de “Medicina de Rehabilitación” fue el padre de la medicina Hipócrates en V a.C, también se le considera como el pionero ya que fue uno de los primeros en describirla y desarrollarla(31).

Durante la edad media (siglos IV a XV) con la imposición de la religión del cristianismo todo avance respecto al estudio de la salud y rehabilitación se pusieron en pausa debido a que sacralizaban el cuerpo, también el ejercicio físico se reservaba para la nobleza y/o con fines recreativos y no curativos. Fue hasta los siglos XV a XVI con la era del Renacimiento

surgió la nueva valoración por estudios científicos y de salud con el fin de buscar la conservación del estado saludable en personas sanas, en este tiempo también se sentaron las bases para el desarrollo de la fisioterapia(31).

El campo de la fisioterapia tuvo su expansión debido a las necesidades y requerimientos de rehabilitar a muchas personas que sufrían de lesiones y discapacidades como consecuencia de las dos guerras mundiales y a lo largo de la industrialización, en el siglo XX la fisioterapia emergió como una profesión(31).

En Alemania en KIEL en el año 1902 se estableció la primera escuela de fisioterapia y posterior en Inglaterra. En América del Norte, entre los años 1912 y 1916 llegó a la Escuela de Medicina de Harvard. Inicialmente la fisioterapia hacía uso del masaje como principal herramienta terapéutica, pero con el pasar de los años la profesión fue reconocida por el trabajo en rehabilitación física(31).

✓ **Definición y rol actual de terapia física y rehabilitación**

La OMS lo define como “el conjunto de intervenciones encaminada para optimizar el funcionamiento y reducir la discapacidad en personas con afecciones de la salud en la interacción con su entorno”(32).

Según la Confederación Mundial de la Fisioterapia (WCPT) hace mención que la fisioterapia es “un servicio que presta un fisioterapeuta tanto a personas y/o poblaciones para desarrollar, mantener y reestablecer el máximo movimiento y capacidad funcional a lo largo de la vida”(33).

El Colegio de Tecnólogo Médico del Perú (CTMP) define al fisioterapeuta como “el profesional independiente, altamente capacitado, con carácter crítico, que va desempeñar sus funciones directamente con las personas que va desde una evaluación – diagnóstico físico funcional, programación y tratamiento para la promoción y prevención, mantenimiento y/o restablecimiento funcional en problemas de la salud relacionados con

deficiencias, discapacidades fisiológicas y psico – neuro – sensorio motrices de la persona relacionada a su ámbito familiar, socio cultural y laboral con el objetivo de la reinserción físico funcional”(34).

Según la OMS calcula que alrededor de 2400 millones de personas a nivel mundial tienen alguna afección que con la intervención fisioterapéutica mejoraría. La terapia física y rehabilitación es una parte fundamental en la salud universal va desde la promoción y prevención, tratamiento y cuidados paliativos de las personas, la fisioterapia tiene un enfoque de abordaje biopsicosocial quiere decir que el ámbito a tratar no solo es el físico, sino que también abarca el ámbito emocional, psicológico y social mediante ello se busca optimizar y maximizar la calidad de vida de las personas. El fisioterapeuta puede y debe trabajar en un conjunto de profesionales para ayudar a tratar la afección y mitigar las secuelas que padezcan las personas, además trabajan de la mano con la familia y/o cuidadores del paciente(32–34).Según la OPS en un informe respecto a “la estimación de la fisioterapia desde los años 1990 al 2019” que, en el año 2019 en la Región de las Américas hubo 366 millones de personas que padecían alguna condición médica que podían beneficiarse de la terapia física y rehabilitación, siendo el país con mayor prevalencia por cada 100 000 habitantes fue Estados Unidos con 35.9 miles de casos y el más bajo fue Bolivia (estado plurinacional) con 26.8 miles de casos(35).

En el Perú según un informe del Instituto Nacional de Rehabilitación (INR) refiere que en el país en el año 2023 hubieron 213 564 atención en el servicio de terapia, la población con mayor atención fue la de niños con 89 548 y la menor fue la de jóvenes con 17 261 jóvenes(36)

✓ **Especialidades de terapia física y rehabilitación**

La fisioterapia abarca diferentes áreas de especialidades en el mundo, según la Asociación Americana de Terapia Física y rehabilitación (APTA) reconoce 9 a nivel mundial como lo son:

- Neurología, Oncología, Traumatología, Pediatría, Fisioterapia en el suelo pélvico, Neurofisiología, Fisioterapia cardiovascular y pulmonar, Fisioterapia Deportiva, Fisioterapia en Geriatria.

En el Perú reconocen las especialidades son:

- Neurología, Traumatología, Cardiorrespiratoria, Neonatología y pediatría, Oncológica, Ortopédica, Deportiva, Geriatria y Gerontología, Gineco obstétrica, Estética y Holísticas.

En el ámbito de práctica de los fisioterapeutas no solo se va a limitar al trato de pacientes/ clientes, sino que también pueden ejercer en(33):

- Estrategias de salud, Supervisar y delegar a terceros, Liderar, Gestionar, Enseñar, Investigar, Elaborar e implementar políticas de salud en el ámbito local, nacional e internacional.

✓ **Desarrollo de la terapia física y rehabilitación en el Perú**

En el gobierno del expresidente Manuel Prado Ugarteche, el 01 de septiembre de 1943 se da creación a la carrera de kinesiología mediante el Decreto Supremo n°2396 en la facultad de educación en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM) como posgrado para profesionales en educación física y la salud(37).

En 1955 la kinesióloga destacada de esa generación María Barrantes Sánchez en conjunto de otros profesionales fundaron la Asociación Peruana de Kinesiólogos (APK) y en 1958 se celebró el Primer Congreso Nacional de Kinesiología(37).

El 17 de julio de 1961 se inaugura la Escuela de Fisioterapistas y Terapistas Ocupacionales en la red asistencial de la Seguridad Social, debido a necesidad en el ámbito hospitalario. El 19 de noviembre de 1967 la APK fue participe de la fundación de Confederación Latinoamericana de Fisioterapia y Kinesiología (CLAFK), que es una entidad se fundó sin fines de lucro la cual contribuyo al desarrollo de la carrera en Latinoamérica(37).

La primera promoción de egresados del Perú se da en 1972 de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos con el título de «Tecnólogo en Terapia Física», diez años después en el año 1982 se le denomina «Licenciado en Tecnología Médica en Terapia Física y Rehabilitación» y con una duración de 5 años la licenciatura(37).

La profesión de fisioterapia se vio retrasado en su desarrollo por los altibajos políticos que atravesaba nuestro país en los años 1980 por ende los profesionales vieron perdidos contactos internacionales por ende se concentraron en la creación del Colegio Profesional de Tecnología Médica. “Diez años de inactividad en 1994 se vuelve a reactivar la Asociación Peruana de Terapeutas Físicos (ASPETEFI), desde ese momento se lucha por recuperar la posición que se tenía en Latinoamérica y se da por culminada en el año 1999 en la asamblea de Yokohama, Japón cuando Perú se convierte en miembro de la Confederación Mundial de Fisioterapia (WCPT)”(37).

“En el año 200, durante la reunión del Comité Ejecutivo WCPT en Lima, se presenta el Macroproyecto de Nivelación Curricular de Fisioterapia y Kinesiología para Latinoamérica con el fin de unificar los criterios de la titulación de los fisioterapeutas, en el año 2006 la Universidad Nacional Federico Villareal fue una de las pioneras en cuanto a especialidad de fisioterapia con Fisioterapia Cardiorrespiratoria y Fisioterapia en el Adulto Mayor”(37).

➤ **Intervenciones de terapia física y rehabilitación recomendadas en pacientes post ACV**

Fue publicado por el grupo de Ottawa Panel liderado por la Dra. Lucie Brosseau junto a sus colegas en Ottawa – Canadá, realizaron una exhaustiva revisión de la literatura dando como resultado la elaboración de una guía práctica clínica donde tenían 147

recomendaciones acerca de 13 intervenciones de rehabilitación para ACV. Fueron:

- ✓ **Ejercicio terapéutico:** entrenamiento aeróbico, entrenamiento de resistencia, ejercicios de rango movimientos pasivos, facilitación neuromuscular propioceptiva, técnica de Bobath, kinesioterapia y el uso de una polea elevada(38).
- ✓ **Entrenamiento orientado a tareas:** actividades de la vida diaria se dividía en componentes y cuando la persona completaba un componente bien luego se realizaba la tarea completa(38).
- ✓ **Biorretroalimentación:** Electromiografía (EMG) – Biofeedback (BFB), entrenamiento de relajación con BFB de EMG, BFB posicional rítmico, retroalimentación visual o auditiva, retroalimentación de video y retroalimentación de fuerza(38).
- ✓ **Entrenamiento de la marcha:** Entrenamiento en cinta de correr, entrenamiento en suelo firme, entrenamiento en el soporte de peso corporal, caminata asistida con soporte, entrenamiento de retroalimentación electrogoniométrica, estimulación eléctrica funcional (FES), entrenamiento de facilitación auditiva rítmica y entrenamiento funcional de extremidades inferiores(38).
- ✓ **Entrenamiento de equilibrio:** cualquier intervención que contribuya con mejorar el equilibrio post ACV, como entrenamiento de la base de soporte y el entrenamiento de plataformas(38).
- ✓ **Intervenciones sensoriales:** cualquier readaptación de la función sensorial y visoespacial para corregir la postura y percepción como la estimulación vestibular pasiva, ejercicios de aprendizaje perceptual y estimulación mecedora(38).
- ✓ **Terapia de movimiento inducido por restricción:** restricción de movimiento mediante férula o cabestrillo, mientras que se le

brindaban ejercicios al paciente para que trabaje el miembro afectado(38).

- ✓ **Tratamiento de subluxación de hombro:** FES de un musculo o nervio especifico, métodos de soporte de vendajes y posicionamientos del hombro(38).
- ✓ **Estimulación eléctrica:** FES, estimulación eléctrica neuromuscular (NMES), entrenamiento de estimulación de retroalimentación posicional, estimulación eléctrica del musculo desencadenada por EMG y estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS)(38).
- ✓ **Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS):** forma de estimulación eléctrica que activa las terminaciones nerviosas para inhibir le mensaje de dolor. TENS se administra a niveles de alta y baja intensidad(38).
- ✓ **Ultrasonido terapéutico:** modalidad electrofísica que usa onda ultrasónica para tratar un área específica, generalmente para el dolor y de forma indirecta para el rango de movimiento(38).
- ✓ **Acupuntura:** se identificaron como cualquier tratamiento que utiliza agujas para estimular puntos anatómicos especificos con las manos o con estimulación eléctrica(38).
- ✓ **Intensidad y organización de la rehabilitación:** examinar la tasa, frecuencia y rigor de cualquier intervención de rehabilitación física o combinación de intervenciones en el tratamiento(38).

De acuerdo con la evaluación del paciente se identifican cuáles son las necesidades y requerimientos de cada paciente individualmente y también determinar cuáles o cual es la mejor opción de tratamiento para satisfacer dichas necesidades y requerimientos.

Adicional existen otras nuevas intervenciones recomendadas por la guía de la American Heart Association (AHA) y American Stroke Association (ASA) como:

- ✓ **Educación del paciente:** si bien no es explícitamente un tipo de terapia física si es necesario e importante la educación del paciente sobre lo que le ha sucedido, como debe realizar ejercicios en casa, pautas específicas sobre la realización de algunas tareas, orientar sobre posibles caídas y más(39).
- ✓ **Uso de ortesis:** para corregir el pie equino y mejorar la marcha(39).
- ✓ **Terapia acuática:** incorporar ejercicios en el agua para mejorar la movilidad y reducir el dolor(39).

➤ **Capacidad Funcional**

✓ **Definición**

La capacidad funcional es considerada un concepto clave en el enfoque de salud pública y envejecimiento saludables.

Según la OPS lo define como “atributos relacionados con la salud que permiten a las personas ser y hacer lo que tienen motivo para valorar”, este concepto no solo resalta el buen estado físico y mental del individuo si no también la capacidad de este para desarrollarse y desenvolverse en su entorno de manera significativa(40).

