



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

**PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN GESTIÓN
DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

**Programa de psicomotricidad para la recuperación de lesiones
neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:
Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud**

AUTOR:

Valladolid Lopez, Luis Ernesto (orcid.org/0000-0003-2244-9418)

ASESORES:

Mg. Velez Sancarranco, Miguel Alberto (orcid.org/0000-0001-9564-6936)

Mg. Merino Flores, Irene (orcid.org/0000-0003-3026-5766)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Calidad de las Prestaciones Asistenciales y Gestión del Riesgo en Salud

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

Piura - Perú

2023

DEDICATORIA

Dedico esta tesis de manera especial a mis padres, Lucy y Wilfer, por su apoyo moral, espiritual e incondicional durante esta travesía, gracias por cada palabra de aliento y motivación en cada reto personal y profesional desde el primer día, confiando plenamente en mis capacidades. Los amo con la vida.

AGRADECIMIENTO

A Dios por no desampararme y permitirme culminar esta etapa y meta con mucho esfuerzo, a mis hermanos (Giovany de Jesús, Wilfer José y Wilfer Ernesto) por su apoyo moral, mis sobrinas (Guadalupe y Luciana) por ser el plus de alegría en mis días, Maestros de la cátedra, Lic. Irene Calderón Pacheco por su apoyo moral, Sra. Vicenta Córdova y familia por su apoyo espiritual, a cada persona y paciente que colaboró en la realización de esta grandiosa investigación. Dios les bendiga infinitamente. ¡Muchas Gracias!

Valladolid López, Luis Ernesto

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD DE LOS ASESORES



ESCUELA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

Declaratoria de Autenticidad de los Asesores

Nosotros, MERINO FLORES IRENE, docente de la ESCUELA DE POSGRADO MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - PIURA, asesores de Tesis titulada: "PROGRAMA DE PSICOMOTRICIDAD PARA LA RECUPERACIÓN DE LESIONES NEUROLÓGICAS EN PACIENTES DE UN HOSPITAL DE TUMBES, 2023", cuyo autor es VALLADOLID LOPEZ LUIS ERNESTO, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 17.00%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

Hemos revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

PIURA, 02 de Agosto del 2023

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
MERINO FLORES IRENE DNI: 40918909 ORCID: 0000-0003-3026-5768	Firmado electrónicamente por: IMERINOF el 04-08- 2023 09:13:10
VELEZ SANCARRANCO MIGUEL ALBERTO DNI: 09862773 ORCID: 0000-0001-9564-6936	Firmado electrónicamente por: MVELEZS el 04-08- 2023 09:18:39

Código documento Trilce: TRI - 0637059



DECLARATORIA DE ORIGINALIDAD DEL AUTOR



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

Declaratoria de Originalidad del Autor

Yo, VALLADOLID LOPEZ LUIS ERNESTO estudiante de la ESCUELA DE POSGRADO del programa de MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - PIURA, declaro bajo juramento que todos los datos e información que acompañan la Tesis titulada: "PROGRAMA DE PSICOMOTRICIDAD PARA LA RECUPERACIÓN DE LESIONES NEUROLÓGICAS EN PACIENTES DE UN HOSPITAL DE TUMBES, 2023", es de mi autoría, por lo tanto, declaro que la Tesis:

1. No ha sido plagiada ni total, ni parcialmente.
2. He mencionado todas las fuentes empleadas, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes.
3. No ha sido publicada, ni presentada anteriormente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de la información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

Nombres y Apellidos	Firma
VALLADOLID LOPEZ LUIS ERNESTO DNI: 76242614 ORCID: 0000-0003-2244-9418	Firmado electrónicamente por: LVALLADOLIDL el 04- 08-2023 15:22:10

Código documento Trilce: INV - 1271228

ÍNDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD DE LOS ASESORES	viii
DECLARATORIA DE ORIGINALIDAD DEL AUTOR.....	ix
ÍNDICE DE TABLAS	xii
RESUMEN	xiv
ABSTRACT.....	xv
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO	8
III. METODOLOGÍA.....	17
3.1. Tipo y diseño de investigación	17
3.1.1. Tipo de Investigación.....	17
3.2. Variable y Operacionalización	18
3.3. Población, muestra y muestreo	19
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	20
3.5. Procedimiento	22
3.6. Método de análisis de datos.....	22
3.7. Aspectos Éticos	22
IV. RESULTADOS.....	23
4.1. Resultados Descriptivos.....	23
4.2. Resultados Inferenciales	34
4.2.1. Prueba de Normalidad	34
4.2.2. Contrastación de Hipótesis	35
V. DISCUSIÓN	46
VI. CONCLUSIONES.....	52
VII. RECOMENDACIONES	54

REFERENCIAS	55
ANEXOS.....	62

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 <i>Efecto de un Programa de Psicomotricidad. Puntaje Pre Test - Post Test</i>	23
Tabla 2 <i>Efectos de un Programa de Psicomotricidad en la Dimensión Comer.....</i>	24
Tabla 3 <i>Efecto de un Programa de Psicomotricidad en la Dimensión Aseo</i>	25
Tabla 4 <i>Efectos de un Programa de Psicomotricidad en la Dimensión Control de Heces.....</i>	26
Tabla 5 <i>Efecto de un Programa de Psicomotricidad en la Dimensión Control de Orina.....</i>	27
Tabla 6 <i>Efecto de un Programa de Psicomotricidad en la Dimensión Baño.....</i>	28
Tabla 7 <i>Efecto de un Programa de Psicomotricidad en la Dimensión Vestirse</i>	29
Tabla 8 <i>Efecto de un Programa de Psicomotricidad en la Dimensión Usar Retrete</i>	30
Tabla 9 <i>Efecto de un Programa de Psicomotricidad en la Dimensión Traslado Cama/Silla</i>	31
Tabla 10 <i>Efecto de un Programa de Psicomotricidad en la Dimensión Desplazarse</i>	32
Tabla 11 <i>Efecto de un Programa de Psicomotricidad en la Dimensión Subir/Bajar Escaleras</i>	33
Tabla 12 <i>Prueba de Normalidad</i>	34
Tabla 13 <i>Prueba de Rangos con Signo de Wilcoxon en la Comparación de Resultados Antes y Después de la Implementación del Programa de Psicomotricidad.....</i>	35
Tabla 14 <i>Estadísticos de Prueba de Wilcoxon</i>	35
Tabla 15 <i>Prueba de Rangos con Signo de Wilcoxon en la Dimensión Comer Antes y Después de la Aplicación del Programa de Psicomotricidad</i>	36
Tabla 16 <i>Estadísticos de Prueba de Wilcoxon</i>	36
Tabla 17 <i>Prueba de Rangos con Signo de Wilcoxon en la Dimensión Aseo Antes y Después de la Aplicación del Programa de Psicomotricidad.....</i>	37
Tabla 18 <i>Estadísticos de Prueba de Wilcoxon</i>	37
Tabla 19 <i>Prueba de Rangos con Signo de Wilcoxon en la Dimensión Control de Heces Antes y Después de la Aplicación del Programa de Psicomotricidad</i>	38
Tabla 20 <i>Estadísticos de Prueba de Wilcoxon</i>	38

Tabla 21 <i>Prueba de Rangos con Signo de Wilcoxon en la Dimensión Control de Orina Antes y Después de la Aplicación del Programa de Psicomotricidad.....</i>	39
Tabla 22 <i>Estadísticos de Prueba de Wilcoxon</i>	39
Tabla 23 <i>Prueba de Rangos con Signo de Wilcoxon en la Dimensión Baño Antes y Después de la Aplicación del Programa de Psicomotricidad</i>	40
Tabla 24 <i>Estadísticos de Prueba de Wilcoxon</i>	40
Tabla 25 <i>Prueba de Rangos con Signo de Wilcoxon en la Dimensión Vestirse Antes y Después de la Aplicación del Programa de Psicomotricidad</i>	41
Tabla 26 <i>Estadísticos de Prueba de Wilcoxon</i>	41
Tabla 27 <i>Prueba de Rangos con Signo de Wilcoxon en la Dimensión Usar el Retrete Antes y Después de la Aplicación del Programa de Psicomotricidad</i>	42
Tabla 28 <i>Estadísticos de Prueba de Wilcoxon</i>	42
Tabla 29 <i>Prueba de Rangos con Signo de Wilcoxon en la Dimensión Traslado Cama/Silla Antes y Después de la Aplicación del Programa de Psicomotricidad</i>	43
Tabla 30 <i>Estadísticos de Prueba de Wilcoxon</i>	43
Tabla 31 <i>Prueba de Rangos con Signo de Wilcoxon en la Dimensión Desplazarse Antes y Después de la Aplicación del Programa de Psicomotricidad</i>	44
Tabla 32 <i>Estadísticos de Prueba de Wilcoxon</i>	44
Tabla 33 <i>Prueba de Rangos con Signo de Wilcoxon en la Dimensión Subir/Bajar Escaleras Antes y Después de la Aplicación del Programa de Psicomotricidad... ..</i>	45
Tabla 34 <i>Estadísticos de Prueba de Wilcoxon</i>	45

RESUMEN

Objetivo: Determinar la efectividad de un Programa de psicomotricidad para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023.

Metodología: Tuvo un enfoque cuantitativo, tipo aplicada, diseño pre experimental, transversal. La muestra estuvo conformada por un total de 38 pacientes. El instrumento de pre programa y post programa fue el Índice de Barthel (1955).

Resultados: Se demostró la efectividad del Programa de psicomotricidad que permitió recuperar la capacidad psicomotora de los pacientes con lesiones neurológicas pasando de incapacidad motora a capaces de valerse con ayuda o solos.

Conclusiones: Se concluye que al aplicarse el programa de psicomotricidad influye significativamente en la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023 ya que sus datos encontrados demuestran que el valor resultante es 0,000 menor a 0,05.

Palabras clave: Programa de psicomotricidad, pacientes, lesiones neurológicas.

ABSTRACT

Objective: To determine the effectiveness of a psychomotor program for the recovery of neurological injuries in patients of a hospital in Tumbes, 2023.

Methodology: It had a quantitative approach, applied type, pre-experimental, transversal design. The sample consisted of a total of 38 patients. The pre and post program instrument was the Barthel Index (1955).

Results: The effectiveness of the psychomotor program was demonstrated, which allowed the recovery of the psychomotor capacity of patients with neurological lesions, going from motor disability to being able to help themselves or alone.

Conclusions: It is concluded that when the psychomotor skills program is applied, it significantly influences the recovery of neurological injuries in patients of a Hospital in Tumbes, 2023 since its data found shows that the resulting value is 0.000 less than 0.05.

Keywords: Psychomotor skills program, patients, neurological injuries.

I. INTRODUCCIÓN

Existe evidencia en donde se determina que el Sistema Nervioso (SN) no solo es complejo, sino también dinámico en cuanto a su funcionalidad e importancia en el ser humano, ello dependerá de la correcta oxigenación para su respuesta neuromotora y sensitiva. Es así, como lo detalla Suárez (2014) quien manifiesta que durante el Siglo XIX y XX existieron estudios que diferían cuanto a objetivos morfológicos y metodología, fisiología y psicología relacionada a muchas áreas que estudiaban las funciones cerebrales. Siendo así considerado al cerebro como una “caja negra” debido a que se conocía las reacciones de estímulos internos y externos, pero no su interacción entre sí como parte de sus componentes neurológicos.

Cuando hablamos de daños neurológicos, nos referimos a todas aquellas lesiones que se desarrollan producto de una enfermedad o trastorno cerebral como lo son el accidente cerebrovascular (ACV) mayormente conocido como Ictus, el traumatismo encéfalo craneano (TEC), parálisis cerebrales (PC), esclerosis múltiple (EM) o lateral, enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Parkinson y muchas más. Cabe remarcar que, en la actualidad, el tema de la pronta recuperación y alternativas de tratamientos para pacientes que han padecido de lesiones neurológicas, sea por una lesión central o periférica, es muy importante y relevante de manera personal, emocional y social.

Es por ello que la OMS (2019) menciona que los daños o trastornos neurológicos son lesiones o enfermedades del sistema nervioso central y periférico, generando lesión cerebral que pueda repercutir en reacciones nerviosas a nivel espinal, nervios superficiales y/o profundos, reacciones musculares, etcétera. Así mismo, se estima que para el año 2030 los años de vida ajustados por discapacidad debido a estos tipos de trastornos aumenten a un 12% en comparación con las enfermedades degenerativas como es el Alzheimer y demás. Así mismo, The Lancet (2019) informó que las lesiones del Sistema Nervioso, en adultos, son una de las causas de deterioro físico-funcional en relación a la discapacidad y funcionalidad además de ocasionar la muerte súbita, segunda causa, a nivel mundial, relacionándosele cerca de 9 millones de decesos por año. Es por ello que,

se detalla que existían cuatro causas neurológicas que ocasionaban este tipo de pérdida de años de vida como lo es el accidente cerebrovascular con una casuística de 42.4%, jaquecas con un 16.3%, seguido de las demencias con un 10.4% y finalmente las meningitis con un 7.9% ante ello nos conlleva a estar alertas ante cualquier cambio y presencia de algún síntoma para tomar las medidas necesarias y evitar secuelas mayores o incapacidad física permanentes de por vida según los años.

Así mismo, en Colombia (2021) se reporta que las prevalencias de enfermedades neurológicas por cada 100 000 habitantes nacidos en territorio colombiano han sido diagnosticados con Ataque Cerebrovascular (298 casos), enfermedades degenerativas como el alzheimer (475 casos) y párkinson (115 casos) y demás afecciones neurológicas como esclerosis múltiple, meningitis y síndrome de guillaín-barré con 19, 10 y 9 casos respectivamente. Ello evidencia que, en Latinoamérica, en este caso en Colombia, existe evidencia científica sobre lesiones y/o trastornos en el sistema nervioso, alertando a escala latinoamericano sobre los próximos sucesos a presentarse si no se llega a tomar las medidas correspondientes en el sector salud y en el cuidado de la misma.

Por consiguiente, en Perú (2021) el Instituto Nacional de Rehabilitación “Dra. Adriana Rebaza Flores” amistad Perú-Japón desarrollaron un protocolo para la atención en rehabilitación integral del Accidente Cerebrovascular (ACV) en el cual detalla cuál es el filtro de atención, el personal médico, especialidades y personal asistencial encargado de los procedimientos de ingreso y rehabilitación integral de los pacientes con este tipo de lesión neurológica, ello debido a la estadística registrada en dicha institución, en donde el 60.8% de los pacientes, registrados durante los años 2013-2017 fueron diagnosticados con ACV (Accidente Cerebrovascular) quienes, según su etiología, el 70.4% fue isquémico y el 29.6% hemorrágico; además, 8.8% diagnosticados con TEC (Traumatismo Encéfalo craneano), 7.7% Parkinson, 7.5% con PCI (Parálisis Cerebral Infantil) y otras enfermedades o lesiones neurológicas con el 15.1%. Siendo la única guía relevante del país en la que se trabaja de manera multidisciplinaria la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes que desarrollan cualquier tipo de trastorno neurológico, sirviendo como base investigaciones relacionadas con el tema tratado.

A nivel local, se evidencia el aumento de atenciones de pacientes después de haber padecido de alguna lesión o enfermedad neurológica desencadenada por factores de riesgo asociados a lesiones neurológicas como son las hipertensiones arteriales (HTA), los diferentes tipos de diabetes mellitus (DM), hiperlipidemia (HPL) y cardiopatías. Así mismo, a la fecha no existe un programa que enfoque el ejercicio físico dirigido a pacientes con lesiones neurológicas en donde se les trabaje de manera individualizada o grupal; el no contar con el personal y las capacitaciones requerida para su intervención y el tiempo de espera para ser atendidos o acogerse a algún turno en el establecimiento de salud, son uno de los puntos débiles de la zona y del sector salud que hacen que los pacientes opten por terapias a domicilio o particulares que le contrarresten el tiempo de espera y mantener un buen pronóstico en la recuperación de lesiones neurológicas. Es por ello, que surge el interés por desarrollar este trabajo de investigación que beneficie a pacientes que desarrollan alguna lesión neurológica, como secuela neurológica, generando así nuevas rutas e intervenciones médicas y, específicamente, fisioterapéuticas que favorezcan en la evolución y recuperación del paciente.

Es así que, a raíz de la exhaustiva investigación realizada previamente la cual refleja una problemática poco analizada e investigada nace el interés en obtener nuevos resultados que pueden servir para futuras investigaciones relacionadas, es por ello, que se desarrolló la problemática general: ¿Cuál es la influencia de un Programa de psicomotricidad para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023? Problemáticas específicas fueron: ¿Cuál es el efecto de un Programa de psicomotricidad en la dimensión comer para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023?, ¿Cuál es el efecto de un Programa de psicomotricidad en la dimensión aseo para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023?, ¿Cuál es el efecto de un Programa de psicomotricidad en la dimensión control de heces para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023?, ¿Cuál es el efecto de un Programa de psicomotricidad en la dimensión control de orina para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023?, ¿Cuál es el efecto de un Programa de psicomotricidad en la dimensión baño para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023?, ¿Cuál es el

efecto de un Programa de psicomotricidad en la dimensión vestirse para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023?, ¿Cuál es el efecto de un Programa de psicomotricidad en la dimensión usar retrete para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023?, ¿Cuál es el efecto de un Programa de psicomotricidad en la dimensión traslado cama/silla para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023?, ¿Cuál es el efecto de un Programa de psicomotricidad en la dimensión desplazarse para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023? y ¿Cuál es el efecto de un Programa de psicomotricidad en la dimensión subir/bajar escaleras para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023?

Es por ello que, el trabajo de investigación se justifica desde el aspecto teórico, por cuanto utiliza conocimientos actualizados y por ende brindará nuevos conocimientos para futuras investigaciones con el objetivo de enriquecer el campo de la fisioterapia y la gestión de la salud. También, se considerará una justificación metodológica por cuanto se va a elaborar y ejecutar un programa de psicomotricidad la cual estará conformada por 10 sesiones de ejercicios fisioterapéuticos, ello beneficiará a los pacientes que padezcan de alguna lesión neurológica brindando, además, un aporte al conocimiento; así mismo, se contará con una evaluación pre y post test con el índice de Barthel cuyo fin es medir el mínimo de dependencia para sus actividades cotidianas. Así mismo, una justificación práctica debido a que el programa de psicomotricidad será aplicado en pacientes con lesiones neurológicas con el propósito de brindar una alternativa de intervención fisioterapéutica favoreciendo en la recuperación progresiva del paciente, por lo tanto, de verificar su efectividad y tener éxito este podrá ser replicado y brindar una alternativa de solución con problemáticas que se asemejen. Se tendrá una justificación social, debido a que no existen programas de psicomotricidad aplicados en la recuperación de pacientes con lesiones neurológicas beneficiando, específicamente, a los pacientes que lo padezcan quienes a través de este programa de psicomotricidad se les permitirá mantenerse más activos y funcionales durante su recuperación; así mismo, beneficiará al personal de fisioterapia quienes podrán implementar una alternativa de tratamiento

fisioterapéutico dentro de su plan de trabajo para con pacientes que presenten esta clínica. Con tendencia a que los beneficiarios sean más siendo el programa efectivo.

Por lo tanto, revisando la información relacionada con el tema de estudio se desarrolló el siguiente objetivo general: Determinar la influencia de un Programa de psicomotricidad para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023 y específicos: Determinar el efecto de un Programa de psicomotricidad en la dimensión comer para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023. Determinar el efecto de un Programa de psicomotricidad en la dimensión aseo para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023. Determinar el efecto de un Programa de psicomotricidad en la dimensión control de heces para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023. Determinar el efecto de un Programa de psicomotricidad en la dimensión control de orina para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023. Determinar el efecto de un Programa de psicomotricidad en la dimensión baño para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023. Determinar el efecto de un Programa de psicomotricidad en la dimensión vestirse para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023. Determinar el efecto de un Programa de psicomotricidad en la dimensión usar retrete para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023. Determinar el efecto de un Programa de psicomotricidad en la dimensión traslado cama/silla para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023. Determinar el efecto de un Programa de psicomotricidad en la dimensión desplazarse para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023 y Determinar el efecto de un Programa de psicomotricidad en la dimensión subir/bajar escaleras para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023.

La finalidad de este estudio es beneficiar a los pacientes que padecen de lesiones neurológicas mediante la aplicación y efectividad de un programa de psicomotricidad; por lo tanto, se plantean la siguiente hipótesis general: **H₁** El

programa de psicomotricidad influye significativamente en la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023. **H₀** El programa de psicomotricidad no influye significativamente en la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023. Hipótesis específica: **H₁** El Programa de psicomotricidad tiene un efecto significativo en la dimensión comer para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023 **H₀** El Programa de psicomotricidad no tiene un efecto significativo en la dimensión comer para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023. **H₁** El Programa de psicomotricidad tiene un efecto significativo en la dimensión aseo para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023. **H₀** El Programa de psicomotricidad no tiene un efecto significativo en la dimensión aseo para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023. **H₁** El Programa de psicomotricidad tiene un efecto significativo en la dimensión control de heces para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023. **H₀** El Programa de psicomotricidad no tiene un efecto significativo en la dimensión control de heces para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023. **H₁** El Programa de psicomotricidad tiene un efecto significativo en la dimensión control de orina para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023. **H₀** El Programa de psicomotricidad no tiene un efecto significativo en la dimensión control de orina para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023. **H₁** El Programa de psicomotricidad tiene un efecto significativo en la dimensión baño para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023. **H₀** El Programa de psicomotricidad no tiene un efecto significativo en la dimensión baño para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023. **H₁** El Programa de psicomotricidad tiene un efecto significativo en la dimensión vestirse para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023. **H₀** El Programa de psicomotricidad no tiene un efecto significativo en la dimensión vestirse para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023. **H₁** EL Programa de psicomotricidad tiene un efecto significativo en la dimensión usar

retrete para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023. **H₀** EL Programa de psicomotricidad no tiene un efecto significativo en la dimensión usar retrete para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023. **H₁** El Programa de psicomotricidad tiene un efecto significativo en la dimensión traslado cama/silla para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023. **H₀** El Programa de psicomotricidad no tiene un efecto significativo en la dimensión traslado cama/silla para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023. **H₁** El Programa de psicomotricidad tiene un efecto significativo en la dimensión desplazarse para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023. **H₀** El Programa de psicomotricidad no tiene un efecto significativo en la dimensión desplazarse para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023. **H₁** El Programa de psicomotricidad tiene un efecto significativo en la dimensión subir/bajar escaleras para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023. **H₀** El Programa de psicomotricidad no tiene un efecto significativo en la dimensión subir/bajar escaleras para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023.

II. MARCO TEÓRICO

Durante el desarrollo del estudio, se recopiló estudios nacionales e internacionales de suma importancia, entre los antecedentes internacionales, tenemos que Arteaga-Noriega et al. (2022) tuvo como objetivo determinar los factores sociodemográficos, clínicos y radiológicos asociados al tiempo de progresión de discapacidad en pacientes con esclerosis múltiple (EM). La muestra estuvo conformada por 216 pacientes atendidos entre los años 2013-2021. Su metodología fue el uso de una escala de medición aplicada a cada paciente de estudio. Se concluye que el 25% de los pacientes progresaron en la EDSS siendo su mediana de supervivencia de 78 meses; así mismo, las de género femenino (80,9%) cuyas edades van de 41 a 47 años, fueron diagnosticadas con esclerosis múltiple antes de los 40 años con un fenotipo remitente recurrente del 52,8% del grupo de pacientes con progresión de la discapacidad versus un 17,8% de pacientes que no tuvieron progresión de la discapacidad.

Por otro lado, Medina (2019) cuyo objetivo fue diseñar un programa de ejercicios, que abordara de forma integral las alteraciones del equilibrio en pacientes que se encuentran en fase subaguda de un ictus. Es una investigación de ensayo clínico aleatorio. Conformada por 65 pacientes con la clínica propuesta, de los cuales se clasificaron en dos grupos, habitual (32) y programa (33), siendo un 49,2% y 50,8% respectivamente. La metodología que empleó fue una escala conocida como Mini BESTest, la cual se encarga de evaluar el equilibrio dinámico en pacientes con lesiones neurológicas. Tuvo como resultados que el programa de ejercicios era positivo y favorecedor en la recuperación del equilibrio dentro de los 30 días de aplicado los ejercicios en donde se evidenció que el grupo programa en comparación con el grupo habitual alcanzó un 6,40 (DE 11,09) puntos más en el Mini BESTest, suponiéndose su incremento al 67,45%. Concluyendo que dicho programa logra mejorar la recuperación del equilibrio en BD, con relación al tiempo, en este tipo de pacientes.

Así mismo, Sobrado (2015), en su estudio tuvo como objetivo principal mejorar la coordinación funcional, el equilibrio, la movilidad y en general, el desarrollo de actividades psicomotrices mediante la Musicoterapia. Es una investigación cuasi-experimental, prospectivo, longitudinal. Conformada por 69 ancianos de un centro

social de la Comunidad Gallega. La metodología empleada fue la aplicación de una serie de escalas de valoración validadas, como la Escala de Lowton, Barthel y de más que establecen una comparación entre los ancianos según las dimensiones especificadas en el estudio. Los resultados que obtuvo demostró que existe una evolución positiva en cuyos ancianos que han participado en el Programa. Concluye señalando que solo los ancianos que practicaron musicoterapia obtuvieron mejores y buenos resultados según los aspectos valorados en relación de los ancianos que practicaban el juego de cartas, haciéndolo de manera rutinaria o por conocimiento del mismo.

En cuanto a trabajos anteriores, a nivel nacional, Levano (2021) tuvo como objetivo determinar el efecto de un programa fisioterapéutico en el control de tronco de los pacientes con accidente cerebrovascular de un hospital. Es una investigación cuantitativa, aplicada y experimental. Para ello se validaron fichas para compendio de datos y un Test de control de tronco los cuales fueron aplicados a 80 pacientes con diagnóstico de Accidente Cerebrovascular del Hospital Nacional Dos de Mayo. Tuvo como resultados y concluyó que el programa de ejercicios era positivo y favorecedor, en donde evidenció que el programa cumplía con los requisitos necesario para la investigación y sobre todo con la recuperación progresiva de este tipo de pacientes en el estudio.

Por otro lado, Quispe (2021) tuvo como objetivo determinar la efectividad de un programa de ejercicios de estabilización lumbopélvica en la marcha de pacientes hemipléjicos post accidente cerebro vascular de un hospital del callao. Es una investigación con enfoque cuantitativo, aplicada y pre-experimental. La metodología que empleó fue la aplicación de una encuesta, test y escala de medición siendo aplicadas a 92 pacientes del servicio de neurorrehabilitación adultos del hospital. Concluyó que dicho programa si era efectivo en la casuística de estos pacientes de la investigación realizada.

Así mismo, Manchego (2018) tuvo como objetivo analizar la eficacia de un programa de intervención psicomotriz en prevención de caídas en adultos mayores de 60 a 80 años. Es una investigación cuasi experimental, prospectivo, longitudinal y de diseño de casos y controles. La metodología empleada fue uso de un Test Tinneti Modificado y fichas de recolección de datos, para ello participaron 60

pacientes cuyas edades oscilaban entre los 60 a 80 años, quienes fueron agrupados en dos equipos de 30 voluntarios, en donde a unos se les aplicó el Test y a los otros se les incluyó en el programa de intervención propuesto. Tuvo como resultados y concluyó que dicho programa sí presentaba efecto significativo en la prevención de caídas en estos tipos de pacientes.

En cuanto a las bases teóricas para hablar de recuperación de lesiones neurológicas, nos enfocaremos en el Concepto Bobath (2018) el cual, desde sus bases neurofisiológicas y de neurociencia, está basado en el aprendizaje y control motor, mediante la biomecánica, la plasticidad muscular y neural. Con el conocimiento de ello se logra trabajar las necesidades de los pacientes para poder alcanzar el mayor nivel de independencia funcional después de padecer una lesión o trastorno neurológico.

Uno de los tratamientos realizados en pacientes con lesiones neurológicas, desde los inicios de la neurorrehabilitación es el Tratamiento Bobath (1993) el cual ha logrado mantener sus bases a pesar de los años, desarrollando evoluciones significativas y favorecedoras, específicamente para pacientes adultos con hemiplejía y en niños con diagnóstico de parálisis cerebral. Así mismo, el gran problema en este tipo de pacientes es que se les ve alterado los patrones de movimiento normales junto al tono postural, presentando falta de coordinación entre ambos.

Es así que, la rehabilitación neurológica, como lo detallan en Mayo Clínic (2022) cumple un papel relevante en la vida de pacientes que han padecido un trastorno neurológico de cualquier tipo, la cual ayuda a su pronta recuperación, mediante el cual a través de una rutina de ejercicio físico logra volver a aprender nuevas habilidades que fueron anuladas tras padecer esta lesión en donde se puede ayudar a recuperar el movimiento corporal, fuerza, tono y masa muscular afectada por la lesión, independencia en ciertas actividades cotidianas y en algunos casos la motricidad oral, la cual puede verse afectada después de haber sufrido una lesión neurológica.

Así mismo, la OMS en Fidiás et al. (2009) define a la neurorrehabilitación como el proceso en el que las personas con lesiones o enfermedades de origen neurológico logran alcanzar su recuperación de manera integral y óptima, desarrollándose de manera física, social y mental. Ello le permite integrarse a la sociedad de manera apropiada y progresiva posible.

Por otro lado, para López (2012) desde las bases de la neurociencia quien es la encargada de estudiar la reorganización cerebral después de una lesión es referirse, también, al conocimiento de los inicios del todo. Es por ello que Bertha y Karel Bobath (1986), pioneros en la neurorrehabilitación, desarrollaron una concepción evolutiva de los pacientes con lesión cerebral mediante la rehabilitación, quienes detenidamente analizan y jerarquizan la funcionalidad posterior a la lesión o trauma.

Es por ello que para López (2012) la neurociencia es la encargada de estudiar la reorganización cerebral post lesión neurológica, los cuales pueden ser rehabilitados a corto y largo plazo, generando resultados significativos y positivos. Ello nos brinda la esperanza de poder generar nuevos movimientos con el tiempo después de haber padecido de una lesión neurológica, haciendo que nuestro cerebro se reorganice para generar el movimiento adecuado bajo las funciones o necesidades del paciente. Es por eso que los pacientes que padecieron una lesión cerebral experimenta cambios drásticos en su vida ya sean físicas como neuropsicológicas.

Afortunadamente, López (2012) determina que se pueden generar nuevos circuitos de conexiones neurales mediante el aprendizaje, que es una de las funciones que normalmente el cerebro desarrolla. Ello evidencia que dichos circuitos constantemente se remodelan para poder desarrollar nuevas experiencias y generar nuevos comportamientos ante un estímulo o situación

Ahora bien, para Guadamuz et al. (2022) la neuroplasticidad es el proceso que genera reorganización y cambios cerebrales de manera estructural o funcional después de padecer una lesión cerebral traumática. Así mismo lo detallan Clare, F. et al. (2009) quienes relacionan la neuroplasticidad con la neurorrehabilitación, donde la neuroplasticidad es el proceso de adaptabilidad y desarrollo que tiene el

cerebro ante una nueva función o actividad, siendo muy importante potenciar en casos de lesiones neurológicas ya que nos permitirá recuperar las funciones nerviosas ante una lesión, haciendo que mejore la supervivencia de las personas mediante la adaptabilidad y reestructuración de nuevas conexiones para generar nuevos movimientos y la neurorrehabilitación es el tratamiento que le permite al paciente superar sus limitaciones y transformarlas en fortalezas para su recuperación.

Así mismo, Chard (2012) habla de neuromodulación sobre el efecto causado por el tratamiento farmacológico y de neurorrehabilitación en pacientes con secuelas que producen los traumatismos craneonefálico, enfermedades neurovasculares, neuropatías craneales y periféricas y de más. Así mismo, se conoce que en la actualidad que la neurorrehabilitación es útil muy a pesar de los años de su intervención post lesión, ello gracias a la neuromodulación.