Capacidad funcional consiste más específicamente en la capacidad intrínseca del individuo, que es el “compuesto de todas las capacidades físicas y mentales que un individuo puede aprovechar para desarrollar sus actividades de la vida cotidiana”. Este concepto engloba además aspectos físicos, psicológicos, sensoriales, cognitivos del individuo y se relaciona directamente al bienestar y autonomía de una persona(40).

✓ **Componentes de capacidad funcional**

La OMS en el año 2015 propuso un modelo que divide la capacidad funcional en tres grandes dominios, los cuales van a permitir poder evaluar de manera más integral el desempeño y las limitaciones que pueda presentar una persona (41,42)

- 1. Capacidad de construir y mantener relaciones:** en este dominio incluye la capacidad de poder construir y mantener vínculos afectivos, amistosos, sociales lo cual repercute de manera directa en la salud mental y emocional de una persona(41,42).
- 2. Capacidad para satisfacer necesidades básicas más la capacidad para desplazarse:** este dominio se refiere a la capacidad del individuo para poder realizar actividades de la vida diaria como por ejemplo comer, vestirse, asearse, moverse dentro o fuera del hogar de manera autónoma y a la movilidad funcional(41,42).
- 3. Capacidad para aprender, crecer y tomar decisiones más la capacidad para contribuir:** en este dominio se involucra el componente cognitivo y de autorrealización, dentro de la cual se incluye el aprendizaje continuo, la toma de decisiones informadas y también la participación del individuo de forma activa en actividades con su entorno o comunidad(41,42).

✓ **Instrumentos con los cuales se puede medir la capacidad funcional**

La evaluación de la capacidad funcional es fundamental porque nos va a permitir conocer el nivel de dependencia que tenga la persona para realizar sus Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD).

Existen diversos tipos de instrumentos que están validados y estandarizados que nos van a permitir evaluar la capacidad funcional, dentro de los cuales los más utilizados son:

- ✓ **Índice de Barthel:** este instrumento permite conocer el grado de dependencia del individuo al momento de realizar sus ABVD como son comer, bañarse/ ducharse, vestido, aseo personal, deposiciones, micción, usar el retrete, transferencia de sillón - cama, desplazarse, subir y bajar escaleras,(43). Sobre todo, este instrumento es muy utilizado en la rehabilitación neurológica.
- ✓ **Índice de Katz:** este instrumento de evaluación también evaluar las ABVD con enfoque en 6 funciones básicas, bañarse, vestirse, ir al baño, movilidad continencia y alimentación(43). Este es más utilizado para conocer el nivel de dependencia en población adulta mayor.
- ✓ **Escala de Lawton y Brody:** este instrumento permite evaluar Actividades Instrumental de la Vida Diaria (AIVD) como usar el teléfono, hacer compras, preparar comidas, manejar finanzas, entre otras(43). Esta prueba es un complemento de los instrumentos índice de Barthel y Katz debido a que este evalúa un nivel más complejo de funcionalidad.
- ✓ **Motor Assessment Scale (MAS):** este instrumento evalúa funciones motoras específicas y su aplicación en tareas funcionales y resulta muy útil para la recuperación de extremidades afectadas.

➤ **Calidad de vida**

✓ **Definición**

La OMS lo define como “la percepción de un individuo sobre su posición en la vida tanto en el contexto cultural, sistemas de valores en el que vive y en relación de sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones”(44).

“La calidad de vida comprende dos dimensiones: una objetiva y otra subjetiva, asimismo esta abarca diferentes campos los cuales van desde el bienestar psicológico, la salud, la vida social, el desarrollo económico, la política pública”(45).

La calidad de vida entonces no solo se enfoca en el bienestar físico, sino que es una visión más completa como el enfoque biopsicosocial, en este enfoque va a englobar tres aspectos importantes, los aspectos objetivo (incluye la seguridad económica que percibe, la vivienda, alimentación y vestimenta, entorno familiar), los aspectos subjetivos (incluyen el estado psicológico es decir autoestima, sentimientos negativos y positivos, su imagen y apariencia física, también la percepción de salud de sí mismo es decir malestares, dolores, horas de sueño, energía, actividad sexual), también incluye la independencia a la realización de actividades de la vida diaria y por último el aspecto social en este aspecto va incluir las relaciones sociales que puedan tener, su participación en programas sociales, culturales, religiosas, espirituales y demás creencias personales que puedan tener(46–49).

Según datos estadísticos que se manejan del año 2021 en relación con la calidad de vida en el mundo teniendo en cuenta dimensiones de calidad de vida (índice de seguridad, índice de poder adquisitivo, índice de sanidad, índice de costo de vida, entre otros) refieren que los países que ocupan los primeros puestos son Suiza y Dinamarca 190.096 y 190.01 respectivamente, en el cual el Perú se encuentra en el puesto 77 con 83.30. En el año 2023 hubo cambios en cuanto al ranking de países en relación con la calidad de vida, esta vez obteniendo el primer puesto Países Bajos con 196.66, el segundo puesto Dinamarca con 194.71 y el tercer puesto Suiza con 193.62, el Perú en relación con el ranking del 2021 tuvo un descenso de puesto del 77 paso a estar en puesto 78 ocupando el puesto 81.76(50,51).

Según los datos estadísticos manejados del año 2021 del Continente Americano en relación con calidad de vida, el primer puesto lo ocupa

los Estados Unidos con 166.98 y el puesto trece lo ocupa Perú con 83.30. Para el año 2023 Estados Unidos seguía ocupando el primer puesto, pero la percepción de calidad de vida tuvo un aumento a 172.73 y el último puesto lo ocupada Venezuela con una percepción de calidad de vida de 72.63(52,53).

Según el ranking que maneja sobre los países de América del sur con relación a la calidad de vida del año 2023 teniendo en cuenta las dimensiones para la medición de esta, refieren que el país que ocupa el primer puesto es Uruguay con una percepción de calidad de vida de 131.37, el último puesto ocupado por Venezuela con una percepción de calidad de vida de 72.63, en la cual también mencionan a Perú ocupando el puesto número 7 con una percepción de calidad de vida de 81.76(54).

✓ **Origen histórico del término calidad de vida**

El origen del término de calidad de vida se utilizó por primera vez según la historia data en los años 30 exactamente en el año 1932 por Arthur Pigou quien fue un precursor de la economía del bienestar, aunque no es hasta la década de los 70 cuando se empiezan a realizar estudios sobre el tema(45).

✓ **Evolución del concepto en organismos internaciones**

Posterior a la segunda guerra mundial, algunos expertos de la ONU en el año 1954 definen a “nivel de vida” como “como las necesidades globales de la población para conseguir su satisfacción, estas necesidades se basaban en consideraciones psicológicas y biológicas, haciendo referencia en las características socioeconómicas del entorno y características ambientales”(45).

Posteriormente en el año 1961 cambio el termino de “nivel de vida” por “bienestar social”(45).

✓ **Relación entre bienes y calidad de vida**

“El termino bienestar social abarcaba diversos aspectos como la satisfacción con la vida, la felicidad, el estrés, las emociones, las competencias personales y la ansiedad, por ello en la década de los 70 los autores Campbell, Converse y Rodgers definieron que la calidad de vida y bienestar eran equivalentes”(45).

“En 1995, se funda la “International Society for Quality of Life Studies (ISQOLS)”con la finalidad de incentivar y motivar el desarrollo de investigaciones sobre la calidad de vida en todo el mundo”(45).

“En el año 2002 definen a la calidad de vida como la percepción que cada individuo tiene sobre sus experiencias de acuerdo con sus condiciones propias de vida, este enfoque brinda mayor relevancia a las experiencias personales de cada individuo que las condiciones materiales u objetivas que consideran los expertos”(45).

✓ Instrumentos de evaluación para calidad de vida

Como instrumentos de evaluación para calidad de vida existen muchos a nivel mundial validados y estandarizados y mencionare a los más utilizados tanto en la práctica clínica como en investigaciones:

- **WHOQOL – BREF:** desarrollado por la OMS se encarga de evaluar la calidad de vida en cuatro dominios y son físico, psicológico, relaciones sociales y entorno, estos adaptados a diferentes contextos culturales.
- **EuroQol – 5D (EQ-5D):** es un instrumento breve que permite evaluar la calidad de vida en 5 dimensiones y se refiere a movilidad, cuidado personal, actividades habituales, dolor/malestar y ansiedad/depresión.
- **SF – 12:** este instrumento de medición es la versión reducida del SF-36 con 12 ítems, es utilizada para medir de una forma más rápida la calidad de vida.

- **Nottingham Health Profile (NHP):** instrumento de evaluación enfocado en la percepción del paciente relacionado con la salud.
- **SF – 36:** es uno de los instrumentos más utilizados en el área de investigación, se encarga de medir la calidad de vida en 36 ítems y estas divididas 8 dimensiones (función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional, salud mental), a su vez está la dividen en 2: componente físico y componente mental(55).

➤ **Accidente Cerebrovascular (ACV)**

✓ **Definición del ACV:**

El National Cancer Institute lo define como la pérdida o interrupción de la irrigación sanguínea hacia el encéfalo lo cual va a llevar una lesión al tejido encefálico(56), También lo definen como “el resultado de una interrupción de la irrigación sanguínea a el cerebro y esta generalmente es por una causa vascular la cual va a implicar una lesión en el sistema nervioso”(2)

Los ACV pueden ser de dos tipos generalmente el que se suele presentar con mucha más frecuencia es el de tipo isquémico representando el 80% de los casos que generalmente suele ser el resultado de una embolia o trombosis y el de tipo hemorrágico representa el 20% es como resultado de la rotura vascular los ejemplos más comunes son hemorragia subaracnoidea y hemorragia intracraneal(2–4).

✓ **Clasificación del ACV:**

✓ **Accidente Cerebrovascular Isquémico**

Aproximadamente conforma el 87% de los casos, siendo este el tipo más frecuente.

- **Accidente Cerebrovascular Trombótico**

Es la interrupción de la irrigación sanguínea por un coagulo en algún vaso sanguíneo del cuello o cerebro(57).

- **Accidente Cerebrovascular Embólico**

Es el resultado de la interrupción de la irrigación sanguínea por un coagulo que viaja de un área del cuerpo a otro, un claro ejemplo que pueda viajar un coagulo del cerebro al corazón(57).

✓ **Accidente Cerebrovascular Hemorrágico**

Es el menos frecuente, es el resultado de una hemorragia en el cerebro o zonas adyacentes(57).

• **Hemorragia Intracerebral**

“Es el sangrado focal desde un vaso sanguíneo hacia el parénquima cerebral. Es más común que se presenten en lóbulos cerebrales, ganglios basales, cerebelo o protuberancia. Este tipo de hemorragias suelen ser únicas grandes y catastróficas”(58).

• **Hemorragia Subaracnoidea**

“Es un sangrado súbito en el espacio subaracnoideo. Suele ser entre la aracnoides y la piamadre. Este suele ocurrir en personas de 40 a 65 años, la hemorragia primaria se le considera a la rotura de un vaso por aneurisma y el sangrado puede detenerse de manera espontánea”(59).

✓ **Factores De Riesgo**

El riesgo de sufrir un ACV se puede ver influenciado por factores tanto modificables y no modificables.

Modificables:

- **El tabaquismo:** el efecto del tabaco aumenta significativamente las probabilidades de desarrollar un ACV debido a sus efectos negativos sobre los vasos sanguíneos(56).
- **Actividad física limitada:** la falta de ejercicio regular en la vida de una persona ayuda a que otros factores aumenten como la

obesidad y la hipertensión las cuales también predisponen a un ACV(56).