Miranda (2004) referido por Solís de la Paz et al. (2009) señala que la hemiplejía puede llegar ocasionar sufrimiento emocional como la depresión, ansiedad, ira, frustración y problemas sociales, así como también la disminución de la capacidad productiva involucrando a sus círculo familiar y social más cercano a él. Ello le puede llegar a provocar un síndrome invalidante, lo cual puede ir mejorando con la correcta y oportuna intervención multidisciplinaria en las áreas de la salud, favoreciendo a sus recuperación e inserción a la vida social y cotidiana muy a pesar de la edad y déficit neurológicos con los que pueda desarrollar como consecuencia.

Así mismo, otras de las lesiones neurológicas según su tipo tenemos a la Esclerosis Múltiple (EM), para ello la Federación Internacional de Esclerosis Múltiple FIEEM (2020) determinó que a la fecha se han registrado un aproximado de 2,8 millones de humanos que viven con este tipo de enfermedad alrededor del mundo. Es decir, 1 de cada 3 mil personas viven con esta condición física la cual al ser una enfermedad neurodegenerativa y crónica conlleva a una discapacidad física grave.

Entre las enfermedades neurológicas más relevantes según su tipo son las enfermedades neurodegenerativas como el Parkinson o Alzheimer, enfermedades de los vasos sanguíneos que transportan oxígeno al cerebro como los derrames

cerebrales o Accidentes Cerebrovasculares (ACV), ocasionados por trastornos convulsivos como las epilepsias, por problemas del desarrollo del Sistema Nervioso como la Espina Bífida o las Parálisis Cerebrales, Etcétera. Es así que la OMS (2019) certifica que este tipo de trastornos representa el 6% de la carga global de enfermedad y en aumento. Según algunos expertos de la OMS/OPS (2008) aseguran que si el de no actuarse de manera urgente y mundialmente, estos tipos de enfermedades neurológicas puede llegar a ser un gran detonante de la salud a nivel mundial.

De igual modo, Chopade et al. (2023) se refieren a estas enfermedades como trastorno neurodegenerativo en pacientes con lesiones neurológicas, presentando cambios de comportamiento y actividad motriz. La enfermedad de Alzheimer y Parkinson afecta cerca de 6 y 1 millón de personas respectivamente. Ello conlleva a una carga emocional hacia los pacientes que lo padecen, así como a sus cuidadores, además de demandar gastos de bolsillo en su rehabilitación. Para Brain y Behavior (2022) la enfermedad de alzheimer se desarrolla cuando existe atrofia y gliosis del hipocampo y del lóbulo temporal medial en etapas tempranas del curso de la enfermedad. Afectando las funciones cognitivas en la persona, lo que provoca demencia, deterioro mental y confusiones con la realidad. Así mismo, Chopade et al. (2023) define a la EP como el segundo trastorno neurodegenerativo con características clínicas motoras como el temblor, rigidez articular, cambio de las posturas, dolores, etcétera. Ello conlleva a que el paciente que padece de este tipo de enfermedad, con el tiempo, pierda la capacidad motora y se vuelva dependiente en ciertas actividades.

Ahora, para hablar de las intervenciones clínicas, sea fisioterapéuticas como neurológicas tenemos que comprender el inicio de ello refiriéndonos a la neurociencia, para ello Medline Plus (2023) lo define como la ciencia encargada del estudio del sistema nervioso, conformada tanto por el sistema nervioso central como periférico, mientras que al primero lo conforma el cerebro y la médula, el otro lo conforma los nervios que recorre el cuerpo entero y la médula espinal. Las limitadas posibilidades de “regeneración del sistema nervioso central (SNC) son un hecho demostrado a lo largo de la historia; sin embargo, en muchos pacientes se observa cierta recuperación funcional con posterioridad a lesiones corticales”

(Gómez-Fernández, 2000). Lo que genera gran expectativa y confirmación de teorías sobre el tema, llevando alcanzar metas y objetivos de corto a largo plazo enfocados en la recuperación total o parcial del paciente para ciertas actividades rutinarias de su día a día, buscando así el mayor nivel o grado de independencia funcional.

Por otro lado, hablar sobre la Psicomotricidad, Muniáin (1997) citado por Durand (2017) determina que la psicomotricidad es un método terapéutico y educativo mediante el cual se involucra a la persona de una manera psicosomática, quien actúa a través de su cuerpo y el movimiento corporal, favoreciendo su integralidad mediante sus destrezas motoras activas. El ejercicio físico, mediante los programas de psicomotricidad, protege el cerebro tanto de agresiones internas como externas produciendo el efecto de neuroprotección fisiológica; así mismo, se evidencia que el sedentarismo o las personas sin actividad física recurrente se vuelven predisponentes a desarrollar o acelerar este tipo de enfermedades neurodegenerativas.

Para Martínez (2014) define la psicomotricidad terapéutica como el trabajo individualizado y especial aplicado en niños con alteraciones motoras y adultos con lesiones neurológicas, ello debido a la necesidad de la alteración psicomotora que presentan producto de una lesión neurológica como la parálisis cerebral, síndrome de down, distrofia muscular y otras lesiones con compromiso neurológico. Ello nos ayudaría como fisioterapeutas, a diseñar e intervenir mediante un programa de psicomotricidad enfocado en la población a trabajar o en la clínica específica que presente los pacientes.

Dentro de las diferentes intervenciones temprana y planes de trabajo médico, un programa de intervención fisioterapéutica, desde el punto de vista psicomotor, se presenta como una alternativa para la recuperación progresiva y positiva de pacientes que padecen de lesiones neurológicas, siendo estos signos notorios que limitan la funcionalidad del paciente después de padecerla llegando a alterar su eje corporal, adaptabilidad y desenvolvimiento en la sociedad.

Es así que para Sassano (2013) la psicomotricidad es la doctrina que considera al ser humano, tanto teórica como práctica, en su aspecto global psico-corporal, funcional y estructural alcanzando un relación significativa en su bienestar. La psicomotricidad, como su nombre lo indica, relaciona dos elementos importantes como es lo psíquico y lo motriz. Así mismo, Da Fonseca (1996) se refiere a la psicomotricidad como a la expresión y actitud corporal a través de lo motriz; es decir, a la expresión y comprensión del movimiento relacionado a su entorno. Es así que Da Fonseca (2006) reafirma que puede ser entendida que el sujeto se entiende y manifiesta a través de la expresión corporal, quien se adapta a su entorno de manera concreta e inmediata.

Entonces para Berruezo (2000) el hablar de psicomotricidad es referirse al conjunto de técnicas que influye en el actuar de manera intencional y significativa, con el fin de estimular o modificar un movimiento a través de la actividad corporal. Así mismo, Bracamonte y Rodríguez (2012) fundamentan que el objetivo de la psicomotricidad es incrementar la interacción de la persona con el entorno a través de sus capacidades psíquicas y motrices. Es así que para Berruezo (1995) la psicomotricidad es una intervención multivisual sea educativa, terapéutica y de más con el fin de desarrollar habilidades motrices que expresen el sentir de la persona mediante una actividad sin delimitarla por presencia de alguna disfunción, patología o alteración motriz y/o cognitiva.

Es por ello que se considera la psicomotricidad como el resultado de un trabajo íntegro entre el movimiento efectuado como una acción y el área cognitiva, siendo fundamentales para el bienestar físico-funcional, mental y autonomía del ser humano. Además, los beneficios que se evidencia con la psicomotricidad va más allá de lo visual, como es la estimulación de la neurogénesis, activación de neuroprotección fisiológica, mejora los niveles de función cognitiva, aumenta las respuestas sinápticas, potencia el aprendizaje y mucho más.

Como lo refieren Barrios, L. y López, M. (2011) para que el cuerpo humano mantenga ciertas funciones básicas se requerirá de actividad física, ello debido que mediante la activación física o el ejercicio el cerebro está en constante trabajo de activación y sinapsis para ejecutar el movimiento y coordinar la contracción de ciertos grupos musculares que desarrollan la actividad, en este caso con el

ejercicio, favoreciendo además el aumento de flujo sanguíneo, la reorganización del ritmo cardíaco, mejorar el sistema sensorial, coordinar el ritmo cardíaco y respiratorio y de más. Por ende, la actividad física reestructura, organiza y activa muchas zonas cerebrales favoreciendo así la respuesta inmediata ante un estímulo.

Es así que dentro de la Psicomotricidad terapéutica se relacionan áreas específicas, para ello Tapia et al. (2014) definen al esquema corporal como el conocimiento de la persona sobre su propio cuerpo; lateralidad, predominio de un hemisferio cerebral sobre las funciones de un lado que desarrolla el cuerpo; equilibrio fisiológico, la respuesta del cuerpo de mantener y adaptar una postura corporal venciendo la fuerza de la gravedad ya sea de manera estática como dinámica; estructura espacial, habilidad de mantener la ubicación corpórea dentro de una postura cumpliendo alguna función; tiempo-ritmo, relaciona la conciencia del movimiento corporal según el tiempo en que se ejecuta el cual puede ser rápido, pausado o lento y motricidad, se refiere al control muscular a través de una acción o respuesta, esta puede ser gruesa, movimientos amplios, o fina, movimientos con mayor precisión.

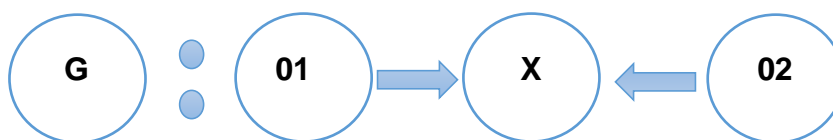
III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

3.1.1. Tipo de Investigación: Fue aplicada, pues manipula la variable recuperación de lesiones neurológicas mediante un programa de psicomotricidad el cual fue diseñado a través de sesiones de ejercicios, beneficiando a los pacientes que padecían de lesiones neurológicas contribuyendo a su recuperación; así mismo, a los fisioterapeutas encargados de dirigir este programa, ya que les permitirá tener una alternativa de intervención fisioterapéutica. Para Hernández y Mendoza (2018) este tipo de investigación se refiere a un estudio empírico o práctico que toma conocimientos básicos para su aplicación.

3.1.2. Diseño de Investigación: Fue del tipo experimental: pre experimental y transversal, pues evaluó el inicio y final. Se determinó el esquema o plan de la investigación, en esta se planteó el modo de cómo se obtuvieron dichos resultados. Hernández y Mendoza (2018) determinan que los estudios pre experimentales son aquellos en los que su grado de control es mínima, es decir con un solo grupo.

El esquema de investigación utilizado es:



Quedando:

G= Grupo de Estudio

01= Medición antes de la Variable Dependiente

X= Intervención de la Variable Independiente

02= Medición después de la Variable Dependiente

3.2. Variable y Operacionalización

Variable Independiente: Programa de Psicomotricidad.

- **Definición Conceptual:** Conjunto de actividades estructuradas y diseñadas para desarrollar aspectos corporales (motrices), emocionales y cognitivos en niños. Es un sistema que se establece a partir del registro tónico, hasta lograr la posesión práxico especializado, propio de todos los hombres (Durand, 2017).
- **Definición Operacional:** Se diseñó un programa de psicomotricidad la cual se midió a través del diseño y evaluación que constó de 10 sesiones de fisioterapia, las cuales tenían un tiempo de desarrollo máximo de 45 minutos.
- **Indicadores:** las dimensiones que se relacionan con la psicomotricidad son esquema corporal, lateralidad, equilibrio, espacio, tiempo-ritmo, motricidad gruesa y fina.
- **Escala de Medición:** No presenta.

Variable Dependiente: Recuperación de Lesiones Neurológicas.

- **Definición Conceptual:** Ayudar a pacientes con lesión neurológica para que puedan recuperar el mejor nivel de sus funciones e independencia, así como a mejorar su calidad de vida física, mental, social y si hubiere lugar, la espiritual (Salamanca et al., 2014).
- **Definición Operacional:** La recuperación de lesiones neurológicas se evaluó haciendo uso de una escala de medición otorgada por el Índice de Barthel, que mayormente valora el nivel de dependencia y la funcionalidad del paciente que ha padecido de alguna lesión neurológica.
- **Indicadores:** Está conformado por 10 dimensiones sobre actividades rutinarias cotidianas, las cuales a su vez estarán subdivididas por indicadores para su correcta puntuación (de 0 a 15 puntos). Se detalla en tabla de Operacionalización de variable.
- **Escala de Medición:** Fue ordinal, calificando 5 ítems. Detallado en operacionalización de la variable.

3.3. Población, muestra y muestreo

3.3.1. Población: Lo conformaron los pacientes con lesiones neurológicas atendidos en Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI)-EsSalud-Tumbes. Para Hernández y Mendoza (2018) definen población como a todo aquel universo o personas que coinciden con características específicas desarrolladas para el estudio de investigación.

- **Criterios de Inclusión:**

- Pacientes que son atendidos en Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI)-EsSalud-Tumbes.
- Pacientes hemodinamicamente estables.
- Pacientes cuyas edades oscilen entre los 50 y 80 años.
- Pacientes con diagnóstico médico de lesión neurológica principalmente con hemiplejía (producto de un ACV isquémico o hemorrágico), enfermedad de Alzheimer o enfermedad de Parkinson.
- Pacientes que estuvieron presentes durante las sesiones programadas.
- Pacientes con disponibilidad para la participación del programada.
- Pacientes con autorización del consentimiento informado.

- **Criterios de Exclusión:**

- Pacientes situados en estado de convalecencia, dependencia total de algún aparato médico o postrados en cama.
- Pacientes que presenten problemas cognitivos.
- Pacientes con sordera-ceguera.
- Pacientes con morbilidad asociada susceptibles a su participación.
- Pacientes que no firmaron el consentimiento informado.
- Pacientes que no pertenecían al Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI)-EsSalud-Tumbes.

3.3.2. Muestra: Estuvo constituida por un grupo de 38 pacientes en total, que cumplían con criterios de exclusión e inclusión, los cuales son pacientes con lesiones neurológicas que son atendidos en el servicio. Para Hernández y Mendoza (2018) representa un pequeño grupo del total de estudio para obtener información relevante de la investigación de manera representativa.

3.3.3. Muestreo: Fue un muestreo por conveniencia o censal. Para ello se eligieron los pacientes con lesiones neurológicas atendidos en el servicio del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI)-EsSalud-Tumbes quienes cumplían con los criterios de exclusión e inclusión y que además eran tratados por el fisioterapeuta encargado del servicio de Fisioterapia-PADOMI. Para Díaz (2006) el muestreo no probabilístico, especialmente por conveniencia, siendo más significativos para este tipo de investigaciones ya que por su accesibilidad y disponibilidad se seleccionan los sujetos.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Es así que Sánchez et al. (2018) lo relacionan con los medios empleados para acopiar datos e información relevante de un contexto, medio o investigación en curso.

Para Sánchez et al. (2018) el instrumento es una herramienta utilizada para la recopilación de información requerida para la investigación en curso. La cual podría ser un manual, test u otros medios que permitan recopilar información. En este caso el instrumento a utilizar será una escala que califica a través de sus componentes la dependencia del evaluado según sus actividades desarrolladas en lo cotidiano, llamado índice de Barthel.

Es así que se empleará dicho instrumento, como Pre prueba y Post prueba.

Ficha técnica de Índice de Barthel

Técnica: Cuestionario

Instrumento: Índice o Escala de Barthel

Autores: Mahoney y Barthel

Año: 1955

Monitoreo: Sin límite de tiempo

Ámbito de aplicación: Evolución de pacientes con procesos neuromusculares y musculoesqueléticas.

Forma de administración: Individual con apoyo del fisioterapeuta y familiar o cuidador.

Al aplicar de Índice de Barthel, el cual para Cid-Ruzafa y Damián-Moreno (1997) es muy aplicado ya que mide la destreza del evaluado frente al cumplimiento de diligencias cotidianas, se cuantifica el nivel de dependencia. Para ello se consignó una puntuación según el grado de dependencia, asignándosele un valor a cada actividad designada. Los ítems y valores están detallados en operacionalización de variable.

Validez

La validez para Hernández y Mendoza (2018) está referida cuando los instrumentos a utilizar en la investigación logran medir con precisión la variable de estudio, la cual llega a ser evaluada previamente por un grupo de juicio de expertos. Para Wylie (1967) la validez de constructo es cuando dos medidas son compatibles según su relación hipotética. Observándose, finalmente, que el primer índice es un gran presagio de mortandad.

El instrumento ha sido utilizado en múltiples estudios de investigación, Wade y Hewer (1987) evaluaron su validez aplicándolo a 572 pacientes con secuela neurológica en paridad con uno que evaluó la motricidad, demostrando resultados significativas entre 0,73 y 0,77.

Confiabilidad

Loewen y Anderson (1988) fueron los primero en comprobar la fiabilidad de la versión original del índice mediante algunos exámenes intra e inter observador. Es así que lo consiguieron entrenando a terapeutas quienes mediante el uso de videos de los evaluados podían practicar y valorar las actividades realizadas. De esos resultados se dedujo una grandiosa confiabilidad interobservador, con valores de 0.47 y 1,00 de índice de Kappa.

Así mismo, para Loewen y Anderson (1988) determinaron que al intraobservador se obtuvo índices de Kappa entre 0,84 y 0,97. Así mismo, Roy et al. (1988) determinaron que la fiabilidad interobservador presentaba resultados elevados y positivos en un estudio al ser utilizados por personal de la salud (evaluadores conformados por un médico y dos fisioterapeutas).

Para Shah et al. (1989) al utilizar el Alpha de Cronbach observaron que para la primera versión alcanza parámetros de 0,86-0,92 y de 0,90-0,92 para la modificada, la cual mide y evalúa la consistencia interna.

3.5. Procedimiento

Se inició con la elaboración del Programa de psicomotricidad (ANEXO 03), el cual se desarrolló mediante 10 sesiones. Para ser aplicado en la Investigación, se procedió a pedir permiso a la Jefa del servicio Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI)-EsSalud-Tumbes (ANEXO 08), luego se procedió a informar a los colaboradores (Fisioterapeutas y Personal Médico) del servicio Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI)-EsSalud-Tumbes sobre la aplicación del Programa de Psicomotricidad a los pacientes seleccionados como grupo experimental. Se procedió a aplicar el Índice de Barthel (ANEXO5 Y 06) previo al desarrollo del Programa de Psicomotricidad y después culminada las sesiones programadas del Programa de Psicomotricidad.

3.6. Método de análisis de datos

Después de ejecutar el Programa de psicomotricidad e índice de Barthel, lo obtenido se ingresó en un archivo de Excel, manteniendo el anonimato de cada paciente mediante números en vez de sus nombres. Así mismo, después de tabular los datos obtenidos, se procederá al uso del programa estadístico SPSS versión 25 para ser analizados.

3.7. Aspectos Éticos

Se ejecutó en coordinación con la Jefa del servicio PADOMI (Programa de Atención Domiciliaria)-EsSalud-Tumbes, Fisioterapeutas y Personal Médico del servicio, pacientes y acompañantes de los mismos que participaron y firmaron el consentimiento informado (ANEXO 04). Previo al desarrollo del Programa de Psicomotricidad e Índice de Barthel se les explicó el propósito, beneficio y turnos de aplicación del Programa de psicomotricidad (ANEXO 05) y del Índice de Barthel (ANEXO 02 Y 03). Así mismo, de acuerdo a la Ley N° 29733 la cual especifica que se respetó, mantendrá en anonimato y privacidad los datos y participación de los sujetos de estudio.

IV. RESULTADOS

4.1. Resultados Descriptivos

Tabla 1

Efecto de un Programa de Psicomotricidad. Puntaje Pre Test - Post Test

		MEDICIÓN DE LA ETAPA DE INVESTIGACIÓN			
		Pre Test		Post test	
Escala de Medición		Recuento	%	Recuento	%
	Dependencia Total (0 a 20 puntos)	9	23,7%	2	5,3%
	Dependencia Severa (21 a 60 puntos)	28	73,7%	28	73,7%
	Dependencia Moderada (61 a 90 puntos)	1	2,6%	8	21,1%
	Dependencia Escasa (91 a 99 puntos)	0	0,0%	0	0,0%
	Independencia (100 puntos)	0	0,0%	0	0,0%
	TOTAL	38	100,0%	38	100,0%

Fuente: Elaboración a partir de los resultados

De acuerdo a la escala de valoración asignada a la evaluación pre y post del estudio de investigación aplicado a 38 pacientes, observamos que antes de la aplicación de programa de psicomotricidad 9 pacientes, que representan el 23,7%, presentaban dependencia total, 28 (73,7%) tenían dependencia severa y solo 1 paciente (2,6%) presentaba dependencia moderada. No obstante, al aplicar el programa de psicomotricidad la proporción de paciente con dependencia total disminuyó de 23,7% a 5,3%, con dependencia moderada se incrementó de 2,6% a 21,1%, mientras que el porcentaje de pacientes con dependencia severa se mantuvieron intacta. Concluyéndose en indicar que el programa influye directamente en la recuperación de lesiones neurológica.

Tabla 2*Efectos de un Programa de Psicomotricidad en la Dimensión Comer*

Dimensión comer	Pre test		Post test	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Incapaz	15	39.5	4	10.5
Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.	22	57.9	25	65.8
Independiente (la comida está al alcance de la mano)	1	2.6	9	23.7
Total	38	100.0	38	100.0

Fuente: Elaboración a partir de los resultados

En la tabla N° 2, al comparar los porcentajes, antes y después del Programa, en la dimensión comer, los porcentajes posteriores a la aplicación del mismo, se aprecia que del 39.5% de incapacidad disminuyó a 10.5%. Como resultado esta disminución se logró el incremento de los pacientes independientes de 2.6% (pre test) a 23.7% (post test).

Tabla 3

Efecto de un Programa de Psicomotricidad en la Dimensión Aseo

Dimensión aseo	Pre test		Post test	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Necesita ayuda con el aseo personal	14	36.8	9	23.7
Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse	24	63.2	29	76.3
Total	38	100.0	38	100.0

Fuente: Elaboración a partir de los resultados

En la tabla N° 3, de los efectos del Programa, en la dimensión aseo, en la necesidad de ayuda con el aseo personal, disminuyó de 36.8% a 23.7%; esto como resultado permitió el incremento de 63.2% a 76.3% para su independencia.

Tabla 4

Efectos de un Programa de Psicomotricidad en la Dimensión Control de Heces

Dimensión control de heces	Pre test		Post test	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Incontinente (o necesita que le suministren enema)	14	36.8	10	26.3
Accidente excepcional (uno/semana)	10	26.3	10	26.3
Continente	14	36.8	18	47.4
Total	38	100.0	38	100.0

Fuente: Elaboración a partir de los resultados

En la tabla N° 4, del efecto del Programa, en la dimensión control de heces, en el caso de los pacientes que eran incontinentes con 36.8% disminuyó a 26.3%, como resultado se incrementó el porcentaje de continente desde 36.8% a 47.4%, es decir hay una mejoría.

Tabla 5

Efecto de un Programa de Psicomotricidad en la Dimensión Control de Orina

Dimensión control de orina	Pre test		Post test	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Incontinente, o sonado incapaz de cambiarse la bolsa.	15	39.5	9	23.7
Accidente excepcional (máximo 1/24 horas)	12	31.6	13	34.2
Continente, durante al menos 7 días	11	28.9	16	42.1
Total	38	100.0	38	100.0

Fuente: Elaboración a partir de los resultados

En la tabla N° 5, del efecto del Programa, en la dimensión control de orina, en el caso de los pacientes que eran incontinentes con 39.5% disminuyó a 23.7%, como resultado se incrementaron el porcentaje de accidente excepcional, de 31.6% a 34.2% y el continente desde 28.9% a 42.1%, es decir hay una mejoría.

Tabla 6*Efecto de un Programa de Psicomotricidad en la Dimensión Baño*

Dimensión baño	Pre test		Post test	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Dependiente	18	47.4	14	36.8
Independiente para ducharse o bañarse	20	52.6	24	63.2
Total	38	100.0	38	100.0

Fuente: Elaboración a partir de los resultados

En la tabla N° 6, del efecto del Programa, en la dimensión baño, el porcentaje de dependientes disminuyó de 47.4% a 36.8%, e incrementándose el porcentaje de independientes de 52.6% a 63.2%.

Tabla 7*Efecto de un Programa de Psicomotricidad en la Dimensión Vestirse*

Dimensión vestirse	Pre test		Post test	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Dependiente	16	42.1	8	21.1
Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad, aproximadamente sin ayuda	21	55.3	25	65.8
Independiente incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc	1	2.6	5	13.2
Total	38	100.0	38	100.0

Fuente: Elaboración a partir de los resultados

En la tabla N ° 7, del efecto del Programa, en la dimensión vestirse, el porcentaje de dependientes disminuyó de 42.1% hasta 21.1%. Asimismo, los porcentajes de pacientes que necesitan ayuda para ello se incrementó de 55.3% hasta 65.8% y el porcentaje de pacientes independientes se incrementó desde 2.6% hasta 13.2%.

Tabla 8

Efecto de un Programa de Psicomotricidad en la Dimensión Usar Retrete

Dimensión usar retrete	Pre test		Post test	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Dependiente	17	44.7	12	31.6
Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo	8	21.1	14	36.8
Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)	13	34.2	12	31.6
Total	38	100.0	38	100.0

Fuente: Elaboración a partir de los resultados

En la tabla N° 8, del efecto de un Programa de psicomotricidad en la dimensión usar retrete, el porcentaje de dependientes disminuyó de 44.7% hasta 31.6%. El porcentaje de pacientes que Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo, se incrementó desde 21.1% hasta 36.8% y el grupo de pacientes Independientes (entrar y salir, limpiarse y vestirse) disminuyó de 34.2% a 31.6%.

Tabla 9*Efecto de un Programa de Psicomotricidad en la Dimensión Traslado Cama/Silla*

Fuente: Elaboración a partir de los resultados

Dimensión Traslado cama/silla	Pre test		Post test	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Incapaz, no se mantiene sentado	11	28.9	5	13.2
Necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas) puede estar sentado	10	26.3	15	39.5
Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)	16	42.1	16	42.1
Independiente	1	2.6	2	5.3
Total	38	100.0	38	100.0

En la tabla N° 9, del efecto de un Programa de psicomotricidad en la dimensión Traslado cama/silla, el porcentaje de Incapaz, no se mantiene sentado disminuyó de 28.9% a 13.2%. El porcentaje de pacientes que necesitan ayuda se incrementó desde 26.3% a 39.5%, igualmente sucedió con el porcentaje de Independientes, se incrementó de 2.6% a 5.3%. En el caso de los pacientes que necesita algo de ayuda se mantuvo en el mismo porcentaje con 42.1%.

Tabla 10*Efecto de un Programa de Psicomotricidad en la Dimensión Desplazarse*

Dimensión desplazarse	Pre test		Post test	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Inmóvil	14	36.8	4	10.5
Independiente en silla de ruedas en 50 m	13	34.2	18	47.4
Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)	11	28.9	16	42.1
Total	38	100.0	38	100.0

Fuente: Elaboración a partir de los resultados

En la tabla N° 10, del efecto de un Programa de psicomotricidad en la dimensión desplazarse, el porcentaje de Inmóvil disminuyó desde 36.8% hasta el 10.5%, el porcentaje de pacientes independiente se incrementó desde 34.2% hasta 47.4%, asimismo el porcentaje de pacientes que andan también se incrementó desde 28.9% hasta el 42.1%.

Tabla 11

Efecto de un Programa de Psicomotricidad en la Dimensión Subir/Bajar Escaleras

Dimensión subir/bajar escaleras	Pre test		Post test	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Incapaz	27	71.1	22	57.9
Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta	11	28.9	16	42.1
Total	38	100.0	38	100.0

Fuente: Elaboración a partir de los resultados

En la tabla N° 11, del efecto de un Programa de psicomotricidad en la dimensión subir/bajar escaleras, el porcentaje de pacientes Incapaz, disminuyó de 71.1% a 57.9%. El porcentaje que necesitan ayuda se incrementó desde 28.9% hasta 42.1%.

4.2. Resultados Inferenciales

4.2.1. Prueba de Normalidad

Tabla 12

Prueba de Normalidad

	SHAPIRO-WILK		
	ESTADÍSTICO	GL	SIG.
LESIONES NEUROLÓGICAS EN PACIENTES DE UN HOSPITAL DE TUMBES ANTES	,961	38	,199
LESIONES NEUROLÓGICAS EN PACIENTES DE UN HOSPITAL DE TUMBES DESPUES	,962	38	,214

Para esta investigación se tomó una muestra de 38 pacientes, a quienes se les realizó una evaluación de su estado psicomotor antes y después de aplicar el programa. La evolución se realizó mediante la observación del investigador quien asignó un puntaje por cada dimensión y se dio una valoración de rango de dependencia con la suma de dichos puntajes.

Para esta prueba se aplicó con Shapiro – Wilk, porque fueron menos de 50 participantes, en la que se obtuvo un valor estadístico de 0,961 y 0,962 en los puntajes de evaluación del antes y después. El P-valor del antes y después fue de 0,199 y 0,214; valores mayores al 0,05 por lo que se concluye indicar que los resultados obtenidos en la evaluación a los pacientes antes y después del programa no siguen una distribución normal (no paramétricos). Para contrastar las hipótesis fue necesario atribuir la prueba de WILCOXON pues cumple la condición de realizar análisis en datos que no suponen una distribución normal.

4.2.2. Contrastación de Hipótesis

Hipótesis General

H₁: El programa de psicomotricidad influye significativamente en la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023.

H₀: El programa de psicomotricidad no influye significativamente en la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023.

Tabla 13

Prueba de Rangos con Signo de Wilcoxon en la Comparación de Resultados Antes y Después de la Implementación del Programa de Psicomotricidad

		N	RANGO PROMEDIO	SUMA DE RANGOS
Lesiones Neurológicas en Pacientes de un Hospital de Tumbes Antes. Lesiones Neurológicas en Pacientes de un Hospital de Tumbes Después.	RANGOS NEGATIVOS	0 ^A	,00	,00
	RANGOS POSITIVOS	23 ^B	12,00	276,00
	EMPATES	15 ^C		
	TOTAL	38		

Tabla 14

Estadísticos de Prueba de Wilcoxon

	Lesiones Neurológicas en Pacientes de un Hospital De Tumbes Antes y Después
Z	-4,207 ^B
SIG. ASINTÓTICA (BILATERAL)	,000

Puesto que existe un P-valor (significancia) igual a 0,000 valor menor a 0,05, aceptándose la hipótesis alternativa. Concluyéndose en afirmar que al aplicar el programa de psicomotricidad permitirá una mejora significativa en la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023.

Hipótesis Específica 1

H₁: El Programa de psicomotricidad tiene un efecto significativo en la dimensión comer para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023.

H₀: El Programa de psicomotricidad no tiene un efecto significativo en la dimensión comer para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023.

Tabla 15

Prueba de Rangos con Signo de Wilcoxon en la Dimensión Comer Antes y Después de la Aplicación del Programa de Psicomotricidad

		N	RANGO PROMEDIO	SUMA DE RANGOS
Dimensión Comer Antes y Después de la Aplicación del Programa de Psicomotricidad	RANGOS NEGATIVOS	0 ^A	,00	,00
	RANGOS POSITIVOS	18 ^B	9,50	171,00
	EMPATES	20 ^C		
	TOTAL	38		

Tabla 16

Estadísticos de Prueba de Wilcoxon

	Comer Antes y Después de Aplicar el Programa de Psicomotricidad
Z	-4,146 ^B
SIG. ASINTÓTICA (BILATERAL)	,000

Puesto que existe un P-valor (significancia) igual a 0,000 valor menor a 0,05, aceptándose la hipótesis alternativa. Concluyéndose que al aplicar el programa de psicomotricidad permitirá al paciente tener menor dependencia en las actividades psicomotoras a la hora de comer, en tanto se afirma que el programa influye significativamente en la dimensión comer para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023.

Hipótesis Específica 2

H₁: El Programa de psicomotricidad tiene un efecto significativo en la dimensión aseo para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023.

H₀: El Programa de psicomotricidad no tiene un efecto significativo en la dimensión aseo para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023.