- **Obesidad:** el exceso de peso en una persona está considerado un factor muy importante para el desarrollo de un ACV debido a que está muy relacionado con la hipertensión, diabetes y colesterol elevado(56).
- **Colesterol alto o desequilibrio del colesterol:** los niveles elevados de colesterol y el desequilibrio de este con sus diferentes tipos favorecen a la formación de aterosclerosis (formación de placas en las arterias) esto aumentando las probabilidades del desarrollo de un ACV(56).
- **Dieta poco saludable:** una dieta rica en grasas saturadas y baja en nutrientes esenciales va a contribuir al desarrollo de enfermedades cardiovasculares y este es un factor de riesgo para un ACV(56).
- **Consumo excesivo de alcohol:** el abuso de esta sustancia puede contribuir a la hipertensión y alteraciones vasculares y estos factores incrementando las posibilidades de un ACV.
- **Drogas ilícitas:** algunas sustancias como la cocaína puede ayudar al incremento del riesgo de un ACV(56).

No Modificables

- **Edad:** algunos estudios que se han realizado a lo largo de los años refieren que la edad en donde se duplican las posibilidades de sufrir un ACV es entre los 55 a los 85 años. Aunque los ACV se pueden presentar a cualquier edad(57).
- **Género:** en la etapa de juventud y de mediana edad el género más propenso a un ACV es el masculino, mientras que en la etapa de tercera edad se hacen más propensos a sufrirlo el género femenino(57).

- **Raza y Etnia:** según estudios han revelado que la raza con mayor frecuencia a sufrir ACV es la afroamericana(57).
- **Antecedentes Familiares:** según la genética de la familia, puede aumentar las probabilidades de sufrir un ACV si es que padecen alguna afección como las más comunes hipertensión y diabetes(57).

✓ **Manifestaciones clínicas ACV**

Estas pueden variar de acuerdo con zona afectada y extensión del daño cerebral(2).

- **Déficits motores:** hemiparesia o hemiplejia (debilidad o parálisis de un hemicuerpo)(2).
- **Trastorno de lenguaje:** afasia (dificultad para hablar) y disartria (dificultad para articular palabras)(2).
- **Alteraciones sensoriales:** pérdida de sensibilidad y /o alteraciones en la percepción táctil(2).
- **Problemas de coordinación y equilibrio:** ataxia (afecta la capacidad de caminar y realizar movimientos precisos)(2).
- **Trastornos cognitivos:** dificultades en la memoria. Atención y funciones ejecutivas(2).
- **Alteraciones emocionales:** depresión, ansiedad y cambios en el comportamiento(2).

✓ **Secuelas de ACV**

Las secuelas que van a presentar las personas que hayan pasado por un ACV puede ser temporales o permanentes y esto va a depender de la extensión de la lesión, gravedad de la lesión y el tiempo de atención (si fue próxima o no). Dentro de las más comunes tenemos(60)

- **Disfunciones motoras**
- **Trastornos de lenguajes**

- **Alteraciones cognitivas**
- **Trastornos emocionales**
- **Complicaciones físicas**
- ✓ **Fases de rehabilitación en ACV**

se divide en tres fases:

- **Fase aguda:** inicia inmediatamente después del ACV es decir se enfoca en la estabilización médica y la prevención de complicaciones. Aquí en esta fase también puede llevar terapia física y esto va a depender de la condición que se encuentre el paciente(60).
- **Fase subaguda:** se centra en la intensificación de la terapia física y rehabilitación, con terapias específicas para mejorar la movilidad, el lenguaje y las funciones cognitivas. Esta fase podría durar semanas o meses (siempre varía de paciente a paciente)(60).
- **Fase crónica:** en esta etapa está más enfocada a la reintegración del paciente a la vida diaria también trabajando en la adaptación a las secuelas permanentes y mejorar la independencia funcional. La rehabilitación continúa, pero con menor intensidad(60).

➤ **Teoría del Autocuidado de Dorotea Orem**

Esta teoría del autocuidado de Dorotea Orem es considerada en el área de enfermería como un enfoque fundamental la cual se centra en la importancia del autocuidado con el fin de mantener la buena salud y bienestar de las personas. También Orem menciona que las personas tienen la capacidad y responsabilidad para cuidar de sí mismas lo cual haría del autocuidado esencial para prevenir enfermedades y promover la salud.

“Dorotea Orem presenta su teoría como del déficit del autocuidado como una teoría compuesta por tres teorías que se relacionan entre sí”(61). Por ende, lo dividió en tres componentes principales:

- **Autocuidado:** hace referencia a las actividades que desarrolla la persona con el fin de mantener una buena salud y bienestar, en este componente se incluyen hábitos saludables en la alimentación, descanso de horas adecuadas, actividad física y la buena gestión del estrés cotidiano.
- **Deficiencia del autocuidado:** Orem menciona que hay momentos en los cuales las personas no tendrán la capacidad de poder desarrollar el buen autocuidado debido a diversas razones, tales como, enfermedades discapacidades o situaciones de la vida. Y en estos casos es fundamental poder identificar las necesidades del autocuidado que no podrán ser satisfechas.
- **Sistema de apoyo de enfermería:** Orem enfatiza la importancia y fundamental papel que tiene los profesionales de la salud, especialmente a los profesionales de enfermería ya que son las personas encargadas de ayudar a cubrir las necesidades del autocuidado, puede incluir educación, apoyo emocional y asistencia práctica.

Esta teoría es muy importante debido a que promueve el autocuidado y autonomía del paciente y resalta la importancia de la educación en salud. Al empoderar a las personas que tomen un papel principal y activo en el autocuidado propio, lo cual puede mejorar la calidad de vida y los resultados en la salud.

2.3 MARCO CONCEPTUAL

A continuación, se presentan de forma ordenada los principales conceptos que fundamentan el presente estudio:

Accidente Cerebrovascular (ACV)

Se considera una alteración neurológica súbita que se da por la interrupción focal del flujo sanguíneo hacia el cerebro, lo que provoca daño cerebral. Se clasifica en dos el isquémico (se da por obstrucción) es el más frecuente y el hemorrágico (se da por ruptura de un vaso sanguíneo) es menos frecuente (2,56).

Calidad de Vida

Es la percepción subjetiva que tiene una persona respecto de su bienestar físico, emocional, social y funcional. Esto abarca aspectos de como la salud, las relaciones y la autonomía de la persona. En este estudio se va a evaluar esta variable con el instrumento SF-36 (44,45).

Capacidad funcional

Según la OPS lo define como “atributos relacionados con la salud que permiten a las personas ser y hacer lo que tienen motivo para valorar”, este concepto no solo resalta el buen estado físico y mental del individuo si no también la capacidad de este para desarrollarse y desenvolverse en su entorno de manera significativa(40).

La OMS la dividió en tres dominios:

- Capacidad para construir y mantener relaciones.
- Capacidad para satisfacer necesidades básicas y desplazarse
- Capacidad para aprender, crecer y tomar decisiones y contribuir.

Factores sociodemográficos

Hacen referencia a las características sociales y demográficas de una población que permiten describirlas y analizarlas. Incluyen variables como edad, sexo, estado civil, nivel educativo, ocupación, lugar de residencia e ingresos económicos(62).

Fisioterapia / Terapia Física y Rehabilitación

La OMS lo define como “el conjunto de intervenciones encaminada para optimizar el funcionamiento y reducir la discapacidad en personas con afecciones de la salud en la interacción con su entorno”(32).

Según la Confederación Mundial de la Fisioterapia (WCPT) hace mención que la fisioterapia es “un servicio que presta un fisioterapeuta tanto a personas y/o poblaciones para desarrollar, mantener y reestablecer el máximo movimiento y capacidad funcional a lo largo de la vida”(33).

Índice de Barthel

“Es una medida genérica que evalúa el nivel de independencia del paciente al realizar Actividades de Vida Diaria (AVD), el principal objetivo era poder medir la capacidad funcional y la evolución periódica de los pacientes”(63) .

SF-36

Es un cuestionario validado internacionalmente que se encarga de evaluar la calidad de vida relacionada con la salud. Se compone de 36 preguntas y van agrupadas en 8 dimensiones: función social, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental(55).

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 DISEÑO METODOLÓGICO

Este estudio fue observacional, transversal y retrospectivo. Se consideró observacional porque no existió intervención del investigador; transversal porque los datos fueron recolectados en un único momento de revisión; y retrospectivo porque la información correspondió al estado de los pacientes antes y después de la terapia, consignada previamente en sus historias clínicas.

3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El enfoque de la investigación fue cuantitativo, con recolección y análisis de datos secundarios mediante revisión de historias clínicas.

3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El estudio fue de nivel descriptivo, dado que buscó caracterizar la población de estudio y describir los cambios observados en la capacidad funcional y en la calidad de vida de los pacientes post ACV.

3.2 VARIABLES

- **Terapia física y rehabilitación:** La OMS lo define como “el conjunto de intervenciones encaminada para optimizar el funcionamiento y reducir la discapacidad en personas con afecciones de la salud en la interacción con su entorno”(32).
- **Capacidad funcional:** la OPS lo define como “atributos relacionados con la salud que permiten a las personas ser y hacer lo que tienen motivo para valorar”(40).
- **Calidad De Vida:** La OMS lo define como “la percepción de un individuo sobre su posición en la vida tanto en el contexto cultural, sistemas de valores en el que vive y en relación de sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones”(44)

- **Factores sociodemográficos:** características sociales y demográficas de una población que permiten describirlas y analizarlas. Incluyen variables como edad, sexo, estado civil, nivel educativo, ocupación, lugar de residencia e ingresos económicos(62).

3.3 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

- **Capacidad funcional:** nivel de independencia del individuo para realizar sus ABVD como comer, vestirse, ducharse, entre otras.
En este estudio se medirá a través del índice de Barthel, instrumento validado y utilizado a nivel mundial para valorar el grado de dependencia de pacientes con secuelas neurológicas(64).
El índice de Barthel mide diez ABVD. Los puntajes varían de 0-100.
- **Calidad De Vida:** se refiere a la percepción subjetiva que tiene un individuo respecto a su estado físico, mental y social.
En este estudio se medirá a través del instrumento SF-36 que consta de 36 preguntas abarcando ocho dimensiones como función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. Las puntuaciones van de 0 - 100, más cerca al 0 indica menor calidad de vida y más próximo al 100 indica mejor calidad de vida(55).
- **Factores sociodemográficos** comprenden características como edad, sexo, entre otras. (41). Estas variables servirán para analizar posibles asociaciones con una mejor o peor calidad de vida, se consideraron edad y sexo de los pacientes post ACV atendidos en una clínica de Ica los cuales fueron obtenidos de ficha clínica y cuestionario Google Forms.

Anexo (1)

3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

- **Población:**
Estuvo constituida por 80 pacientes post accidente cerebrovascular de una clínica de Ica durante el periodo 2023 - 2024.

- **Muestra:**

Se trabajo con la totalidad de la población que cumplió con los criterios de selección, por lo que se trató de una muestra censal

3.5 CRITERIOS DE SELECCIÓN

- **Criterios de Inclusión**

Pacientes post accidente cerebrovascular de una clínica de Ica.

Pacientes atendidos en el periodo 2023 – 2024

Pacientes que hubieran concluido con su tratamiento de terapia física y rehabilitación en un periodo no mayor de 3-6 meses al momento de la recolección de información, a fin de reducir sesgos de memoria respecto al estado antes y después de la terapia.

Pacientes de ambos sexos.

Pacientes que estén dispuestos a participar del estudio.

- **Criterios de Exclusión**

Pacientes atendidos en periodos 2022 o anteriores.

Pacientes que no concluyeron su tratamiento de terapia física y rehabilitación.

Pacientes que recibieron tratamientos adicionales por otras patologías que pudieran alterar los resultados.

Pacientes con diagnóstico de deterioro cognitivo o demencia.

3.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos en el presente estudio primero se hizo uso de la plataforma Google Forms en el cual se creó un cuestionario con el fin de poder obtener datos sociodemográficos tales como: edad y género, además de poder llevar a cabo los cuestionario y encuesta que midieron las variables de estudio. Dichos cuestionarios que fueron aplicados mediante llamada telefónica (es decir la encargada del estudio realizo las llamadas correspondientes a cada uno de los pacientes y se les realizo las preguntas de los correspondientes).

En relación con la variable capacidad funcional, se utilizó el cuestionario índice de Barthel el cual se encargará de medir la capacidad funcional antes y después de la terapia física. Para la variable calidad de vida se hizo uso de un cuestionario breve SF-36, se utilizó para medir la calidad de vida. Ambos instrumentos se aplicaron mediante llamada telefónica, aunque la recolección de datos se realizó en un único momento posterior a la terapia física, registrando la condición previa como posterior de los pacientes.

En cuanto a la variable terapia física y rehabilitación, se tomó en cuenta la información registrada en las historias clínicas de los pacientes, considerando únicamente a quienes recibieron dicho tratamiento y concluyeron su proceso de atención.

El formulario de Google Forms nos permitió recopilar los datos de forma ordenada para su posterior vaciado al programa de Excel para su correcta codificación, tabulación y posterior análisis estadístico.

Enlace de formulario de Google Forms:
<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScEV9u4QvpPh4S2VYL6PdAaduXmxPc62mpyW7p6iicUzayNgg/formResponse>

- **Índice de Barthel:**

El índice de Barthel su publicación data del 1955 aunque en 1965 es donde se hace más conocido y utilizado en hospitales de Estados Unidos para la evaluación de la independencia en pacientes con trastornos neuromusculares o musculoesqueléticos(64).

“Es una medida genérica que evalúa el nivel de independencia del paciente al realizar Actividades de Vida Diaria (AVD), el principal objetivo era poder medir la capacidad funcional y la evolución periódica de los pacientes”(63) .

El índice de Barthel cuenta con una fiabilidad Inter observador con índice Kappa entre 0.47 y 1.00. la versión original de índice de Barthel se observa un alfa de Cronbach de 0.90 – 0.92(63).

Los ítems para valorar por el índice son 10 de los cuales 8 de ellos son para la evaluación de actividades (alimentación, uso del retrete, traslado de silla – cama, desplazarse, aseo personal, vestirse, lavado, dificultad para subir y bajar escaleras) y las otras dos hacen referencia a funciones corporales (micción y deposición). Cada ítem se puntuará de acuerdo con el desempeño de la persona valorada las cuales pueden ser 0, 5, 10 o 15. La escala de puntuación varía desde 0 indicando dependencia total o máxima hasta 100 (90 si utilizan silla de rueda) indicando independencia. Si la puntuación obtenida es menor a 60 quiere decir que la persona necesita supervisión o ayuda para realizar las actividades, una puntuación menor o igual a 35 indicaría que hay una dependencia funcional considerable e importante (63). Para una mejor interpretación Sha establece 4 categorías de dependencia (Sha et al 1989) (63).

0 – 20 puntos: Dependencia Total

21 – 60 puntos: Dependencia Severa

61 – 90 puntos: Dependencia Moderada

91 – 99 puntos: Dependencia Escasa

100 (90 si usa silla de rueda) puntos: Independencia Total

La validez y confiabilidad del índice de Barthel en el país, en una tesis de especialidad Ortiz y Santos en 2018, la validez la sometieron a un juicio de expertos, para la confiabilidad en el estudio obtuvo en el alfa de Cronbach un valor de 0.915 y el tiempo de aplicación aproximado es de 3 a 5 minutos(65).

- **SF – 36:**

El cuestionario se desarrolló a principios de los años 90 en los Estados Unidos, sirve para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (66). La confiabilidad que se encontró en alfa Cronbach fue mayor al 0,85 y la validez con un coeficiente de fiabilidad 0,75 en todas sus dimensiones (55). La confiabilidad en Perú se realizó mediante un estudio en el cual fue de 0,82 según coeficiente alfa de Cronbach y la validez constructo por comparación de grupos fue de 0,66 a 0,92 por escalas (67).

El cuestionario este compuesto de 36 ítems, consta de 8 dimensiones las cuales cubren la función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental y estas se pueden dividir en dos componentes; el componente físico (función física, rol físico, dolor corporal, salud general) y componente mental (vitalidad, funcionamiento social, rol emocional, salud mental) (66).

La puntuación que se va a obtener va desde 0 que significa “totalmente inadecuada” calidad de vida relacionada con la salud y 100 significaría “perfecta” calidad de vida relacionada con la salud por cada dimensión, las puntuaciones que se pueden colocar por respuesta varían de acuerdo con el número de preguntas; para la obtención de dicho puntaje se hará la suma de las 4 dimensiones que constituye cada componente y se divide en 4 así obteniendo el total por componente y la suma final se hace con el total de los componentes para obtener el puntaje final de calidad de vida (anexo N°2) (66).

3.7 PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

El procesamiento inicial de los datos se realizó mediante el programa de Microsoft Excel, es decir, toda la información obtenida mediante el llenado de los formularios de Google Forms aplicados mediante llamadas telefónicas fueron organizados, codificados y tabulados. Posteriormente, los datos fueron exportados al software estadístico STATA versión 19.5 para su análisis.

Las variables categóricas (sexo y edad) fueron expresadas en frecuencias absolutas y porcentajes. Para las variables cuantitativas (capacidad funcional medida por índice de Barthel y calidad de vida evaluada con el cuestionario SF-36), los resultados se presentaron mediante mediana y rango intercuartílico (RIQ), dado que los datos no presentaron distribución normal.

La normalidad de los datos fue evaluada aplicando tres pruebas estadísticas: Shapiro-Wilk, Shapiro-Francia y Skewness/Kurtosis test. En

todos los casos, al obtener valores de significancia menores a 0.05, se determinó que los puntajes no seguían una distribución normal (Anexo 7) Por este motivo para la comparación de los resultados antes y después de la terapia física y rehabilitación se aplicó la prueba no paramétrica de Wilcoxon para muestras relacionadas, apropiada para datos pareados que no presentaron una distribución normal.

En todos los análisis se estableció un nivel de significancia estadística del 5% ($p < 0.05$).

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

En el presente estudio se tuvo en cuenta los principios éticos biomédicos universales que se tuvieron en la declaración del tratado de Helsinki, como el principal respeto al individuo, además:

- Autonomía: se respetó el principio pues se solicitó el permiso correspondiente tanto a la institución (clínica) como a la población mediante el consentimiento informado para el uso de sus datos, respetando los principios básicos como privacidad y confidencialidad de sus identidades en todo momento y se les comunico que el uso de estos es con fines único y exclusivos para el fin de la investigación presente (manteniendo en reserva lugar del establecimiento donde fueron tratados, no revelar datos personales como nombres, teléfonos o direcciones, historial de la clínica o datos similares).
- Beneficencia: se tuvo presente este principio debido a que se busca conocer los efectos y beneficios que presenta la población estudiada y eso beneficiaría a poblaciones similares, además de la ampliación de conocimientos respecto a la población estudiada y posiblemente pueda servir de apoyo o base en futuras investigaciones.
- No maleficencia: se respetó este principio biomédico debido a que en la presente investigación la población estudiada no estuvo en ningún momento bajo manipulación de ningún tipo debido a que solo se realizó y aplico cuestionarios, formularios mediante uso de teléfono celular con

el fin de obtener información respecto a previo y posterior tratamiento fisioterapéutico.

- Justicia: se tuvo presente y respeto este principio debido a que en todo momento se tuvo un trato digno, cordial y respetuoso con los colaboradores y/o participantes de la presente investigación.

Además, que el presente proyecto de investigación fue enviado, revisado y aceptado por el Comité Institucional de Ética E Investigación de la Universidad Privada San Juan Bautista.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

4.1 RESULTADOS

Tabla 1 Características de la muestra estudiada

Tabla 1. Características de la muestra estudiada (N=80)

Características	n (%)
Sexo	
Femenino	35 (43.8)
Masculino	45 (56.2)
Edad (años)	
20 - 30	4 (5.0)
31 - 40	6 (7.5)
41 - 50	14 (17.5)
51 - 60	27 (33.7)
61 - 70	29 (36.3)
Capacidad funcional*	
Antes	30 (25 - 100)
Después	82.5 (75 - 100)
Calidad de vida	
Físico antes*	42.5 (41 - 56.5)
Mental antes*	48 (44 - 51)
Físico después*	62 (58.5 - 65)
Mental después*	52 (49-54)

***Mediana (rango intercuartílico)**

La muestra estuvo constituida por 80 pacientes post ACV, con predominio del sexo masculino (56.2%) frente al femenino (43.8%) y la edad, principalmente entre los 51-70 años (70% del total).

Se observó un aumento en la mediana de la capacidad funcional, evaluada mediante el índice de Barthel, de 30 puntos (RIQ: 25-100) a 82.5 puntos (RIQ: 75-100), evidenciando una tendencia a la mejora en la independencia funcional de los pacientes.

En cuanto a la calidad de vida evaluada con el SF-36, el componente físico presento un incremento de 42.5 (RIQ:41 – 56.5) a 62 (RIQ: 58.5 – 65) puntos, y el componente mental aumentó de 48 (RIQ: 44- 51) a 52 (RIQ:49 – 54) puntos, mostrando mejoras observables tanto en bienestar físico como psicológico, siendo más pronunciadas en el ámbito físico.

Estos hallazgos reflejan tendencias positivas en capacidad funcional y calidad de vida de los pacientes post ACV registrados en la clínica durante el periodo 2023-2024, aunque no permiten establecer relaciones causales debido a la naturaleza observacional y retrospectiva del estudio, la ausencia de grupo control y la limitación de información sobre características clínicas y terapéuticas.

Tabla 2 Efecto de la terapia física en el capacidad funcional y calidad de vida en pacientes post accidente cerebrovascular.

Tabla 2. Efecto de la terapia física en el capacidad funcional y calidad de vida en pacientes post accidente cerebrovascular (n=80)

Características	Terapia física		p**
	Antes	Después	
	Mediana (RIQ)	Mediana (RIQ)	
Capacidad funcional*	30 (25 - 100)	82.5 (75 - 100)	<0.0001
Calidad de vida*			
Físico	42.5 (41 - 56.5)	62 (58.5 - 65)	<0.0001
Mental	48 (44 - 51)	52 (49-54)	<0.0001

*Mediana (rango intercuartílico), **Prueba de Wilcoxon y Valor $p < 0.05$

Se observaron cambios notables en la capacidad funcional y en la calidad de vida de los pacientes post ACV tras la terapia física y rehabilitación, según registros revisados.

La mediana de la capacidad funcional aumentó de 30 (RIQ: 25-100) a 82.5 (RIQ: 75-100), mientras que el componente físico de la calidad de vida paso de 42.5 (RIQ: 41 – 56.5) a 62 (RIQ: 58.5 – 65) y el componente mental de 48 (RIQ: 44 – 51) a 52 (RIQ: 49 – 54).

La prueba Wilcoxon indicó que estos cambios son estadísticamente significativos ($p < 0.0001$). estos hallazgos reflejan tendencias positivas en la capacidad funcional y calidad de vida, siendo mas evidentes en el ámbito físico. Sin embargo, debido a su naturaleza observacional y retrospectiva del estudio, así como a la ausencia de grupo control, no es posible afirmar relaciones causales concluyentes.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 DISCUSIÓN

- El estudio tuvo como objetivo general “determinar el efecto de la terapia física y rehabilitación en la capacidad funcional y la calidad de vida en pacientes post accidente cerebrovascular en una clínica de Ica, 2023-2024”. En los registros revisados, se observaron mejoras en la capacidad funcional y la calidad de vida, con cambios estadísticamente significativos ($p < 0.0001$). esta tendencia sugiere que los pacientes presentaron mayor independencia en sus ABVD y mejoras en aspectos físicos, así como tendencias positivas en su bienestar emocional, reflejadas en los puntajes de calidad de vida.

Estos resultados son consistentes con estudios internacionales, por ejemplo, Sales et al. (Brasil, 2024), reportaron que el 58.5% de los pacientes presentaba algún grado de discapacidad funcional tras un ACV, destacando las necesidades de intervenciones de rehabilitación para mitigar la dependencia funcional (14). Asimismo, el estudio de Karaca et al. (Turquía, 2024), observaron mejoras en la funcionalidad, específicamente en el control del tronco y la marcha, mediante entrenamiento sensorial y ejercicios Bobath, aspectos que guardan relación con hallazgos de este estudio (17).