Tabla 17

Prueba de Rangos con Signo de Wilcoxon en la Dimensión Aseo Antes y Después de la Aplicación del Programa de Psicomotricidad

		N	RANGO PROMEDIO	SUMA DE RANGOS
Dimensión Aseo Antes y Después de la Aplicación del Programa de Psicomotricidad	RANGOS NEGATIVOS	0 ^A	,00	,00
	RANGOS POSITIVOS	5 ^B	3,00	15,00
	EMPATES	33 ^C		
	TOTAL	38		

Tabla 18

Estadísticos de Prueba de Wilcoxon

	Aseo Antes y Después de Aplicar el Programa de Psicomotricidad
Z	-2,236 ^B
SIG. ASINTÓTICA (BILATERAL)	,025

Puesto que existe un P-valor (significancia) igual a 0,025 valor menor a 0,05, aceptándose la hipótesis alternativa. Concluyéndose que al aplicar el programa de psicomotricidad permitirá al paciente tener menor dependencia en las actividades psicomotoras al momento del aseo personal, en tanto se afirma que el programa influye de forma significativa y directa en la dimensión aseo para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023.

Hipótesis Específica 3

H₁: El Programa de psicomotricidad tiene un efecto significativo en la dimensión control de heces para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023.

H₀: El Programa de psicomotricidad no tiene un efecto significativo en la dimensión control de heces para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023.

Tabla 19

Prueba de Rangos con Signo de Wilcoxon en la Dimensión Control de Heces Antes y Después de la Aplicación del Programa de Psicomotricidad

		N	RANGO PROMEDIO	SUMA DE RANGOS
Dimensión Control de Heces Antes y Después de Aplicar el Programa de Psicomotricidad	RANGOS NEGATIVOS	0 ^A	,00	,00
	RANGOS POSITIVOS	8 ^B	4,50	36,00
	EMPATES	30 ^C		
	TOTAL	38		

Tabla 20

Estadísticos de Prueba de Wilcoxon

	Control de Heces Antes y Después de Aplicar el Programa de Psicomotricidad
Z	-2,828 ^B
SIG. ASINTÓTICA (BILATERAL)	,005

Puesto que existe un P-valor (significancia) igual a 0,005 valor menor a 0,05, aceptándose la hipótesis alternativa. Concluyendo que al aplicar el programa de psicomotricidad permitirá al paciente tener un mayor control de continencia en la evacuación de las Heces del paciente, influye significativamente en la dimensión control de heces para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023.

Hipótesis Específica 4

H₁: El Programa de psicomotricidad tiene un efecto significativo en la dimensión control de orina para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023.

H₀: El Programa de psicomotricidad no tiene un efecto significativo en la dimensión control de orina para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023.

Tabla 21

Prueba de Rangos con Signo de Wilcoxon en la Dimensión Control de Orina Antes y Después de la Aplicación del Programa de Psicomotricidad

		N	RANGO PROMEDIO	SUMA DE RANGOS
CONTROL DE ORINA ANTES Y DESPUES DE APLICAR EL PROGRAMA DE PSICOMOTROCIDAD	RANGOS NEGATIVOS	0 ^A	,00	,00
	RANGOS POSITIVOS	11 ^B	6,00	66,00
	EMPATES	27 ^C		
	TOTAL	38		

Tabla 22

Estadísticos de Prueba de Wilcoxon

	CONTROL DE ORINA ANTES Y DESPUES DE APLICAR EL PROGRAMA DE PSICOMOTROCIDAD
Z	-3,317 ^B
SIG. ASINTÓTICA (BILATERAL)	,001

Puesto que existe un P-valor (significancia) igual a 0,005 valor menor a 0,001, aceptándose la hipótesis alternativa. Concluyéndose que al aplicar el programa de psicomotricidad permitirá al paciente tener un mayor control de continencia en la evacuación de la orina, influyendo significativamente en la dimensión control de orina para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023.

Hipótesis Específica 5

H₁: El Programa de psicomotricidad tiene un efecto significativo en la dimensión baño para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023.

H₀: El Programa de psicomotricidad no tiene un efecto significativo en la dimensión baño para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023.

Tabla 23

Prueba de Rangos con Signo de Wilcoxon en la Dimensión Baño Antes y Después de la Aplicación del Programa de Psicomotricidad

		N	RANGO PROMEDIO	SUMA DE RANGOS
BAÑO ANTES Y DESPUES DE APLICAR EL PROGRAMA DE PSICOMOTROCIDAD	RANGOS NEGATIVOS	0 ^A	,00	,00
	RANGOS POSITIVOS	4 ^B	2,50	10,00
	EMPATES	34 ^C		
	TOTAL	38		

Tabla 24

Estadísticos de Prueba de Wilcoxon

	BAÑO ANTES Y DESPUES DE APLICAR EL PROGRAMA DE PSICOMOTROCIDAD
Z	-2,000 ^B
SIG. ASINTÓTICA (BILATERAL)	,046

Puesto que existe un P-valor (significancia) igual a 0,025 valor menor a 0,046, aceptándose la hipótesis alternativa. Concluyéndose que al aplicar el programa de psicomotricidad permitirá al paciente tener menor dependencia en las actividades psicomotoras al momento de bañarse, influyendo significativa y directamente en la dimensión Baño para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023.

Hipótesis Específica 6

H₁: El Programa de psicomotricidad tiene un efecto significativo en la dimensión vestirse para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023.

H₀: El Programa de psicomotricidad no tiene un efecto significativo en la dimensión vestirse para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023.

Tabla 25

Prueba de Rangos con Signo de Wilcoxon en la Dimensión Vestirse Antes y Después de la Aplicación del Programa de Psicomotricidad

		N	RANGO PROMEDIO	SUMA DE RANGOS
VESTIRSE ANTES Y DESPUES DE APLICAR EL PROGRAMA DE PSICOMOTROCIDAD	RANGOS NEGATIVOS	0 ^A	,00	,00
	RANGOS POSITIVOS	10 ^B	5,50	55,00
	EMPATES	28 ^C		
	TOTAL	38		

Tabla 26

Estadísticos de Prueba de Wilcoxon

	VESTIRSE DESPUES DE APLICAR EL PROGRAMA DE PSICOMOTROCIDAD - VESTIRSE ANTES DEL ESTUDIO
Z	-2,972 ^b
SIG. ASINTÓTICA (BILATERAL)	,003

Puesto que existe un P-valor (significancia) igual a 0,003 valor igual a 0,003, aceptándose la hipótesis alternativa. Concluyéndose que al aplicar el programa de psicomotricidad permitirá al paciente tener menor dependencia en las actividades psicomotoras al momento de vestirse, influyendo significativa y directamente en la dimensión Vestirse para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023.

Hipótesis Específica 7

H₁: El Programa de psicomotricidad tiene un efecto significativo en la dimensión usar el retrete para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023.

H₀: El Programa de psicomotricidad no tiene un efecto significativo en la dimensión usar el retrete para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023.

Tabla 27

Prueba de Rangos con Signo de Wilcoxon en la Dimensión Usar el Retrete Antes y Después de la Aplicación del Programa de Psicomotricidad

		N	RANGO PROMEDIO	SUMA DE RANGOS
USAR EL RETRETE ANTES Y DESPUES DE APLICAR EL PROGRAMA DE PSICOMOTROCIDAD	RANGOS NEGATIVOS	0 ^A	,00	,00
	RANGOS POSITIVOS	5 ^B	3,00	15,00
	EMPATES	33 ^C		
	TOTAL	38		

Tabla 28

Estadísticos de Prueba de Wilcoxon

	USAR EL RETRETE ANTES Y DESPUES DE APLICAR EL PROGRAMA DE PSICOMOTROCIDAD
Z	-2,236 ^B
SIG. ASINTÓTICA (BILATERAL)	,025

Puesto que existe un P-valor (significancia) igual a 0,005 valor menor a 0,025, aceptándose la hipótesis alternativa. Concluyéndose que al aplicar el programa de psicomotricidad permitirá al paciente tener menor dependencia en las actividades psicomotoras al momento de usar el retrete, influyendo significativa y directamente en la dimensión uso de retrete para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023.

Hipótesis Específica 8

H₁: El Programa de psicomotricidad tiene un efecto significativo en la dimensión traslado cama/silla para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023.

H₀: El Programa de psicomotricidad no tiene un efecto significativo en la dimensión traslado cama/silla para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023.

Tabla 29

Prueba de Rangos con Signo de Wilcoxon en la Dimensión Traslado Cama/Silla Antes y Después de la Aplicación del Programa de Psicomotricidad

		N	RANGO PROMEDIO	SUMA DE RANGOS
TRASLADO CAMA/SILLA ANTES Y DESPUES DE APLICAR EL PROGRAMA DE PSICOMOTROCIDAD	RANGOS NEGATIVOS	0 ^A	,00	,00
	RANGOS POSITIVOS	8 ^B	4,50	36,00
	EMPATES	30 ^C		
	TOTAL	38		

Tabla 30

Estadísticos de Prueba de Wilcoxon

	TRASLADO CAMA/SILLA ANTES Y DESPUES DE APLICAR EL PROGRAMA DE PSICOMOTROCIDAD
Z	-2,828 ^B
SIG. ASINTÓTICA (BILATERAL)	,005

Puesto que existe un P-valor (significancia) igual a 0,005 valor menor a 0,005, aceptándose la hipótesis alternativa. Concluyéndose que al aplicar el programa de psicomotricidad permitirá al paciente tener una menor dependencia en el traslado cama/silla y viceversa, influyendo significativa y directamente en la dimensión del traslado Cama/Silla para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023.

Hipótesis Específica 9

H₁: El Programa de psicomotricidad tiene un efecto significativo en la dimensión desplazarse para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023.

H₀: El Programa de psicomotricidad no tiene un efecto significativo en la dimensión desplazarse para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023.

Tabla 31

Prueba de Rangos con Signo de Wilcoxon en la Dimensión Desplazarse Antes y Después de la Aplicación del Programa de Psicomotricidad

		N	RANGO PROMEDIO	SUMA DE RANGOS
DESPLAZARSE ANTES Y DESPUES DE APLICAR EL PROGRAMA DE PSICOMOTROCIDAD	RANGOS NEGATIVOS	10 ^A	19,90	199,00
	RANGOS POSITIVOS	26 ^B	17,96	467,00
	EMPATES	2 ^C		
	TOTAL	38		

Tabla 32

Estadísticos de Prueba de Wilcoxon

	DESPLAZARSE ANTES Y DESPUES DE APLICAR EL PROGRAMA DE PSICOMOTROCIDAD
Z	-2,238 ^B
SIG. ASINTÓTICA (BILATERAL)	,025

Puesto que existe un P-valor (significancia) igual a 0,005 valor menor a 0,025, aceptándose la hipótesis alternativa. Concluyéndose que al aplicar el programa de psicomotricidad permitirá al paciente tener menor dependencia en las actividades psicomotoras en su desplazamiento, influyendo significativa y directamente en la dimensión desplazamiento para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023.

Hipótesis Específica 10

H₁: El Programa de psicomotricidad tiene un efecto significativo en la dimensión subir/bajar escaleras para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023.

H₀: El Programa de psicomotricidad no tiene un efecto significativo en la dimensión subir/bajar escaleras para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023.

Tabla 33

Prueba de Rangos con Signo de Wilcoxon en la Dimensión Subir/Bajar Escaleras Antes y Después de la Aplicación del Programa de Psicomotricidad

		N	RANGO PROMEDIO	SUMA DE RANGOS
SUBIR/BAJAR ESCALERAS ANTES Y DESPUES DE APLICAR EL PROGRAMA DE PSICOMOTROCIDAD	RANGOS NEGATIVOS	0 ^A	,00	,00
	RANGOS POSITIVOS	5 ^B	3,00	15,00
	EMPATES	33 ^C		
	TOTAL	38		

Tabla 34

Estadísticos de Prueba de Wilcoxon

	SUBIR/BAJAR ESCALERAS ANTES Y DESPUES DE APLICAR EL PROGRAMA DE PSICOMOTROCIDAD
Z	-2,236 ^B
SIG. ASINTÓTICA (BILATERAL)	,025

Puesto que existe un P-valor (significancia) igual a 0,005 valor menor a 0,025, aceptándose la hipótesis alternativa. Concluyéndose que al aplicar el programa de psicomotricidad permitirá al paciente tener menor dependencia al subir y bajar escaleras, influyendo significativa y directamente en la dimensión Subir/bajar escaleras para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023.

V. DISCUSIÓN

El objetivo general de la investigación fue determinar la influencia de un Programa de psicomotricidad para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023, nos muestra la efectividad de un programa de psicomotricidad en pacientes que padecen de alguna lesión neurológica que pueda verse alterada su funcionalidad motora, donde se logró la disminución del 36,8% de los pacientes dependientes, igualmente sucedió en los diferentes grados de dependencia y esto lo confirma el coeficiente de Wilcoxon cuyo p-valor (significancia) fue de 0,000 que resultó menor que 0,05 lo que indica una dependencia o influencia significativa del programa de psicomotricidad sobre las mejoras en la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes. Por consiguiente, se termina aceptando la hipótesis alternativa y se rechaza la hipótesis nula.

Al desarrollar el objetivo general, se demostró que disminuyó la dependencia de los pacientes con ACV del estudio, donde se logró una reducción de 7 pacientes que representan el 18,5% de la muestra con condición de dependencia total y 7 pacientes mejoraron su condición de dependencia, lo que nos indica que este Programa ha tenido un efecto positivo sobre la recuperación de estos pacientes.

Cabe recalcar que la comparación de las dimensiones del antes y después de la implementación del programa también muestran significancia en los resultados dado que se encontró mejoras en los pacientes en cada una de estos resultados que también fueron validados con el coeficiente de Wilcoxon cuyo p-valor de los resultados en todas dimensiones fue menor a 0,05 lo que indica una dependencia o influencia significativa del programa sobre cada una de las características que faciliten la recuperación de lesiones neurológicas en los pacientes. Muchos estudios confirman que el hecho de ejercitarse mejora la capacidad motora, pero también la buena ejecución y la constancia coadyuvan a lograr ser independientes o moderadamente independientes (Quispe, 2021).

Como características de la población, el 65.8% tenía secuelas de enfermedades cardiovasculares (ECV) para Suárez (2014) los pacientes con ECV lo desarrollan por problemas cardíacos como la cardiopatía isquémica y los accidentes

cerebrovasculares, siendo a su vez principales causas de mortalidad y de limitación y/o discapacidad en el continente americano. Por otro lado, se vio que es el sexo femenino ligeramente es el más afectado que el sexo masculino. Al promediarse las edades fueron de 64.31 ± 14.23 . Estos resultados coinciden con lo que afirman diversos autores como Quispe (2021) y Manchego (2018) quienes concluyen que las mujeres están más predispuestas a desarrollar algún Accidente Cerebrovascular (ACV) por factores asociados como enfermedades degenerativas, sociodemográficas o hereditarias.

Actualmente, en fisioterapia neurológica se evidencian prácticas, educación y entrenamientos que relacionen y permitan el trato de aspectos que alteran el equilibrio en este tipo de pacientes (sensibilidad, reacciones de enderezamiento, etc.) así mismo, existe poca evidencia en el mundo de la neurorrehabilitación que permita tener opciones de tratamiento fisioterapéutico en pacientes con clínicas como estas. Es por ello que se presenta una opción de tratamiento fisioterapéutico que favorezca la rápida independencia de pacientes que presenten características de dependencia funcional y motora, demostrándose su efectividad para su recuperación sea de la estabilidad estática como dinámica, marcha y actividades de la vida diaria. Al realizar este estudio, sobre el efecto del Programa de psicomotricidad en sus diferentes dimensiones, en todas ellas hubo una disminución de los pacientes que presentaban limitaciones en sus diferentes actividades cotidianas, porque mediante los ejercicios aplicados en el tratamiento lograron que aumenten los pacientes con dependencia total a severa o se volvieran dependientes moderados.

Es así que, en relación con la bibliografía presentada y nuestros resultados, en los cuales participaron pacientes con ACV, uno de sus factores predisponentes fue el envejecimiento, la cual se relaciona con múltiples cambios físicos, cognitivos y motores que con el pasar del tiempo se acentúa en las personas. Sin embargo, ello no ocasiona una afección igualitaria en todas las personas, ya que en algunas se les complica con enfermedades, factores ambientales, sociales o hereditarios, así como también al tipo de estilo de vida al que hayan llevado durante su vida. Es por ello que, los ejercicios del programa sirven para la recuperación de lesiones neurológicas (rehabilitación) The Lancet (2019).