A nivel nacional, estudios previos también evidencian tendencias similares. Por ejemplo, Gallo et al. (Lima, 2020), encontraron que el 68.18% de los pacientes alcanzó independencia funcional tres meses después del tratamiento (25), mientras que Andrade Quiñonez (2022) reportó que la rehabilitación influye positivamente en la capacidad funcional y, de manera indirecta, el bienestar de las familias (33). De igual forma, Ribeiro et al. (2022), observaron una relación positiva entre el aumento en la capacidad funcional y la mejora en la calidad de vida de pacientes post ACV (21).

Estos hallazgos permiten describir tendencias observables en la mejora de movilidad, funcionalidad y bienestar general de los pacientes post ACV, en la clínica de Ica. De acuerdo con la OMS (22), la rehabilitación post ACV debe aportar un enfoque integral que considere componentes físicos, emocionales y sociales, lo que coincide con los resultados observados en este estudio. La Confederación Mundial de la Fisioterapia (WCPT) (23), también resalta que la importancia de la fisioterapia para la restauración de la movilidad e independencia, aspectos reflejados de manera observacional en los registros analizados.

- Respecto al objetivo 1, que buscaba “describir las características sociodemográficas de los pacientes post accidente cerebrovascular en una clínica de Ica, 2023-2024”, los resultados indican que la muestra compuesta por 56.2% hombres y 43.8% de mujeres. En cuanto a la distribución por edad, la mayoría de los pacientes se encontraba en los grupos etarios más avanzados. El 36.03% en los rangos de 61 a 70 años y el 33.7% en el grupo de 51 a 60 años, mientras que grupos más jóvenes (20 a 30 años y 31 a 40 años) representaron solo el 5.0% y el 7.5%, respectivamente.

Este patrón demográfico refleja una tendencia observada en pacientes post ACV, donde la prevalencia de la afección aumenta con la edad, especialmente después de los 50 años. La ligera prevalencia masculina también coincide con lo reportado en otros estudios, que indican que los hombres presentan mayor probabilidad de sufrir un ACV a edades más tempranas, mientras las mujeres pueden verse más afectadas a medida que avanzan en edad, debido a factores hormonales y biológicos asociados con la menopausia (14,17).

- Respecto al objetivo 2 que buscaba “describir la capacidad funcional en los pacientes post accidente cerebrovascular en una clínica de Ica, 2023-2024”, los registros revisados mostraron que antes de la intervención de la terapia física, la mediana de la capacidad funcional

era de 30 (RIQ:25-100), lo que refleja como limitaciones para realizar las ABVD. Posteriormente, tras recibir la intervención fisioterapéutica, la mediana aumentó de 82.5 (RIQ:75-100).

Este incremento indica una tendencia observable a la mejora en la capacidad funcional, reflejada en mayor independencia de los pacientes para realizar actividades cotidianas como caminar, vestirse y movilizarse, aspecto que guardan relación con la restauración de movilidad y autonomía.

Estos hallazgos son consistentes con estudios previos, Demera et al. (Ecuador, 2024), reportaron mejoras en la movilidad y fuerza muscular tras un programa de rehabilitación neuromuscular (18). Asimismo, mientras que Cortés et al. (Chile, 2023) mostro resultados similares también observaron incrementos en la capacidad funcional después de un programa de rehabilitación (15).

- Respecto al objetivo 3 que buscaba “describir la calidad de vida de los pacientes post accidente cerebrovascular en una clínica de Ica, 2023-2024”, los registros revisados muestran que, con la capacidad funcional, se observaron tendencias a incrementos en la calidad física y mental. El aumento en la mediana del componente físico refleja mejor para realizar ABVD con mayor independencia, mientras que el incremento en el componente mental sugiere tendencias positivas en la percepción general del bienestar.

Estos hallazgos coinciden estudios previos, Ribeiro da Silva et al. (2022), reportaron que pacientes post ACV que recibieron terapia física mostraron mejoras tanto en su calidad de vida física como mental (21). Asimismo, Gao et al. (China, 2022) observaron que la combinación de tratamientos, incluida la rehabilitación Bobath, se asoció con mejora observables en la calidad de vida de los pacientes post ACV (23).

5.2 CONCLUSIONES

- En los registros revisados, se observaron mejoras en la capacidad funcional y en la calidad de vida de los pacientes post ACV atendidos en una clínica de Ica durante el periodo 2023-2024. El análisis estadístico indicó cambios significativos para ambas variables ($p < 0.0001$), reflejando tendencias positivas en la recuperación motora y bienestar general de la población estudiada.
- En cuanto a características sociodemográficas, la mayoría de los pacientes fueron adultos mayores, predominando el sexo masculino, con mayor concentración en el grupo etario de 61 -70 años. Esta distribución es consistente con la tendencia epidemiológica del ACV, que afecta con frecuencia a personas de edad avanzada.
- En relación con la capacidad funcional, se registraron mejoras observables luego de la intervención de terapia física y rehabilitación, reflejadas en el aumento de la mediana del índice de Barthel de 30 a 82.5, lo que indica tendencias hacia una mayor independencia funcional en las actividades básicas de la vida diaria.
- En relación con la calidad de vida, los resultados mostraron tendencias positivas tanto en los componentes físicos como mentales evaluados mediante SF-36. Los pacientes evidenciaron mayor autonomía, menor percepción de dolor y mejoras en la percepción de bienestar emocional tras la intervención.
- En conjunto, los hallazgos del estudio sugieren que la rehabilitación post ACV está asociada con mejoras observables en la movilidad, independencia funcional y bienestar emocional, contribuyendo de manera integral a la calidad de vida de los pacientes.

5.3 RECOMENDACIONES

- Se sugiere continuar aplicando programas de terapia física y rehabilitación en pacientes post ACV, considerando que en los registros revisados se observaron mejoras en la capacidad funcional y en la calidad de vida.
- Se recomienda que el trabajo fisioterapéutico también se desarrolle en conjunto con un equipo interdisciplinario (psicólogo, médicos y otros terapeutas) para poder abordar de forma integral las necesidades del paciente y favorecer un proceso de recuperación más completo.
- Para las futuras investigaciones, se sugiere trabajar con muestras más amplias y considerar un diseño prospectivo que permita medir los cambios en la capacidad funcional y calidad de vida a lo largo del tiempo. Asimismo, se recomienda realizar seguimiento longitudinal de los pacientes para evaluar la permanencia de los avances y tener en cuenta las limitaciones y posibles sesgos observados en este estudio, con el fin de optimizar la validez de los resultados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mansfield A, Inness EL, Mcilroy WE. Stroke. Handb Clin Neurol [Internet]. 2018 Jan 1;159:205–28. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/B9780444639165000136?via%3Dihub>
2. Andrei V A, Balaji K. Manual MSD. 2023. Generalidades sobre los accidentes cerebrovasculares. Available from: <https://www.msdmanuals.com/es-mx/professional/trastornos-neurol%C3%B3gicos/accidente-cerebrovascular/generalidades-sobre-los-accidentes-cerebrovasculares>
3. Ministerio de Salud de Chile. Ministerio de salud. 2022. Ataque Cerebrovascular. Available from: https://www.minsal.cl/ataque_cerebral/
4. Organización Mundial de la Salud. who.int. 2024. Enfermedades cardiovasculares. Available from: https://www.who.int/es/health-topics/cardiovascular-diseases#tab=tab_1
5. Calderón Sanginez J, Abanto Argomedo C segundo, Otiniano Sifuentes DR, Berrú Villalobos SE, Chong Chinchay K del R, Namay Reyes E, et al. INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLOGICAS, BOLETIN EPIDEMIOLOGICO [Internet]. 2022. Available from: <https://www.incn.gob.pe/wp-content/uploads/2022/07/BOLET%C3%8DN-EPIDEMIOLOGICO-8.pdf>

6. Alessandro L, Olmos LE, Bonamico L, Muzio DM, Ahumada MH, Russo MJ, et al. [Multidisciplinary rehabilitation for adult patients with stroke]. *Medicina (B Aires)* [Internet]. 2020;80(1):54–68. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32044742>
7. Organización Panamericana de Salud (OPS). *Enfermedades Cardiovasculares* [Internet]. 2023. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-cardiovasculares>
8. Organización Panamericana de la Salud (OPS). *La carga de las enfermedades cardiovasculares en la Región de las Américas*. 2021.
9. Bernabé-Ortiz A, Carrillo-Larco RM. Tasa de incidencia del accidente cerebrovascular en el Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2021 Oct 11;38(3):399–405. Available from: <https://www.scielosp.org/article/rpmesp/2021.v38n3/399-405/>
10. Saif I. Role of Physical Therapy on Quality of Life and Level of Satisfaction among Patients with Stroke. *The Healer Journal of Physiotherapy and Rehabilitation Sciences*. 2022 Jun 30;2(1):104–9.
11. Yuan S, He Y. Effects of physical therapy on mental function in patients with stroke. *Journal of International Medical Research* [Internet]. 2020 Feb 16;48(2). Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0300060519861164>
12. Patel UK, Rao A, Manihani GSD, Patel N, George C, Vijayakumar JS, et al. Prevalence and Outcomes of

Depression, Obstructive Sleep Apnea, and Concurrent Anxiety (DOCA) in Stroke Survivors: Insights From a Nationwide Study. *Cureus* [Internet]. 2023 Jul 16 [cited 2024 Aug 5]; Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37588321/>

13. Gonzáles F, Caiza Zambrano F, Galarza J, Benetti M, Bustos A, Bando L, et al. Infarto cerebral en pacientes jóvenes: características clínicas y evolución en una cohorte Argentina. *Scielo* [Internet]. 2024 Aug 17;84(1). Available from: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802024000100011&lang=es
14. Sales RS, Moraes M de A, Muniz LS, Jesus PA de, Ribeiro LS, Mussi FC. Factores asociados a incapacidad funcional após accidente vascular cerebral isquémico. *Acta Paulista de Enfermagem* [Internet]. 2023 Oct 25;37. Available from: <https://acta-ape.org/article/fatores-associados-a-incapacidade-funcional-apos-acidente-vascular-cerebral-isquemico/>
15. Cortés Q. C, Salvatierra M. A, Papuzinski A. C. Intervención ambulatoria basada en categorización por complejidad en neurorehabilitación. *Rev Chil Neuropsiquiatr* [Internet]. 2023;61(1):23–31. Available from: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272023000100023&lang=es
16. Anicama Hernández Á, Vásquez Quicaño K, Pineda Rodríguez A. CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR QUE ACUDIERON A CONSULTORIO EXTERNO DE NEUROLOGÍA DEL

HOSPITAL REGIONAL DE ICA, PERÚ 2010-2011. Revista UNICA - Revista Médica Panacea [Internet]. 2012 Jul 25;2(2):45–9. Available from: <https://revistas.unica.edu.pe/index.php/panacea/article/view/131>

17. Karaca O, Kılınç M. Sensory training combined with motor training improves trunk proprioception in stroke patients: a single-blinded randomized controlled trial. *Neurol Res* [Internet]. 2024 Jun 2;46(6):553–60. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01616412.2024.2337522>
18. Demera Cedeño GA, Santana Intriago KM. Impacto de la Rehabilitación neuromuscular en pacientes post Accidente Cerebro Vascular en el Centro de Rehabilitación Física Integral Ruandi de la ciudad de Portoviejo en el periodo de marzo de 2024. *Revista Científica Higía de la Salud*. 2024 Jun 30;10(1).
19. Sütçü G, Özçakar L, Yalçın Aİ, Kılınç M. BOBATH vs. TASK-ORIENTED TRAINING AFTER STROKE: An assessor-blind randomized controlled trial. *Brain Inj* [Internet]. 2023 Jun 7;37(7):581–7. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/02699052.2023.2203519>
20. Alsubiheen AM, Choi W, Yu W, Lee H. The Effect of Task-Oriented Activities Training on Upper-Limb Function, Daily Activities, and Quality of Life in Chronic Stroke Patients: A Randomized Controlled Trial. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022 Oct 29;19(21):14125. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36361001/>