En relación al primer objetivo específico, del Programa de psicomotricidad en la dimensión comer, según los resultados obtenidos se ha logrado la recuperación de 39.5% con incapacidad a 10.5% que mantienen su incapacidad pese al Programa aplicado. Como lo afirma Sánchez (2018) en su estudio y resultados similares, quien manifiesta que mediante la psicomotricidad se permite favorecer el desarrollo de manera global mediante la interacción de su cuerpo con el medio en el que se encuentre mediante actividades libres, con movimientos físicos, simbólicos y oportunos favoreciendo su independencia y funcionalidad física como mental. Es por ello que, según los resultados obtenidos $p=0,000<0,05$ permitió aceptar la hipótesis alternativa por la prueba de Wilcoxon y rechazar la hipótesis nula.

El segundo objetivo específico, del Programa de psicomotricidad en la dimensión aseo, según los resultados obtenidos, este programa también tuvo un efecto positivo, pero no fue tan influyente como el caso anterior de comer, la disminución de la necesidad de tener ayuda bajo de 36.8% a 23.7%. Esto nos demuestra que al no tener o percibir la conciencia corporal, podemos fallar en la realización del movimiento sea para asearnos, comer o el simple hecho de mover una parte corporal, resultados semejantes encontrados por Bracamonte y Rodríguez (2012) quienes abordan la psicomotricidad y el desenvolvimiento corporal en las actividades cotidianas en la vida del adulto mayor. Es por ello que, según los resultados obtenidos $p=0,025<0,05$ permitió aceptar la hipótesis alternativa por la prueba de Wilcoxon y rechazar la hipótesis nula.

El tercer objetivo específico, del Programa de psicomotricidad en la dimensión control de heces, según los resultados obtenidos, el Programa tuvo un efecto positivo, por lo cual el porcentaje de Incontinentes disminuyó un 10% y se mejoró los otros dos grupos (menos dependientes) favoreciendo a que con el tiempo y la práctica diaria e incentivo el paciente pueda llegar a ser continente al 100%. Como lo manifiesta Tapia (2014) que al no cubrir las necesidades de controlar las heces comienza a manifestarse problemas de estreñimiento, incontinencia sea fecal u urinaria y de más problemas relacionados generándole una dependencia progresiva a la persona que padece de problemas de continencia. Es por ello que, según los resultados obtenidos $p=0,005<0,05$ permitió aceptar la hipótesis alternativa por la prueba de Wilcoxon y rechazar la hipótesis nula.

El cuarto objetivo específico, del Programa de psicomotricidad en la dimensión control de orina, según los resultados obtenidos, ocurrió la mejora positiva en el Programa, de manera similar al control de heces, el porcentaje de Incontinente disminuyó de 39.5% a 23.7%. Así mismo, Manchego (2018) confirma que al hacer retención de orina puede producir infecciones en el tracto urinario como consecuencia de una intervención quirúrgica, accidentes medulares y de más. Confirmando, además, que se puede manejar y mejorar dicha incontinencia con una rutina de ejercicios planteado como un programa reeducativo y control. Así mismo, se asemejan a los resultados encontrados por Mejía (2016) quien concluye que cerca del 13% de los adultos mayores evaluados es poco dependiente para el control de orina confirmando la efectividad de un programa de psicomotor. Es por ello que, según los resultados obtenidos $p=0,005<0,001$ permitió aceptar la hipótesis alternativa por la prueba de Wilcoxon y rechazar la hipótesis nula.

El quinto objetivo específico, del Programa de psicomotricidad en la dimensión baño, según los resultados obtenidos, el porcentaje de dependientes disminuyó de 47.4% a 36.8%, de manera positiva, probablemente debido a que el baño es un poco complicado ante un problema neurológico lo que podría provocar problemas a futuros con grandes consecuencias como caídas que podrían producir fracturas o limitaciones físico-funcionales. Estos resultados coinciden con Manchego (2018) quien afirma que al existir un riesgo de caída durante el baño puede producirle un deterioro progresivo en la calidad de vida del adulto, representando un problema grave en la funcionalidad y motricidad de la persona conllevando a una incapacidad o discapacidad físico-funcional temporal o definitiva, haciéndolos candidatos positivos a la dependencia hacia esta necesidad. Es por ello que, según los resultados obtenidos $p=0,025<0,046$ permitió aceptar la hipótesis alternativa por la prueba de Wilcoxon y rechazar la hipótesis nula.

El sexto objetivo específico, del Programa de psicomotricidad en la dimensión vestirse, según los resultados obtenidos, el porcentaje de dependientes disminuyó de 42.1% a 21.1%, de manera positiva en un gran porcentaje de los pacientes. Estos resultados se aproximan a los encontrados por Manchego (2018) quien utilizó un programa de psicomotricidad para la prevención de caídas en el adulto mayor, concluyendo que dicho programa ayudará a evitar futuras complicaciones tanto

personales como sociales, volviendo al paciente dependiente a uno independiente de manera progresiva y positiva. Es por ello que, según los resultados obtenidos $p=0,003 \leq 0,003$ permitió aceptar la hipótesis alternativa por la prueba de Wilcoxon y rechazar la hipótesis nula.

El séptimo objetivo específico, del Programa de psicomotricidad en la dimensión usar retrete, según los resultados obtenidos, el porcentaje de dependientes disminuyó de 44.7% a 31.6%, siendo positivo. Dichos resultados se asemejan a lo encontrados por Sobrado (2015) quien aplicó y valoró un programa de intervención en gerontología afirmando que al verse afectada las funciones psicomotoras puede repercutir en limitar o incapacitar al adulto para ciertas actividades cotidianas como el usar el retrete o desplazarse influyendo de manera significativa en la calidad del movimiento, ello generaría una dependencia evolutiva que puede alterar el eje corporal del paciente como también su funcionalidad. Es por ello que, según los resultados obtenidos $p=0,005 < 0,025$ permitió aceptar la hipótesis alternativa por la prueba de Wilcoxon y rechazar la hipótesis nula.

El octavo objetivo específico, del Programa de psicomotricidad en la dimensión Traslado cama/silla, según los resultados obtenidos, el porcentaje de dependientes disminuyó de 44.7% a 31.6%, siendo positivo, Mediante el programa se logró disminuir el porcentaje de Incapaces de 28.9% a 13.2%. Estos resultados se aproximan a los encontrados por Manchego (2018) quien concluye que con el programa si puede ayudar y evitar limitaciones funcionales, haciendo que el paciente sea consciente de su esquema corporal, atención al entorno en el que se encuentra y colaborar para su independencia futura para el traslado cama/silla. Así mismo se asocia a los resultados encontrados por Mejía (2016) quien determina que cerca del 27% de pacientes adultos mayores evaluados después de aplicado el programa psicomotor lograron ser poco dependientes para poder trasladarse cama/silla, es decir requerir poca ayuda física para su ejecución. Es por ello que, según los resultados obtenidos $p=0,005 \leq 0,005$ permitió aceptar la hipótesis alternativa por la prueba de Wilcoxon y rechazar la hipótesis nula.

El noveno objetivo específico, del Programa de psicomotricidad en la dimensión desplazarse, según los resultados obtenidos, el porcentaje de dependientes disminuyó de 36.8% a 10.5%, positivo, en los pacientes del estudio necesitaban de

ayuda para desplazarse, en pequeñas distancias ya sea para ir de un lugar a otro por necesidad o por una urgencia. Resultados que se asemejan a los encontrados por Mejía (2016) quien valora el nivel de dependencia física de adultos mayores, concluyendo que cerca del 27% de adultos mayores son un poco dependientes para desplazarse, es decir requieren de poca ayuda para poder realizarlo. Así mismo, coincide con Manchego (2018) quien concluye que con el programa si se puede ayudar y evitar limitaciones funcionales, haciendo que el paciente sea consciente al momento de desplazarse al utilizar una silla de ruedas o hacerlo de manera independiente. Es por ello que, según los resultados obtenidos $p=0,005 \leq 0,025$ permitió aceptar la hipótesis alternativa por la prueba de Wilcoxon y rechazar la hipótesis nula.

El décimo objetivo específico, del Programa de psicomotricidad en la dimensión subir/bajar escaleras, según los resultados obtenidos, el porcentaje de Incapaz disminuyó de 71.1% a 57.9%, siendo positivo. Así mismo, dichos resultados se asemejan a los encontrados por Mejía (2016) quien valora el nivel de dependencia física de adultos mayores, para lo cual concluye en afirmar que en su estudio cerca del 27% de adultos mayores son un poco dependientes para poder subir/bajar escaleras, es decir requieren de poca ayuda sea física o instrumental como bastón o muletas para poder realizar la actividad, favoreciendo así su traslado de un nivel a otro permitiéndole incorporarse de manera social progresivamente. Es por ello que, según los resultados obtenidos $p=0,005 \leq 0,025$ permitió aceptar la hipótesis alternativa por la prueba de Wilcoxon y rechazar la hipótesis nula.

VI. CONCLUSIONES

1. Se concluyó que al aplicar el programa de psicomotricidad influyó significativamente (P-valor= 0,000 valor menor a 0,05) en la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023. Se acepta la hipótesis alternativa.
2. Se concluyó que al aplicar el programa de psicomotricidad influyó significativamente (P-valor= 0,000 valor menor a 0,05) en la dimensión comer para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023. Se acepta la hipótesis alternativa.
3. Se concluyó que al aplicar el programa de psicomotricidad influyó significativamente (P-valor= 0,025 valor menor a 0,05) en la dimensión aseo para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023. Se acepta la hipótesis alternativa.
4. Se concluyó que al aplicar el programa de psicomotricidad influyó significativamente (P-valor= 0,005 valor menor a 0,05) en la dimensión control de heces para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023. Se acepta la hipótesis alternativa.
5. Se concluyó que al aplicar el programa de psicomotricidad influyó significativamente (P-valor= 0,005 valor menor a 0,001) en la dimensión control de orina para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023. Se acepta la hipótesis alternativa.
6. Se concluyó que al aplicar el programa de psicomotricidad influyó significativamente (P-valor= 0,025 valor menor a 0,046) en la dimensión Baño para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023. Se acepta la hipótesis alternativa.
7. Se concluyó que al aplicar el programa de psicomotricidad influyó significativamente (P-valor= 0,003 valor menor a 0,003) en la dimensión vestirse para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023. Se acepta la hipótesis alternativa.
8. Se concluyó que al aplicar el programa de psicomotricidad influyó significativamente (P-valor= 0,005 valor menor a 0,025) en la dimensión uso de retrete para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023. Se acepta la hipótesis alternativa.

9. Se concluyó que al aplicar el programa de psicomotricidad influyó significativamente (P -valor= 0,005 valor menor a 0,005) en la dimensión traslado cama/silla para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023. Se acepta la hipótesis alternativa.
10. Se concluyó que al aplicar el programa de psicomotricidad influyó significativamente (P -valor= 0,005 valor menor a 0,025) en la dimensión desplazamiento para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023. Se acepta la hipótesis alternativa.
11. Se concluyó que al aplicar el programa de psicomotricidad influyó significativamente (P -valor= 0,005 valor menor a 0,025) en la dimensión subir/bajar escaleras para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023. Se acepta la hipótesis alternativa.

VII. RECOMENDACIONES

1. Desarrollar nuevas rutinas de ejercicios que permitan seguir mejorando las condiciones de dependencia de los pacientes hasta lograr alcanzar el máximo nivel de independencia para sus actividades cotidianas, favoreciendo su funcionalidad.
2. Generar actividades enriquecedoras en la que se involucre al familiar y/o cuidador del paciente que potencie la actividad de comer, permitiéndole poder ser independiente para hacer uso de utensilios para sus alimentos.
3. Fomentar practicas diarias al paciente sobre el aseo personal, en la que se le pueda facilitar el limpiarse con agua el rostro, manos, dientes, el peinarse, arreglarse y de más actividades personales.
4. Proponer técnicas manuales como los masajes abdominales que genere un movimiento normal visceral ayudando a la evacuación de heces evitando el uso de enemas y/o estreñimiento e irritabilidad, favoreciendo su continencia.
5. Proponer ejercicios físicos de músculos pélvicos, como los ejercicios de kegel, que favorezca fortalecer los músculos de la zona, la educación y contención de sus necesidades básicas como el de orina, favoreciendo su continencia.
6. Se recomienda el uso de sujetadores fijos en el baño que facilite su uso al ducharse o bañarse, evitando posibles caídas que puedan terminar en fracturas agravando la situación del paciente.
7. Desarrollar medios o instrumentos que faciliten el vestirse al paciente para colocarse los calcetines, calzado, abotonarse la camisa o subir y bajar cremalleras de pantalón o chaquetas.
8. Proponer al paciente, familiares y/o cuidadores técnicas o medios de uso correcto del retrete para sus necesidades básicas, facilitando su uso evitando accidentes contraproducentes.
9. Entrenar a familiares y/o cuidadores para el manejo y traslado de los pacientes desde la cama hacia alguna silla, favoreciendo su independencia hacia futuro.
10. Proponer ejercicios físicos de fortalecimiento muscular de miembros superiores e inferiores que favorezcan el uso de silla de ruedas, muletas o alguna ayuda biomecánica que le permita desplazarse de un lugar a otro.
11. Desarrollar rutinas de ejercicios de potenciación muscular global que favorezca el subir y bajar escaleras facilitando su independencia para esta actividad.

REFERENCIAS

- Arteaga-Noriega, A., Castro-Álvarez, J., Benjumea-Bedoya, D., Gutiérrez-Vargas, J., Segura-Cardona, A., González-Gómez, D., & Zapata-Berruecos, J. (2022). Factores asociados con el tiempo de progresión de la discapacidad en pacientes con esclerosis múltiple. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 39(4). <https://doi.org/https://doi.org/10.17843/rpmesp.2022.394.11433>
- Barrios, L., & López, M. (2011). Aporte del ejercicio físico a la actividad cerebral. *Educación física y deportes*, 16(160). <https://doi.org/http://www.efdeportes.com/efd160/aportes-del-ejercicio-fisico-a-la-actividad-cerebral.htm>
- Berruezo, P. (1995). "El cuerpo, el desarrollo y la psicomotricidad" *Psicomotricidad. Revista de estudios y experiencias*(49), 15-26.
- Berruezo, P. (2000). *El contenido de la psicomotricidad*. Miño y Dávila. <https://doi.org/https://www.um.es/cursos/promoedu/psicomotricidad/2005/material/contenidos-psicomotricidad-texto.pdf>
- Bobath, B. (1993). *Hemiplejia del adulto: Evaluación y tratamiento*. Médica Panamericana.
- Bobath, B., & Bobath, K. (1986). *Concepto Bobath*.
- Bracamonte, F., & Rodríguez, M. (2012). *Psicomotricidad una propuesta para la revalorización y desenvolvimiento corporal del adulto mayor, en su vida cotidiana*. Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Brain and Behavior. (2022). A review of stem cell therapy: An emerging treatment for dementia in Alzheimer's and Parkinson's disease. *Wiley Online Library*, 12(9). <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/brb3.2740>
- Chard, S. (2012). Community neurorehabilitation: a synthesis of current evidence and future research directions. *NeuroRx*, 3, 525-534. <https://doi.org/https://link.springer.com/article/10.1016/j.nurx.2006.07.002>
- Chopade, P., Chopade, N., Zhao, Z., Mitragotri, S., & Liao, R. (2023). Alzheimer's and Parkinson's disease therapies in the clinic. *The Global Home oh*

Chemical Engineers, 8(1). <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/btm2.10367>

Cid-Ruzafa, J., & Damián-Moreno, J. (1997). Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Revista Española de Salud Pública*, 71(2), 127-137. https://doi.org/http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000200004&lng=es&tlng=es.

Clare, k., Foxe, J., & Garavan, H. (2009). Patterns of Normal Human Brain Plasticity After Practice and Their Implications for neurorehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil*. <https://doi.org/https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17140876/>

Da Fonseca, V. (1996). En *Estudio y génesis de la Psicomotricidad*. Barcelona: Inde.

Da Fonseca, V. (2004). *Psicomotricidad, Paradigmas del estudio del cuerpo y de la motricidad humana*. México: Editorial Trillas.

Da Fonseca, V. (2006). *Psimotricidad. Paradigmas del estudio del cuerpo y de la motricidad humana*. Sevilla: Trillas.