21. Ribeiro da Silva CR, Ferreira da Costa T, De Farias Pontes M de L, Lopes Pimenta CJ, Alves Bezerra T, Salviano Ferreira GR, et al. Funcionalidade, estresse e qualidade de vida de sobreviventes de acidente vascular encefálico. *Acta Paulista de Enfermagem* [Internet]. 2022 May 17;35. Available from: <https://acta-ape.org/article/funcionalidade-estresse-e-qualidade-de-vida-de-sobreviventes-de-acidente-vascular-encefalico/>
22. Grozdek Čovčić G, Jurak I, Telebuh M, Maček Z, Bertić Ž, Žura N, et al. Effects of Bobath treatment and specific mobilizations on gait in stroke patients: A randomized clinical trial. *NeuroRehabilitation* [Internet]. 2022 Jun 17;50(4):493–500. Available from: <https://www.medra.org/servlet/aliasResolver?alias=iospress&doi=10.3233/NRE-210326>
23. Gao S, Meng XN, Li CY, Sun J, Yu HK. [WANG Ju-yi's meridian diagnosis method combined with Bobath rehabilitation training for post-stroke shoulder-hand syndrome type I]. *Zhongguo Zhen Jiu* [Internet]. 2022 Jan 12;42(1):28–32. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35025154/>
24. Mosalski S, Shiner CT, Lannin NA, Cadilhac DA, Faux SG, Kim J, et al. Increased Relative Functional Gain and Improved Stroke Outcomes: A Linked Registry Study of the Impact of Rehabilitation. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases* [Internet]. 2021 Oct;30(10):106015. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1052305721004201>

25. Gallo-Guerrero ML, Zevallos CB, Quiñones M. Factores asociados a resultados funcionales en pacientes con ictus isquémico tratados con trombolisis endovenosa en un hospital del Perú. Rev Neuropsiquiatr [Internet]. 2020 Jul 15;83(2):79–86. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972020000200079&lang=es
26. Herrera M, Lama J, De-la-Cruz J. Factores de riesgo de depresión post ictus isquémico. Revista Médica Herediana [Internet]. 2020 Oct 16;31(3):181–9. Available from: <https://drevistas.cayetano.pe/index.php/RMH/article/view/3808>
27. Andrade Quiñonez LJ. Relación entre la capacidad funcional de pacientes con accidente cerebrovascular y repercusión en sus familias. Instituto Nacional de Rehabilitación, 2018 [Internet] [Magister en Neurociencias]. [Lima]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2022 [cited 2024 Aug 13]. Available from: <https://hdl.handle.net/20.500.12672/18188>
28. Colqui León SR, Soria Vidal DK. NIVEL DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL AL INICIO DE LA REHABILITACIÓN EN PACIENTES POST ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR EN UN HOSPITAL NACIONAL DE LIMA, 2018 [Internet]. [Lima]: Universidad Norbert Wiener; 2019. Available from: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/2922>
29. Pacheco Ríos SE. Calidad de vida en el adulto con accidente cerebro vascular que acude al Hospital Regional

- de Moquegua, año 2017 [Internet]. [Tacna]: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2019. Available from: <https://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/20.500.12510/2894>
30. Cepeda Vega LC, Gómez Blanco MA. Revisión sobre la efectividad de la terapia en espejo en el proceso de rehabilitación de miembros superiores en pacientes con accidente cerebrovascular. Dialnet [Internet]. 2019 Oct 31;13(2):47–54. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7440063>
 31. Silva RF da, Santos SW da S, Santos AS dos, Filho JL dos S. A ORIGEM E EVOLUÇÃO DA FISIOTERAPIA: DA ANTIGUIDADE AO RECONHECIMENTO PROFISSIONAL. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação. 2021 Jul 31;7(7):782–91.
 32. Organización Mundial de la Salud. World Health Organization. 2024. Rehabilitation. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>
 33. World Physiotherapy. World Physiotherapy . 2019. p. 1–10 Descripción de la Fisioterapia . Available from: <https://world.physio/policy/ps-regulation>
 34. Colegio de Tecnólogo Medico del Perú (CTMP). 2024. terapia física y rehabilitación. Available from: <https://ctmperu.org.pe/areas/terapia-fisica-y-rehabilitacion/>
 35. Pan American Health Organización (PAHO). Pan American Health Organización (PAHO). 2022. Estimates of the need for rehabilitation. Available from: <https://www.paho.org/en/enlace/estimates-need-rehabilitation>

36. Ministerio de Salud del Perú. Instituto Nacional de Rehabilitación brindó más de 213 000 terapias durante el año 2023. GobPe [Internet]. 2024 Jan 14; Available from: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/893331-instituto-nacional-de-rehabilitacion-brindo-mas-de-213-000-terapias-durante-el-ano-2023>
37. Arrescurrenaga GM. A fisioterapia no Peru. Fisioterapia e Pesquisa. 2019 Dec;26(4):337–8.
38. Panel O. Ottawa Panel Evidence-Based Clinical Practice Guidelines for Post-Stroke Rehabilitation. Top Stroke Rehabil. 2006 Apr 2;13(2):1–269.
39. Kleindorfer DO, Towfighi A, Chaturvedi S, Cockroft KM, Gutierrez J, Lombardi-Hill D, et al. 2021 Guideline for the Prevention of Stroke in Patients With Stroke and Transient Ischemic Attack: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2021 Jul;52(7).
40. Organización Panamericana de Salud. PAHO.ORG. 2020. Las cuatro áreas de acción de la década.
41. Organización Mundial de la Salud. WHO.INT. 2015 [cited 2025 May 13]. p. 1–267 Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042>
42. Prange-Lasonder GB, Alt Murphy M, Lamers I, Hughes AM, Burke JH, Feys P, et al. European evidence-based recommendations for clinical assessment of upper limb in neurorehabilitation (CAULIN): data synthesis from systematic reviews, clinical practice guidelines and expert consensus. J Neuroeng Rehabil. 2021 Dec 8;18(1):162.

43. Echeverría A, Astorga C, Fernández C, Salgado M, Villalobos Dintrans P. Funcionalidad y personas mayores: ¿dónde estamos y hacia dónde ir? *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2022 Apr 12;46:1.
44. Organización Mundial de la Salud (OMS). World Health Organization. 2024. WHOQOLD: medición de la calidad de vida. Available from: <https://www.who.int/tools/whoqol>
45. Ramírez Coronel AA, Malo Larrea A, Martínez Suarez PC, Montánchez Torres ML, Torracchi Carrasco E, González León FM. Origen, evolución e investigaciones sobre la Calidad de Vida: Revisión Sistemática. *Scielo [Internet]*. 2021 Feb 16;1:1–6. Available from: <https://zenodo.org/records/4543649>
46. Lemus N, Parrado R, Quintana G. Calidad de vida en el sistema de salud. Colombia; 2014 Mar.
47. Instituto Nacional de las Personas Mayores - México. Gobierno de México. 2021. Calidad de Vida para un envejecimiento saludable. Available from: <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/calidad-de-vida-para-un-envejecimiento-saludable?idiom=es#:~:text=De%20acuerdo%20con%20la%20OMS,%2C%20expectativas%2C%20est%C3%A1ndares%20y%20preocupaciones>.
48. Organización Mundial de la Salud (OMS). La Gente y la Salud. World Health Organization [Internet]. 1996;17(Foro mundial de la salud):385–7. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/55264/WHF_1996_17_n4_p385-387_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

49. Division of mental health prevention of substance abuse - World Health Organization. PROGRAME ON MENTAL HEALTH [Internet]. 2012. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/77932/WHO_HIS_HSI_Rev.2012.03_eng.pdf?sequence=1
50. Numbeo. Numbeo. 2023. Quiality of life Index by Contry 2023. Available from: <https://es.numbeo.com/calidad-de-vida/clasificaciones-por-pa%C3%ADs?title=2023>
51. Numbeo. Numbeo . 2021. Quality of life Index by Contry 2021. Available from: <https://es.numbeo.com/calidad-de-vida/clasificaciones-por-pa%C3%ADs?title=2021>
52. Numbeo. Numbeo. 2023. Americas: Quiality of life Index by Contry 2023. Available from: <https://es.numbeo.com/calidad-de-vida/clasificaciones-por-pa%C3%ADs?title=2023®ion=019>
53. Numbeo. Numbeo. 2021. Americas: Quiality of life Index by Contry 2021. Available from: <https://es.numbeo.com/calidad-de-vida/clasificaciones-por-pa%C3%ADs?title=2021®ion=019>
54. Numbeo. Numbeo. 2023. South America: Quality of Life Index by Contry 2023. Available from: <https://es.numbeo.com/calidad-de-vida/clasificaciones-por-pa%C3%ADs?title=2023®ion=005>
55. Brazier JE, Harper R, Jones NM, O’Cathain A, Thomas KJ, Usherwood T, et al. Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care. *BMJ*. 1992 Jul 18;305(6846):160–4.

56. National Cancer Institute (NIH). National Cancer Institute. 2023. Accidente Cerebrovascular. Available from: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/accidente-cerebrovascular>
57. National Library of Medicine. National Library of Medicine. 2022. Tipos de Accidentes Cerebrovascular. Available from: <https://magazine.medlineplus.gov/article/stroke-what-you-need-to-know>
58. Andrei V A, Balaji K. Manual MSD. 2023. Hemorragia intracraneal . Available from: <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-neuro%C3%B3gicos/accidente-cerebrovascular/hemorragia-intracerebral>
59. Andrei V A, Balaji K. Manual MSD. 2023. Hemorragia Subaracnoidea. Available from: <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-neuro%C3%B3gicos/accidente-cerebrovascular/hemorragia-subaracnoidea>
60. National Heart L and BI. NIH. 2023 [cited 2025 May 13]. Accidente Cerebrovascular. Available from: https://www.nhlbi.nih.gov/es/salud/accidente-cerebrovascular/recuperacion?utm_source
61. Naranjo Hernández Y, Concepción Pacheco J alejandro, Rodríguez larreynaga M. The self-care deficit nursing theory: Dorothea Elizabeth Orem. Gaceta Médica Espirituana Universidad de Ciencias Médicas Sancti Spíritus [Internet]. 2017;19(3):1–7. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/espirtuana/gme-2017/gme173i.pdf>

62. Flores Navarro-Pérez C, González Jiménez E, Schimidt-Rio valle J, Meneses Chavéz JF, Martínez Torres J, Ramírez Vélez R. Factores sociodemográficos y seguimiento prenatal asociados a la mortalidad perinatal en gestantes de Colombia. SCIELOFactores sociodemográficos y seguimiento prenatal asociados a la mortalidad perinatal en gestantes de Colombia [Internet]. 2015 Sep [cited 2025 May 14];3. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0212-16112015000900018&lng=es&nrm=iso&tlng=en
63. Ruzafa JC, Moreno JD. VALORACIÓN DE LA DISCAPACIDAD FÍSICA: EL INDICE DE BARTHEL (*). Revista Esp Salud Publica . 1997;71:127–37.
64. Douglas G CMD. FUNCTIONAL EVALUATION: THE BARTHEL INDEX . Md State Med J. 1965;14:56–61.
65. Ortiz Escalante OD, Santos Rondon KE. “LOGRO DE LA INDEPENDENCIA FUNCIONAL DE LOS PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR TIPO HEMIPLEJICO POST TRATAMIENTO FISIOTERAPEUTICO EN UN HOSPITAL DE REHABILITACION DE LIMA, PERIODO ENERO A JUNIO DEL 2017” [Internet] [Especialidad]. [Lima]: Universidad Norbert Wiener ; 2018. Available from: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/1787/ESPECIALIDAD%20-%20Santos%20Rond%c3%b3n%2c%20Karla%20Elizabet h.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
66. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer Miralda G, Quintana JM, et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos.

Gac Sanit [Internet]. 2005 Nov 22;19:50–135. Available from:

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000200007

67. Salazar FR, Bernabé E. The Spanish SF-36 in Peru. Asia Pacific Journal of Public Health [Internet]. 2015 Mar 13;27(2):NP2372–80. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1010539511432879>

ANEXOS

• ANEXO 1: Operacionalización de variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo De Variable	Dimensiones	indicadores	Escala De Medición	valores	Instrumento
Terapia física y rehabilitación	La OMS lo define como “el conjunto de intervenciones encaminadas para optimizar el funcionamiento y reducir la discapacidad en personas con afecciones de la salud en la interacción con su entorno”(32)	Asistencia registrada en ficha clínica. “sí recibió” pacientes que recibieron terapia física y “no recibió” pacientes que no llevaron terapia física.	C U A N T I T A T I V A	Exposición /cumplimiento	Registro de asistencia	Nominal dicotómica	1 0	Ficha clínica
Capacidad funcional	Según la OPS lo define como “atributos	Evalúa la capacidad funcional	C U A N	• Comer	• Independiente : Capaz de comer por sí solo en un	• 10 • 5 • 0	0 – 20 21 – 60	Índice de Barthel

	relacionados con la salud que permiten a las personas ser y hacer lo que tienen motivo para valorar".(40)	de los pacientes en la realización de las actividades de la vida cotidiana.	T I T A T I V A		<p>tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Necesita Ayuda: Para cortar la carne. • Dependiente: Necesita ser alimentado por otra persona. 	<ul style="list-style-type: none"> • 5 • 0 	61 – 90	
				<ul style="list-style-type: none"> • Bañarse / ducharse 	<ul style="list-style-type: none"> • Independiente : capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sí que una persona supervise. • Dependiente: Necesita algún tipo de ayuda o supervisión 		91 – 99	
							100	

				<ul style="list-style-type: none"> Dependiente 			
			<ul style="list-style-type: none"> Vestido 	<ul style="list-style-type: none"> Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda 	<ul style="list-style-type: none"> 0 5 10 		
				<ul style="list-style-type: none"> Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc. 			
			<ul style="list-style-type: none"> Aseo personal 	<ul style="list-style-type: none"> Necesita ayuda con el aseo personal 	<ul style="list-style-type: none"> 0 		
				<ul style="list-style-type: none"> Independiente para lavarse la cara 	<ul style="list-style-type: none"> 5 		
			<ul style="list-style-type: none"> Deposiciones 	<ul style="list-style-type: none"> Incontinente (o necesita que le suministren enema) 	<ul style="list-style-type: none"> 0 5 		
				<ul style="list-style-type: none"> Accidente excepcional (uno/semana) 	<ul style="list-style-type: none"> 10 		
				<ul style="list-style-type: none"> Continente 			
			<ul style="list-style-type: none"> Micción 	<ul style="list-style-type: none"> Incontinente, o sondado 	<ul style="list-style-type: none"> 0 		

					<ul style="list-style-type: none"> incapaz de cambiarse de bolsa 	<ul style="list-style-type: none"> • 5 • 1 • 0 		
					<ul style="list-style-type: none"> • Accidente excepcional (máximo uno/24 horas) • Continente, durante al menos 7 días 			
				<ul style="list-style-type: none"> • Usar el retrete 	<ul style="list-style-type: none"> • Dependiente • Necesita ayuda, pero puede hacer algo solo • Independiente (entrar, salir, limpiarse y vestirse) 	<ul style="list-style-type: none"> • 0 • 5 • 1 • 0 		
				<ul style="list-style-type: none"> • Transferencia (traslado sillón/cama) 	<ul style="list-style-type: none"> • Incapaz, no se mantiene sentado • Necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), para estar sentado 	<ul style="list-style-type: none"> • 0 • 5 • 1 • 0 • 1 • 5 		

					<ul style="list-style-type: none"> • Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o verbal) 		
					<ul style="list-style-type: none"> • Independiente 		
				<ul style="list-style-type: none"> • Desplazarse 	<ul style="list-style-type: none"> • Inmóvil 	<ul style="list-style-type: none"> • 0 • 5 • 1 • 0 • 1 • 5 	
					<ul style="list-style-type: none"> • Independiente en silla de ruedas en 50 metros 		
					<ul style="list-style-type: none"> • Anda con una pequeña ayuda de una persona (física o verbal) 		
					<ul style="list-style-type: none"> • Independiente al menos 50m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador. 		
				<ul style="list-style-type: none"> • Subir y bajar escaleras 	<ul style="list-style-type: none"> • Incapaz 	<ul style="list-style-type: none"> • 0 • 5 • 1 • 0 	
					<ul style="list-style-type: none"> • Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta 		

						<ul style="list-style-type: none"> Independiente para subir o bajar escaleras 			
Calidad de vida	La percepción de un individuo sobre su posición en la vida tanto en el contexto cultural, sistemas de valores en el que vive y en relación de sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones	Evalúa la calidad de vida en relación con salud de acuerdo con la percepción del paciente.	C U A N T I T A T I V A	Componente e Salud Física	<ul style="list-style-type: none"> Función física Rol físico Dolor Corporal Salud General 	<ul style="list-style-type: none"> Si, me limita mucho Si, me limita poco No, no me limita nada 	<p>1 2 3</p>	<ul style="list-style-type: none"> Mas cerca del 0 = menor de calidad de vida relacionada con la salud Mas cerca del 100 = mayor calidad de vida relacionada con la salud 	SF - 36
					<ul style="list-style-type: none"> Siempre Casi siempre Algunas veces Solo alguna vez Nunca 	<p>1 2 3 4 5</p>			
					<ul style="list-style-type: none"> Nada – no, ninguno Un poco – sí, muy poco 	<p>1 2 3 4 5 6</p>			

						<ul style="list-style-type: none"> • Regular – sí, un poco • Bastante – sí, moderado • Mucho – sí, mucho • Si, muchísimo 			
						<ul style="list-style-type: none"> • Excelente – siempre • Muy buena – casi siempre • Buena – algunas veces • Regular – solo alguna vez • Mala – nunca 	1 2 3 4 5		

				Componente e Salud Mental		<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Algunas veces • Solo alguna vez • Nunca 	1 2 3 4 5		
					<ul style="list-style-type: none"> • Vitalidad • Función Social • Rol Emocional • Salud mental 	<ul style="list-style-type: none"> • Nada - Siempre • Un poco - Casi siempre • Regular - Algunas veces • Bastante - Solo alguna vez • Mucho - Nunca 	1 2 3 4 5		
						<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Algunas veces 	1 2 3 4 5		

						<ul style="list-style-type: none"> • Solo alguna vez • Nunca 			
						<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Algunas veces • Solo alguna vez • Nunca 	1 2 3 4 5		
				<ul style="list-style-type: none"> • Ítems de transición de salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Mucho mejor ahora que hace un año • Algo mejor ahora que hace un año • Mas o menos igual que hace un año • Algo peor ahora que hace un año • Mucho peor ahora que hace un año 	1 2 3 4 5			
Factores Sociodemográficos	características sociales y	se consider	C U A	Edad	Grupo etarios	20 – 30 años	Ordinal	Formulario Google Forms	

	<p>demográficas de una población que permiten describirlas y analizarlas. Incluyen variables como edad, sexo, estado civil, nivel educativo, ocupación, lugar de residencia e ingresos económicos (62).</p>	<p>aron edad y sexo de los pacientes post ACV atendidos en una clínica de los cuales fueron obtenidos de ficha clínica y cuestionario Google Forms.</p>	<p>L I T A T I V A</p>			<p>31 – 40 años 41 – 50 años 51 – 60 años 61 – 70 años</p>		
			<p>C U A L I T A T I V A</p>	<p>Sexo</p>	<p>Sexo biológico registrado</p>	<p>Femenino Masculino</p>	<p>Nominal</p>	

- ANEXO 2: Significado de la puntuación del sf – 36

Fuente: “el cuestionario de salud SF – 36 español: una década de experiencia y nuevo desarrollo”

Significado De Las Puntuaciones De 0 A 100				
Dimensión	N° De Ítems	N° De Preguntas	Peor Puntuación	Mejor Puntuación
Función Física	10	3,4,5,6,7,8,9,10,11,12	1	3
Rol Físico	4	13,14,15,16	1	5
Dolor Corporal	2	21,22	1	5
Salud General	5	1,33,34,35,36	1	5
Vitalidad	4	23,27,29,31	1	5
Función Social	2	20,32	1	5
Rol Emocional	3	17,18,19	1	5
Salud Mental	5	24,25,26,28,30	1	5
Ítems De Transición De Salud	1	2	1	5

- **ANEXO 3: Matriz de consistencia**

Alumno: Espinoza Quispe Janella del Rosario

Filial: Ica

Tema: Efecto de la terapia física sobre la Capacidad funcional y en la calidad de vida en pacientes post accidente cerebrovascular en una clínica, 2023-2024.

Título	Problema General	Objetivo General	Hipótesis General	Variables, Dimensiones e Indicadores
---------------	-------------------------	-------------------------	--------------------------	---

<p style="text-align: center;">INFLUENCIA DE LA TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN EN LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES POST ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN UNA CLÍNICA DE ICA, 2023 - 2024.</p>	<p>¿Cuál es el efecto de la terapia física y rehabilitación en la capacidad funcional y la calidad de vida en pacientes post accidente cerebrovascular en una clínica de Ica, 2023-2024?</p>	<p>Determinar el efecto de la terapia física y rehabilitación en la capacidad funcional y la calidad de vida en pacientes post accidente cerebrovascular en una clínica de Ica, 2023-2024.</p>	<p>La terapia física y rehabilitación tuvo un efecto positivo en la capacidad funcional y la calidad de vida de los pacientes post accidente cerebrovascular en una clínica de Ica, 2023-2024.</p>	<p>Variable 1</p> <p>Terapia Física Y Rehabilitación</p> <p>Dimensiones</p> <p>Comer Bañarse/ ducharse Aseo Personal Deposición Micción Usar Retrete Transferencia de sillón a cama Desplazarse Subir y bajar escaleras</p> <p>Variable 2</p> <p>Calidad De Vida</p>
--	--	--	--	---

	<p>¿Cuál es el nivel de capacidad funcional de los pacientes post accidente cerebrovascular en una clínica de Ica, 2023-2024?</p> <p>¿Cuál es el nivel de calidad de vida de los pacientes post accidente cerebrovascular en una clínica de Ica, 2023-2024?</p>	<p>Describir la capacidad funcional en los pacientes post accidente cerebrovascular en una clínica de Ica, 2023-2024.</p> <p>Describir la calidad de vida de los pacientes post accidente cerebrovascular en una clínica de Ica, 2023-2024.</p>	<p>la terapia física y rehabilitación en comparación con el periodo previo.</p> <p>Los pacientes post accidente cerebrovascular en una clínica de Ica, 2023-2024, presentaron una mayor calidad de vida después de la terapia física y rehabilitación en comparación con el periodo previo.</p> <p>A mayor edad de los pacientes post accidente cerebrovascular en una clínica de Ica, 2023-2024, se</p>	
--	---	---	--	--

			observa un menor efecto de la terapia física y rehabilitación en la capacidad funcional y en la calidad de vida.	
Diseño Metodológico	Población y muestra		Técnica e instrumentos	
Diseño metodológico Este estudio fue observacional, transversal y retrospectivo Enfoque Tipo De Investigación	Población Constituida por 80 pacientes post accidente cerebrovascular de una clínica de Ica en el año 2023-2024.	Muestra Muestra censal	Técnica: Encuesta Técnica: Encuesta	Instrumento: Índice de Barthel Instrumento: Cuestionario SF – 36

<p>El enfoque de la investigación fue cuantitativo</p> <p>Nivel de la Investigación</p> <p>El estudio fue de nivel descriptivo</p>				
---	--	--	--	--

- ANEXO 4: Cuestionario índice de Barthel

Comer	<p>0 = incapaz 5 = necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc. 10 = independiente (la comida está al alcance de sus manos)</p>
Trasladarse del sillón a la cama	<p>0 = incapaz, no se mantiene sentado 5 = necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado 10 = necesita algo de ayuda (pequeña ayuda física o ayuda verbal) 15 = independiente</p>
Aseo personal	<p>0 = necesita ayuda 5 = independiente para lavarse la cara, las manos, los dientes, peinarse y afeitarse</p>
Uso de retrete	<p>0 = dependiente 5 = necesita alguna ayuda, pero puede hacerlo solo 10 = independiente (entrar, salir, limpiarse y vestirse)</p>
Bañarse / ducharse	<p>0 = dependiente 5 = independiente para bañarse y ducharse</p>
Desplazarse	<p>0 = inmóvil 5 = independiente en silla de ruedas en 50 m. 10 = anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal) 15 = independiente al menos 50m con cualquier tipo de muleta, excepto andador</p>
Subir y bajar escaleras	<p>0 = incapaz 5 = necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta 10 = independiente para subir y bajar escaleras</p>

Vestido	0 = dependiente 5 = necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda 10 = independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.
Deposición	0 = incontinente (o necesita que le suministren enema) 5 = accidentes excepcionales (uno /semana) 10 = continente
Micción	0 = incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa 5 = accidente excepcional (máximo uno cada 24 horas) 10 = continente, durante al menos 7 días.
Total	
Total, de 0 - 100 puntos (0 – 90 si usan sillas de ruedas).	