Díaz, N. (2006). Metodología de la investigación científica y bioestadística. Para médicos, odontólogos y estudiantes de ciencias de la salud. RIL editores.

Durand, G. (2017). *Programa de psicomotricidad en el desarrollo integral en niños de tres años - Comas, 2016*. UCV. https://doi.org/https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/5251/Durand_BGE.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Durand, G. (2017). *Programa de psicomotricidad en el desarrollo integral en niños de tres años - Comas, 2016*. <https://doi.org/https://docplayer.es/85907027-Programa-de-psicomotricidad-en-el-desarrollo-integral-en-ninos-de-tres-anos-comas-2016.html?cv=1>

Federación Internacional de Esclerosis Múltiple. (2020). *Atlas de EM, 3ra edición*, 1-37. <https://doi.org/https://www.msif.org/wp-content/uploads/2020/10/Atlas-Epidemiology-report-Sept-2020-Final-ES.pdf>

- Fidias, E., León-Sarmiento, E., & Bayona-Prieto, J. (2009). Neurorehabilitation. An other revolution of XXIst century. *Acta Médica Colombiana*, 34(2). <https://doi.org/http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v34n2/v34n2a7.pdf>
- Gómez-Fernández, L. (2000). Plasticidad cortical y restauración de funciones neurológicas: una actualización sobre el tema. *REV NEUROL*, 31(8), 749-756. https://doi.org/https://www.researchgate.net/profile/Lazaro-Gomez-2/publication/331125287_Plasticidad_cortical_y_restauracion_de_funciones_neurológicas_una_actualización_sobre_el_tema/links/5f109cf792851c1ef115de32/Plasticidad-cortical-y-restauracion-de-funciones-neurolo
- Guadamuz, J., Miranda, M., & Mora, N. (2022). Brain neuroplasticity update. *Revista Médica Sinergia*, 7(6). <https://doi.org/https://doi.org/10.31434/rms.v7i6.829>
- Hernández, R., & Mendoza, C. (2018). Metodología de la investigación. En *Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixtas*. México: Mc Graw Hill.
- Instituto Nacional de Rehabilitación. (Mayo de 2021). Protocolo de atención en Rehabilitación Integral del Accidente Cerebrovascular (ACV) en el Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" Amistad Perú-Japón. *MINSA(094)*. <https://doi.org/https://www.inr.gob.pe/transparencia/transparencia%20inr/resoluciones/2021/RD%20094-2021-SA-DG-INR.pdf>
- Instituto Nacional de Salud. (2013). *Observatorio Nacional de Salud, Primer Informe ONS, aspectos relacionados con la frecuencia de uso de los servicios de salud, mortalidad y discapacidad en Colombia, 2011*. Imprenta Nacional de Colombia. <https://doi.org/https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INS/informefinal.pdf>
- Kenzen Formación. (2018). Reconocimiento y tratamiento de personas ADULTAS con trastornos neurológicos. El concepto Bobath. <https://doi.org/https://www.fisioterapeutes.cat/fitxers/colegiats/formacio/altres/2018/4/curso-bobath-basico.pdf>

- Levano Tarazona, Á. (2021). *Efecto de un programa fisioterapéutico en el control de tronco en pacientes con accidente cerebrovascular del hospital nacional Dos de Mayo, 2021*. Lima. <https://doi.org/https://hdl.handle.net/20.500.13053/8238>
- Levano Tarazona, Á. (2021). *Efecto de un programa fisioterapéutico en el control de tronco en pacientes con accidente cerebrovascular del hospital nacional Dos de Mayo, 2021*. <https://doi.org/https://hdl.handle.net/20.500.13053/8238>
- Loewen, S., & Anderson, B. (1988). Reliability of the Modified Motor Assessment scale and the Barthel Index. *Phys Ther*, 1077-1081.
- López, L. (2012). Neuroplasticity and its implications for rehabilitation. 14(2). https://doi.org/http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072012000200009
- Manchego Medina, R. (2018). *Eficacia de una programa de intervención psicomotriz en prevención de caídas en adultos mayores de 60 a 80 años en consultorio externo de Medicina Física y Rehabilitación del hospital regional Honorio Delgado Espinoza MINSA – Arequipa, 2018*. Universidad Católica de Santa María. <https://doi.org/https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/8316>
- Manchego Medina, R. (2018). *Eficacia de una programa de intervención psicomotriz en prevención de caídas en adultos mayores de 60 a 80 años en consultorio externo de Medicina Física y Rehabilitación del hospital regional Honorio Delgado Espinoza MINSA – Arequipa, 2018*. Universidad Católica de Santa María. <https://doi.org/https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/8316>
- Martín de la Huerga, N., Muriel, V., Aparicio-López, C., Sánchez-Carrión, R., & Roig Rovira, T. (2014). A review of rating scales for measuring behavior change due to brain injury and treatment for these changes. *Acción Psicológica*, 11(1), 79-93. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.5944/ap.1.1.13878>
- Martínez, E. (2014). Tipos de Psicomotricidad infantil. Almeida.

- Mayo Clinic. (2022). *Rehabilitación de accidente cerebrovascular: Qué esperar mientras te recuperas*. Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/stroke/in-depth/stroke-rehabilitation/art-20045172>
- Medina Rincón, A. (2019). *Evaluación del efecto de un programa de ejercicios centrado en los sistema de equilibrio en paciente en fase subaguda del Ictus*. UIC. Barcelona.
<https://doi.org/https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=284950>
- Medline Plus. (2023). *Neurosciences*. Obtenido de <https://medlineplus.gov/ency/article/007456.htm>
- Mejía, T. (2016). *Valoración del nivel de dependencia física de los adultos mayores que acuden al subcentro de salud de la parroquia Octavio Cordero*. Cuenca, 2016.
<https://doi.org/http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/26072/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACI%C3%93N.pdf>
- Miranda Quintana, J. A. (2004). *Enfermedades Cerebrovasculares*. Santiago de Cuba: Editorial Oriente.
- Montalcini, R. L. (1986).
- Muniaín, J. (1997). Noción/Definición de Psicomotricidad. *Psicomotricidad, Revista de Estudios y Experiencias*(55), 53 - 86.
- OMS/OPS. (2008).
https://doi.org/https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=240:2008-trastornos-neurologicos-un-serio-desafio-salud-publica-americas-todo-mundo&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Trastornos neurológicos: un serio desafío para la salud pública en las Américas y en todo el mundo*. Obtenido de Nesplora. : <https://nesplora.com/trastornos-neurologicos-prevalencia-y-evaluacion/#:~:text=Seg%C3%BAn%20la%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de,placa%20neuromuscular%20y%20los%20m%C3%BAsculos>.

- ORHU. (2017). *Terapia Ocupacional y Neurorehabilitación*. Obtenido de <http://orhu.es/terapia-ocupacional-y-neurorehabilitacion/?cv=1>
- Pinilla-Monsalve, G., Vergara-Aguilar, J., Machado-Noguera, B., Gutiérrez-Baquero, J., Cabezas-Vargas, Z., & Bejarano-Hernández, J. (2021). Neuroepidemiologic study in Colombia based on administrative data (ESENCIA). Preliminary results 2015-2017. *Salud UIS, 21025*. <https://doi.org/https://doi.org/10.18273/saluduis.53.e:21025>
- Quispe Juárez, C. (2021). *Efectividad de un programa de ejercicios de estabilización lumbopélvica en la marcha de pacientes hemiplejicos post accidente cerebrovascular del Hospital de Rehabilitación del Callao, 2021*. Universidad Norbert Wiener. <https://doi.org/https://hdl.handle.net/20.500.13053/6013>
- Roy, C., Togneri, J., Hay, E., & Pentland, B. (1988). An inter-rater reliability study of the Barthel Index. *Int J Rehabil Res, 67-70*.
- Salamanca, M., Naranjo, M., Gutiérrez, G., & Bayona, J. (2014). Confiabilidad intraevaluador del cuestionario para limitaciones en la actividad y restricciones en la participación de niños con TDAH. *Revista colombiana de psiquiatría, 43(1), 25-31*. <https://doi.org/https://pesquisa.bvsalud.org/gim/resource/en/lil-715334>
- Sánchez, H., Reyes, C., & Mejía, K. (2018). Manual de terminos en investigación científica, tecnológica y humanística. Universidad Ricardo Palma.
- Sassano, M. (2013). ¿Qué es la Psicomotricidad? En B. Pablo, *La construcción del Yo Corporal, Cuerpo, esquema e imagen corporal en Psicomotricidad*. (págs. 13 - 52). Madrid: Miño y Dávila.
- Shah, S., Vanclay, F., & Cooper, B. (1989). Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. *J Clin Epidemiol, 703-709*.
- Sobrado Conde, R. (2015). *Aplicación y valoración de un programa de intervención psicomotriz en Gerontología: efectividad de la Musicoterapia como herramienta terapéutica*. Universidad de Santiago de Compostela. <https://doi.org/http://hdl.handle.net/10347/14811>

- Solís de la Paz, D., De Armas Casal, D., García Peñate, G., & Martínez Díaz, N. (2009). Influencia de los factores pronósticos en la recuperación del paciente con enfermedad Cerebro Vasular. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 8(1).
https://doi.org/http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000100007&lng=es&tlng=es.
- Suárez, C. (2014). *Fisiopatología De Afecciones Neurológicas*. Obtenido de Club Ensayos: <https://www.clubensayos.com/Ciencia/Fisiopatologia-De-Afecciones-Neurol%C3%B3gicas/1971258.html>
- Tapia, J., Azaña, E., & Tito, L. (2014). *Basic theory of psychomotor education*. Obtenido de Horizonte de la Ciencia: <https://doi.org/10.26490/uncp.horizonteciencia.2014.7.111>
- The Lancet. (2018). Developmental disabilities among children younger than 5 years in 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet. Global Health*, 6(10).
[https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30309-7](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30309-7)
- The Lancet. (2019). Global, regional, and national burden of neurological disorders, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet. Neurology*, 18(5).
[https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(18\)30499-X](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S1474-4422(18)30499-X)
- Wade, D., & Hower, R. (1987). Functional abilities after stroke: measurement, natural history and prognosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 177-182.
- Wylie, C. (1967). Measuring end results of rehabilitation of patients with stroke. *Public Health Rep*, 893-898.

ANEXOS

ANEXO 01: Tabla de Operacionalización de las Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Recuperación de Lesiones Neurológicas	Ayudar a pacientes con lesión neurológica para que puedan recuperar el mejor nivel de sus funciones e independencia, así como a mejorar su calidad de vida física, mental, social y si hubiere lugar, la espiritual (Salamanca et al., 2014)	La recuperación de lesiones neurológicas se evaluará haciendo uso de una escala de medición otorgada por el Índice de Barthel, el cual mayormente mide el nivel de dependencia y la funcionalidad del paciente que ha padecido de alguna lesión neurológica.	Comer	Incapaz	Escala tipo Ordinal - Dependencia total (0 a 20 puntos) - Dependencia severa (21 - 60 puntos) - Dependencia moderada (61- 90 puntos) - Dependencia escasa (91 - 99 puntos) - Independencia (100 puntos/ 0-90 si usan silla de ruedas)
				Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.	
				Independiente (la comida está al alcance de la mano)	
			Aseo	Necesita ayuda con el aseo personal	
				Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse	
			Control de heces	Incontinente (o necesita que le suministren enema)	
				Accidente excepcional (uno/semana)	
				Continente	
			Control de orina	Incontinente, o sonado incapaz de cambiarse la bolsa.	
				Accidente excepcional (máximo 1/24 horas)	
				Continente, durante al menos 7 días	
			Baño	Dependiente	
				Independiente para ducharse o bañarse	
			Vestirse	Dependiente	
				Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad, aproximadamente sin ayuda	
				Independiente incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc	
			Usar el retrete	Dependiente	
				Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo	
				Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)	
			Traslado cama-silla	Incapaz, no se mantiene sentado	
				Necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas) puede estar sentado	
				Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)	
				Independiente	
			Desplazarse	Inmóvil	
Independiente en silla de ruedas en 50 m					
Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)					
Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador					
Subir/bajas escaleras	Incapaz				
	Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta				
	Independiente para subir o bajar				

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Programa de Psicomotricidad	Conjunto de actividades estructuradas y diseñadas para desarrollar aspectos corporales (motrices), emocionales y cognitivos en niños. Es un sistema que se establece a partir del registro tónico, hasta lograr la posesión práctico especializado, propio de todos los hombres (Durand, 2017).	Para ello se diseñará un programa de psicomotricidad la cual se medirá a través del diseño y evaluación que constará de 10 sesiones de fisioterapia, las cuales tendrán un tiempo de desarrollo máximo de 45 minutos.	Esquema Corporal	No presenta	No presenta
			Lateralidad		
			Equilibrio		
			Espacio		
			Tiempo-Ritmo		
			Motricidad Gruesa		
			Motricidad Fina		

ANEXO 02: Instrumento Índice de Barthel

ÍTEMS	ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA	PUNTUACIÓN
Comer	Incapaz	0
	Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.	5
	Independiente (la comida está al alcance de la mano)	10
Aseo	Necesita ayuda con el aseo personal	0
	Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse	5
Control de heces	Incontinente (no necesita que le suministren enema)	0
	Accidente excepcional (uno/semana)	5
	Continente	10
Control de orina	Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa.	0
	Accidente excepcional (máximo 1/24 horas)	5
	Continente, durante al menos 7 días	10
Baño	Dependiente	0
	Independiente para ducharse o bañarse	5
Vestirse	Dependiente	0
	Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad, aproximadamente sin ayuda	5
	Independiente incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.	10
Usar el retrete	Dependiente	0
	Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo	5
	Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)	10
Traslado cama/silla	Incapaz, no se mantiene sentado	0
	Necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas) puede estar sentado	5
	Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)	10
	Independiente	15
Desplazarse	Inmóvil	0
	Independiente en silla de ruedas en 50 metros	5
	Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)	10
	Independiente al menos 50 metros, con cualquier tipo de muleta, excepto andador	15
Subir/bajar escaleras	Incapaz	0
	Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta	5
	Independiente para subir o bajar	10

- Dependencia total (0 a 20 puntos)
- Dependencia severa (21 - 60 puntos)
- Dependencia moderada (61- 90 puntos)
- Dependencia escasa (91 - 99 puntos)
- Independencia (100 puntos/ 0-90 si usan silla de ruedas)

ANEXO O3: Sesiones del Programa de Psicomotricidad

PROGRAMA DE PSICOMOTRICIDAD PARA LA RECUPERACIÓN DE LESIONES NEUROLÓGICAS

El presente programa de psicomotricidad estará conformado por sesiones de ejercicio físico, el cual se adaptará a las necesidades, posibilidades y diagnóstico de cada paciente.

Estos ejercicios serán realizados bajo la comodidad y posibilidades de cada paciente seleccionado para su ejecución. En caso de que el paciente se encuentre en silla de ruedas o postrado en cama, los ejercicios se ejecutarán bajo sus posibilidades respetando el fin del mismo, buscar el mínimo de dependencia posible para su día a día y actividades simples de la vida diaria.

1° SESIÓN

DURACIÓN: 30 minutos

SECUENCIA DE RUTINA		MATERIALES	REPETICIONES
INICIO	Se le pide al paciente acomodarse y estar en decúbito supino (boca arriba) sobre su cama o colchoneta para comenzar la sesión del día enfocada en mejorar la funcionalidad de sus miembros superiores. Luego se comienza con un calentamiento previo sea técnicas de masoterapia y/o estiramiento muscular de las zonas a tratar.	- Cama o - Camilla - Ropa ligera	
DESARROLLO	En decúbito supino, flexionamos el codo con dirección hacia el pecho, en donde la palma de la mano toca el pecho, luego extensión completa de codo llevando la palma de la mano hacia la cama, camilla o colchoneta. Puede comenzar de manera pasiva (realizada por el fisioterapeuta) para luego pasar a una forma más activo-asistida (realizada por el paciente). Ello se realiza en ambas extremidades superiores. En decúbito supino, flexionamos miembros superiores pasando el nivel de la cabeza, con codos extendidos y sujetando una vara de madera ligera o plástico. Si requiere de ayuda para comenzar o completar el ejercicio, será guiada por el fisioterapeuta encargado.	- Cama o - Camilla - Ropa ligera - Vara de madera o plástica	2 secuencias de 10 a 15 repeticiones por ejercicio.
CIERRE	Se le pide al paciente que recuerde la rutina trabajada y sea replicada las veces que se pueda durante los días de no visita del fisioterapeuta.		