• ANEXO 5: Cuestionario sf – 36

Por favor conteste las siguientes preguntas. Algunas preguntas pueden parecerse a otras, pero cada una es diferente.

Tómese el tiempo necesario para leer cada pregunta, y marque con una x en la casilla que mejor describa su respuesta.

1. En general usted diría que su salud es:

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala

2. ¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

Interpretación De Resultados	
Dependencia Total	0 – 20 puntos
Dependencia Severa	21 – 60 puntos
Dependencia Moderada	61 – 90 puntos
Dependencia Escasa	91 – 99 puntos
Independencia Total	100 puntos

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Mucho mejor ahora que hace un año	Algo mejor que hace un año	Mas o menos igual que hace un año	Algo peor que hace un año	Mucho peor que hace un año

Instrucciones: Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer un día normal.

Su salud actual, ¿le limita para hacer estas actividades?

	Si, me limita mucho	Si, me limita poco	No, no me limita nada
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
3. Esfuerzos intensos, tales como comer, levantar objetos pesados participar en deportes agotadores.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
4. Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a las billas o caminar más de 1 hora.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
5. Coger o llevar la bolsa de compra	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
6. Subir varios pisos por la escalera	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
7. Subir un solo piso por la escalera	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
8. Agacharse o arrodillarse	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
9. Caminar más de un kilómetro	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
10. Caminar varias cuerdas	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
11. Caminar unos 100 metros	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
12. Bañarse o vestirse por sí mismo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

Instrucciones: Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o actividades cotidianas, a causa de su salud física?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
13. ¿Tuvo que reducir el tiempo al trabajo o a sus actividades de la vida cotidiana?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
14. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
15. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
16. ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades diarias (por ejemplo, le costó más de lo normal)?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

Instrucciones: Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (¿cómo estar triste, deprimido o nervioso)?

17. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas por algún problema emocional?

18. ¿Hizo menos de lo hubiera querido hacer por algún problema emocional?

19. ¿Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas con menos cuidado que de costumbre, por algún problema emocional?

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos los vecinos u otras personas?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
1		2 <input type="text"/>	3 <input type="text"/>	4 <input type="text"/>	5 <input type="text"/>
	<input type="text"/>				
1	<input type="text"/>	2 <input type="text"/>	3 <input type="text"/>	4 <input type="text"/>	5 <input type="text"/>
1	<input type="text"/>	2 <input type="text"/>	3 <input type="text"/>	4 <input type="text"/>	5 <input type="text"/>

1 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>	3 <input type="text"/>	4 <input type="text"/>	5 <input type="text"/>
Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las últimas 4 semanas?

1 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>	3 <input type="text"/>	4 <input type="text"/>	5 <input type="text"/>
No, ninguno	Si, muy poco	Si, un poco	Si, moderado	Si, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (¿incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>	3 <input type="text"/>	4 <input type="text"/>	5 <input type="text"/>
Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho

Instrucciones: las preguntas que siguen se refieren a como se ha sentido y como han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a como se ha sentido usted. Durante las 4 últimas semanas ¿con que frecuencia...

		Siempre		Casi siempre		Algunas veces		Solo algunas veces		Nunca	
		Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi siempre	Solo algunas veces	Solo algunas veces	Nunca	Nunca		
23. ¿se sintió lleno de vitalidad?	1 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>	1 <input type="text"/>	3 <input type="text"/>	<input type="text"/>	3 <input type="text"/>	<input type="text"/>	5 <input type="text"/>	5 <input type="text"/>		
24. ¿Estuvo muy nervioso?	1 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>	3 <input type="text"/>	4 <input type="text"/>	5 <input type="text"/>						
25. ¿Se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	1 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>	3 <input type="text"/>	4 <input type="text"/>	5 <input type="text"/>						
26. ¿Se sintió calmado y tranquilo?	1 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>	3 <input type="text"/>	4 <input type="text"/>	5 <input type="text"/>						
27. ¿Tuvo mucha energía?	1 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>	3 <input type="text"/>	4 <input type="text"/>	5 <input type="text"/>						
28. ¿Se sintió desanimado?	1 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>	3 <input type="text"/>	4 <input type="text"/>	5 <input type="text"/>						
29. ¿Se sintió agotado?	1 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>	3 <input type="text"/>	4 <input type="text"/>	5 <input type="text"/>						
30. ¿Se sintió feliz?	1 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>	3 <input type="text"/>	4 <input type="text"/>	5 <input type="text"/>						
31. ¿Se sintió cansado?	1 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>	3 <input type="text"/>	4 <input type="text"/>	5 <input type="text"/>						

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con que frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

Instrucciones: Por favor diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases:

33. Creo que me enfermo más fácilmente que otras personas

34. Estoy tan sano como cualquiera

35. Creo que mi salud va a empeorar

36. Mi salud es excelente

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

Link de formulario de Google Forms respecto a los cuestionarios

<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScEV9u4QvpPh4S2VYL6PdAaduXmxPc62mpyW7p6iicUzayNgg/formResponse>

- **ANEXO 6: Consentimiento informado**

UNIVERSIDAD SAN JUAN BAUTISTA
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SER PARTICIPANTE EN EL ESTUDIO

TITULO:

INFLUENCIA DE LA TERAPIA FISICA Y REHABILITACIÓN EN LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES POST ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN UNA CLINICA DE ICA, 2023 - 2024.

PROPOSITO:

El propósito de poder llevar a cabo este estudio es la de conocer la influencia y los cambios que va a tener la terapia física y rehabilitación en la calidad de vida en esta población de estudio (pacientes post accidente cerebrovascular), también de este modo se podrá generar y ampliar el conocimiento del tema en mención ya existente, adicionalmente nos va a servir para tener un referente en la región de Ica y quizás pueda servir de base para el desarrollo de futuras investigaciones que se quieran realizar en poblaciones similares, en diferentes regiones del país.

PROCEDIMIENTOS:

Si aceptas participar del presente proyecto de investigación, el procedimiento será el siguiente:

El proyecto contará con una población de 100 participantes aproximadamente que cumplan con los criterios de inclusión, el presente estudio se llevará a cabo de manera digital y la recolección de los datos serán única y exclusivamente mediante un llenado de formularios digitales que son cuestionarios que permitirán recolectar información sobre la

capacidad funcional en relación a previo y posterior intervención de terapia física y rehabilitación, además de la calidad de vida en relación a la salud igualmente previo y posterior a la intervención de terapia física y rehabilitación.

En dichos formularios se les realizará la lectura de cada una de las preguntas específicas y brindará las múltiples respuestas para que puedan escoger la que más se acerque a la realidad que vivieron y viven previo y posterior a la intervención de la terapia física y rehabilitación.

Posterior al llenado de la formulación se procederá a la tabulación y análisis estadísticos de los datos obtenidos.

RIESGOS Y BENEFICIOS POTENCIALES

El presente estudio no representa ningún riesgo potencial a la población y al sujeto de estudio debido a que en la presente no se realizará ningún tipo de intervención, solo es recolección de información.

Riesgo a la privacidad y confidencialidad

En los formularios sobre los cuestionarios a realizar por los participantes no se solicitará ningún tipo de información personales tales como: nombre, apellido, dirección de domicilio u otros con el fin de salvaguardar y respetar los principios éticos sobre la privacidad y confidencialidad. Además, los datos recolectados serán con el fin único y exclusivo de poder conocer la influencia de la terapia física sobre la calidad de vida en los pacientes post accidente cerebrovascular de una clínica de Ica.

Formularios de los Cuestionarios

Debido a que se realizará de forma digital nos permite manipular la información de una manera más segura debido a que no se solicitará información personal, posteriormente al llenado de los formularios ya mencionados, se procederá a codificarlos para su análisis estadístico.

Beneficios que se anticipan para la sociedad

Uno de los beneficios que puede brindar es poder llevar a cabo una base de datos que nos permita poder realizar mayores investigaciones sobre las variables en relación con la población del presente estudio. Además de ampliar los conocimientos respecto a la influencia de la variable terapia física y rehabilitación en las dimensiones de la calidad de vida con relación a la salud de la población de estudio.

ALTERNATIVA DE PARTICIPACIÓN

Los pacientes son libres de permitir o no el uso de la información o negarse al llenado de los formularios digitales.

INFORMACIÓN FUTURA SOBRE EL PROYECTO

Una vez terminado el proyecto, los participantes que desean conocer información acerca de los resultados del proyecto podrán ingresar a un link una vez acabado el proyecto que se les facilitara.

Contacto con el encargado del proyecto

Si tiene alguna duda o consulta usted, puede resolver su inquietud llamando al número de que realiza el proyecto 992088070

DERECHOS DE LOS PARTICIPANTES DE LA INVESTIGACION

Al participar en este estudio, no estas renunciando a ninguno de los derechos. Si tienes preguntas sobre tus derechos como participante en la investigación, puedes contactarle con el Comité Institucional de Ética de la UPSJB que se encargar de la protección de las personas en los estudios de investigación. Allí puedes contactar con el Dra. Flor Guicela Zorozabai de la Cruz presidente del Comité Institucional de Ética de la Universidad Privada San Juan Bautista al teléfono

(01) 2142500 anexo 146, o acudir a la siguiente dirección: Vicerrectorado de Investigación, campus UPSJB, Av. Juan Antonio Lavalle S/N (Ex Hacienda Villa), Chorrillos, Lima.

He leído (o alguien me ha leído) la información provista arriba. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido contestadas satisfactoriamente. He recibido una copia de este consentimiento, además de una copia de los Derechos de los Participantes en la investigación.

AL FIMAR ESTE FORMATO, ESTOY DE ACUERDO EN PARTICIPAR EN FORMA VOLUNTARIA EN LA INVESTIGACION QUE AQUÍ SE DESCRIBE.

Firma del participante

Fecha

- **ANEXO 7: Prueba de normalidad**

```
Skewness and kurtosis tests for normality
```

Variable	Obs	Pr(skewness)	Pr(kurtosis)	—— Joint test ——	
				Adj chi2(2)	Prob>chi2
barthel_antes	80	0.0535	0.0000	173.54	0.0000

```
. swilk barthel_antes
```

Shapiro-Wilk W test for normal data

Variable	Obs	W	V	z	Prob>z
barthel_antes	80	0.84619	10.557	5.164	0.00000

```
. sfrancia barthel_antes
```

Shapiro-Francia W' test for normal data

Variable	Obs	W'	V'	z	Prob>z
barthel_antes	80	0.82551	13.230	5.031	0.00001

```
. sktest barthel_despues
```

```
Skewness and kurtosis tests for normality
```

Variable	Obs	Pr(skewness)	Pr(kurtosis)	Joint test	
				Adj chi2(2)	Prob>chi2
barthel_despues	80	0.0025	0.0308	11.44	0.0033

```
. swilk barthel_despues
```

```
Shapiro-Wilk W test for normal data
```

Variable	Obs	W	V	z	Prob>z
barthel_de~s	80	0.86292	9.409	4.912	0.00000

```
. sfrancia barthel_despues
```

```
Shapiro-Francia W' test for normal data
```

Variable	Obs	W'	V'	z	Prob>z
barthel_de~s	80	0.95941	3.078	2.190	0.01427