2° SESIÓN

DURACIÓN: 30 minutos

SECUENCIA DE RUTINA		MATERIALES	REPETICIONES
INICIO	Se le pide al paciente acomodarse y estar en decúbito supino (boca arriba) sobre su cama o colchoneta para comenzar la sesión del día enfocada en mejorar la funcionalidad de sus miembros superiores. Luego se comienza con un calentamiento previo sea técnicas de masoterapia y/o estiramiento muscular de las zonas a tratar.	- Cama o - Camilla - Ropa ligera	
DESARROLLO	Partiremos desde decúbito supino (boca arriba) para poder realizar los giros hacia decúbito prono, para ello el paciente sujetará la mano o muñeca y ligera flexión de miembro inferior opuestos hacia el lado donde girará, ello le permitirá impulsarse y completar el giro. Es decir, si se girará para el lado izquierdo, se sujetará y realizará la ligera flexión de miembro inferior derecho para impulsarse y completar el giro. Ello se realizará tanto para el lado derecho como para el lado izquierdo. Luego de dominar el ejercicio, se le pedirá que con ayuda del giro lleve aros o ganchos de ropa de un lado hacia el otro, favoreciendo su perfeccionamiento y potenciación del mismo. Si requiere de ayuda para comenzar o completar el ejercicio, será guiada por el fisioterapeuta encargado.	- Cama o - Camilla - Ropa ligera - Aros o ganchos de ropa	2 secuencias de 10 a 15 repeticiones por lado y rutina.
CIERRE	Se le pide al paciente que recuerde la rutina trabajada y sea replicada las veces que se pueda durante los días de no visita del fisioterapeuta.		

3° SESIÓN

DURACIÓN: 30 minutos

SECUENCIA DE RUTINA		MATERIALES	REPETICIONES
INICIO	Se le pide al paciente acomodarse y estar en decúbito supino (boca arriba) sobre su cama o colchoneta para comenzar la sesión del día enfocada en mejorar la transición de decúbito supino hacia sedente. Luego se comienza con un calentamiento previo sea técnicas de masoterapia y/o estiramiento muscular de las zonas a tratar.	- Cama o - Camilla - Ropa ligera	
DESARROLLO	En sedente sobre una silla o pelota vestibular, respetando la angulación de 90° en cadera, rodilla y tobillos, se realizará flexión y extensión de tronco con extremidades superiores en extensión completa apoyándose en los hombros del fisioterapeuta, quien guiará el movimiento del mismo con ligera resistencia. Luego de ello, se le pedirá al paciente estando sentado sobre una silla o pelota vestibular (respetando los 90° en extremidades inferiores) que traslade aros o ganchos de ropa y sean insertados sobre un recipiente o cordel realizando la flexión y extensión de tronco. Si requiere de ayuda para comenzar o completar el ejercicio, será guiada por el fisioterapeuta encargado.	- Ropa ligera - Silla o Pelota vestibular - Aros o ganchos de ropa - Recipiente o cordel	2 secuencias de 10 a 15 repeticiones por lado y rutina.
CIERRE	Se le pide al paciente que recuerde la rutina trabajada y sea replicada las veces que se pueda durante los días de no visita del fisioterapeuta.		

4° SESIÓN

DURACIÓN: 30 minutos

SECUENCIA DE RUTINA		MATERIALES	REPETICIONES
INICIO	Se le pide al paciente acomodarse y estar en decúbito supino (boca arriba) sobre su cama o colchoneta para comenzar la sesión del día enfocada en mejorar la transición de decúbito supino hacia sedente y bípedo. Luego se comienza con un calentamiento previo sea técnicas de masoterapia y/o estiramiento muscular de las zonas a tratar.	- Cama o - Camilla - Ropa ligera	
DESARROLLO	Desde sedente sobre una silla o pelota vestibular, respetando la angulación de 90° en cadera, rodilla y tobillos, se realizará la transición hacia bípedo y viceversa. El paciente, apoyándose en los hombros del fisioterapeuta, realizará la transición hacia bípedo llevando primero el tronco hacia adelante e impulsándose con la fuerza en sus miembros inferiores para quedar de pie completamente, luego llevando la cadera (glúteos) hacia atrás se procederá a la sedestación. Luego de ello, se le pedirá al paciente estando sentado sobre una silla o pelota vestibular (respetando los 90° en extremidades inferiores) se incorpore a bípedo trasladando aros o ganchos de ropa y sean insertados sobre un recipiente o cordel realizando las transiciones de peso en bípedo sobre los dos miembros inferiores de manera correcta. Si requiere de ayuda para comenzar o completar el ejercicio, será guiada por el fisioterapeuta encargado.	- Ropa ligera - Silla o Pelota vestibular - Aros o ganchos de ropa - Recipiente o cordel	2 secuencias de 10 a 15 repeticiones por lado y rutina.
CIERRE	Se le pide al paciente que recuerde la rutina trabajada y sea replicada las veces que se pueda durante los días de no visita del fisioterapeuta.		

5° SESIÓN

DURACIÓN: 30 minutos

SECUENCIA DE RUTINA		MATERIALES	REPETICIONES
INICIO	Se le pide al paciente acomodarse y estar en decúbito supino (boca arriba) sobre su cama o colchoneta para comenzar la sesión del día enfocada en mejorar la bipedestación. Luego se comienza con un calentamiento previo sea técnicas de masoterapia y/o estiramiento muscular de las zonas a tratar.	- Cama o - Camilla - Ropa ligera	
DESARROLLO	En bípedo, con apoyo total de ambos miembros inferiores y buena base de sustentación y apoyo bipodal, se realizarán cargas y descargas de peso hacia derecha e izquierda, hacia adelante y atrás, preparándose para la marcha activa de manera progresiva. Luego de ello se le pedirá al paciente que estando en la posición de bípedo inserte aros o ganchos de ropa de un lado a otro (de derecha a izquierda) sobre un recipiente o cordel favoreciendo las cargas y descargas de peso en ambos miembros inferiores. Si se requiere de ayuda para comenzar o completar el ejercicio, será guiada por el fisioterapeuta encargado.	- Ropa ligera - Aros o ganchos de ropa - Recipiente o cordel	2 secuencias de 10 a 15 repeticiones por lado y rutina.
CIERRE	Se le pide al paciente que recuerde la rutina trabajada y sea replicada las veces que se pueda durante los días de no visita del fisioterapeuta.		

6° SESIÓN**DURACIÓN:** 30 minutos

SECUENCIA DE RUTINA		MATERIALES	REPETICIONES
INICIO	Se le pide al paciente acomodarse y estar en decúbito supino (boca arriba) sobre su cama o colchoneta para comenzar la sesión del día enfocada en mejorar la bipedestación y el subir y bajar escalones. Luego se comienza con un calentamiento previo sea técnicas de masoterapia y/o estiramiento muscular de las zonas a tratar.	- Cama o - Camilla - Ropa ligera	
DESARROLLO	En bípedo, con apoyo total de ambos miembros inferiores y buena base de sustentación y apoyo bipodal, se procederá a realizar flexión de un miembro inferior sobre un banco pequeño o escalón y el otro miembro inferior apoyado en el suelo. Esto será de manera alterna entre un miembro inferior y otro, además será la antesala para el subir y bajar escaleras dentro y fuera del hogar. Luego de ello, se procederá a subir y bajar un escalón de manera alterna llevando aros o ganchos de ropa que serán insertados sobre una estructura u otra persona ubicada en frente del paciente. Si se requiere de ayuda para comenzar o completar el ejercicio, será guiada por el fisioterapeuta encargado.	- Ropa ligera - Aros o ganchos de ropa - Banco o escalón	2 secuencias de 10 a 15 repeticiones por lado y rutina.
CIERRE	Se le pide al paciente que recuerde la rutina trabajada y sea replicada las veces que se pueda durante los días de no visita del fisioterapeuta.		

7° SESIÓN

DURACIÓN: 30 minutos

SECUENCIA DE RUTINA		MATERIALES	REPETICIONES
INICIO	Se le pide al paciente acomodarse y estar en decúbito supino (boca arriba) sobre su cama o colchoneta para comenzar la sesión del día enfocada en mejorar la marcha sin obstáculos. Luego se comienza con un calentamiento previo sea técnicas de masoterapia y/o estiramiento muscular de las zonas a tratar.	- Cama o - Camilla - Ropa ligera	
DESARROLLO	En bípedo, el paciente iniciará la marcha sin obstáculos, apoyada y asistida por el fisioterapeuta, quien facilitará su coordinación y equilibrio durante la ejecución del ejercicio. Se desplazará de un extremo a otro en una distancia no mayor de 2 metro, la cual se irá incrementando de manera paulatina a medida que se vaya logrando el dominio de la misma. Luego de ello, se le pedirá al paciente que traslade aros o ganchos de ropa de un extremo a otro bajo una distancia no mayo de 2 metros. Si se requiere de ayuda para comenzar o completar el ejercicio, será guiada por el fisioterapeuta encargado.	- Ropa ligera - Aros o ganchos de ropa	2 secuencias de 5 a 10 repeticiones
CIERRE	Se le pide al paciente que recuerde la rutina trabajada y sea replicada las veces que se pueda durante los días de no visita del fisioterapeuta.		

8° SESIÓN

DURACIÓN: 30 minutos

SECUENCIA DE RUTINA		MATERIALES	REPETICIONES
INICIO	Se le pide al paciente acomodarse y estar en decúbito supino (boca arriba) sobre su cama o colchoneta para comenzar la sesión del día enfocada en mejorar la marcha con obstáculos. Luego se comienza con un calentamiento previo sea técnicas de masoterapia y/o estiramiento muscular de las zonas a tratar.	- Cama o - Camilla - Ropa ligera	
DESARROLLO	En bípedo, el paciente iniciará la marcha con obstáculos, apoyada o asistida por el fisioterapeuta, quien facilitará su coordinación y equilibrio durante la ejecución del ejercicio. Se desplazará de un extremo a otro en una distancia no mayor de 2 metros con la presencia de obstáculos los cuales pueden ser conos, aros, bancos, etcétera. Ello le permitirá poder acelerar y desacelerar la velocidad con la que ejecuta el ejercicio para poder esquivar los obstáculos. Así mismo, el nivel de dificultad se irá incrementando de manera paulatina a medida que logre dominar la ejecución del ejercicio. Si se requiere de ayuda para comenzar o completar el ejercicio, será guiada por el fisioterapeuta encargado.	- Ropa ligera - Aros o ganchos de ropa - Conos, sillas o bancos	2 secuencias de 5 a 10 repeticiones
CIERRE	Se le pide al paciente que recuerde la rutina trabajada y sea replicada las veces que se pueda durante los días de no visita del fisioterapeuta.		

9° SESIÓN**DURACIÓN:** 30 minutos

SECUENCIA DE RUTINA		MATERIALES	REPETICIONES
INICIO	Se le pide al paciente acomodarse y estar en decúbito supino (boca arriba) sobre su cama o colchoneta para comenzar la sesión del día enfocada en mejorar la marcha libre de asistencia bajo un determinado tiempo. Luego se comienza con un calentamiento previo sea técnicas de masoterapia y/o estiramiento muscular de las zonas a tratar.	- Cama o Camilla - Ropa ligera	
DESARROLLO	En bípedo, el paciente iniciará la marcha sin la asistencia del fisioterapeuta, para ello el paciente ejecutará el ejercicio bajo la observación y guía del fisioterapeuta sin contacto alguno realizándolo de manera muy lenta y tomando consciencia de cada estructura corporal para mejorar su estabilidad y equilibrio durante el ejercicio. Así mismo, el nivel de dificultad se irá incrementando de manera paulatina a medida que logre dominar la ejecución del ejercicio. Si se requiere de ayuda para comenzar o completar el ejercicio, será guiada por el fisioterapeuta encargado.	- Ropa ligera	2 secuencias de 5 a 10 repeticiones
CIERRE	Se le pide al paciente que recuerde la rutina trabajada y sea replicada las veces que se pueda durante los días de no visita del fisioterapeuta.		

10° SESIÓN**DURACIÓN:** 30 minutos

SECUENCIA DE RUTINA		MATERIALES	REPETICIONES
INICIO	Se le pide al paciente acomodarse y estar en decúbito supino (boca arriba) sobre su cama o colchoneta para comenzar la sesión del día enfocada en mejorar la marcha libre de asistencia bajo un determinado tiempo. Luego se comienza con un calentamiento previo sea técnicas de masoterapia y/o estiramiento muscular de las zonas a tratar.	- Cama o - Camilla - Ropa ligera	
DESARROLLO	En esta última sesión se realizará el ejercicio partiendo desde la transición de sedente hacia la marcha activa. Para ello se le pedirá al paciente que realice el alcance de aros o ganchos de ropa desde sedente, incorporándose a bípedo y llevándolos hacia una distancia no mayor de 3 metros (marcha activa) en donde serán insertados en un recipiente, cordel o persona ubicada al final de la distancia de recorrido. Si se requiere de ayuda para comenzar o completar el ejercicio, será guiada por el fisioterapeuta encargado.	- Ropa ligera - Silla o banco - Aros o ganchos de ropa - Recipiente o cordel	2 secuencias de 5 a 10 repeticiones
CIERRE	Se le pide al paciente que recuerde la rutina trabajada y sea replicada las veces que se pueda durante los días de no visita del fisioterapeuta.		

ANEXO 04: Validez y Confiabilidad del Instrumento Índice de Barthel

Para la validez del instrumento Wade y Hower en 1987 validaron el instrumento aplicándolo a un grupo de pacientes obteniendo correlaciones significativas entre 0,73 y 0,77.

Para la fiabilidad y confiabilidad del instrumento, Loewen y Anderson (1988) fueron los primero en comprobar la fiabilidad de la versión original del índice obteniendo valores del índices de Kappa entre 0,84 y 0,97 y una confiabilidad interobservador, con valores de 0.47 y 1,00 de índice de Kappa. Así mismo, Shah et al. (1989) al utilizar el Alpha de Cronbach observaron que para la primera versión alcanza parámetros de valores entre 0,86 - 0,92.

ANEXO 05: Consentimiento Informado

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:
**Programa de psicomotricidad para la recuperación de lesiones
neuroológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023**
Investigador: Valladolid López Luis Ernesto

Propósito: Se realizará la presente investigación que consiste en aplicar una encuesta (Índice de Barthel) y Programa de psicomotricidad para la recuperación de lesiones neurológicas de los pacientes que pertenezcan al Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) EsSalud-Tumbes, con el fin de poder obtener el grado de Maestro en Gestión de los servicios de la Salud.

Participación: Participación de los pacientes que pertenezcan al Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) EsSalud-Tumbes.

Procedimiento: Con permiso de Ud. Como paciente, familiar, acompañante o ayudante se le realizará la aplicación de una encuesta (Índice de Barthel) y un Programa de Psicomotricidad que ha sido diseñado con el propósito de alcanzar la mínima dependencia para sus actividades básicas de la vida diaria recuperando su funcionalidad. Para ello el paciente deberá cumplir con los criterios de inclusión y exclusión para la investigación. Así mismo, de cumplirlo deberá de estar en un espacio amplio, cómodo y con vestimenta ligera que facilite la ejecución de los ejercicios del Programa de psicomotricidad, además de contar con la presencia del familiar, acompañante o ayudante del paciente. El primer paso de esta investigación consistirá en la recolección de los datos del paciente En la segunda parte se le encuestará al paciente, acompañante o ayudante sobre algunas actividades básicas de la vida diaria para poder medir su nivel de dependencia producto de alguna lesión neurológica. En la tercera parte se procederá con explicar y ejecutar el Programa de psicomotricidad, el cual consiste en ejercicios físicos que no demandarán de indumentaria sofisticada o de alto valor monetario, para ello solo se necesitara de indumentaria encontrada, facilitada y accesible en sus viviendas. Toda la información mencionada se llenará en fichas.

Riesgo: Esta investigación no representa ningún riesgo o peligro para el paciente.

Beneficios: Es importante señalar que, con su participación, estará contribuyendo a mejorar los conocimientos en el campo de la salud y la fisioterapia. Al concluir la investigación se dará un informe final a los pacientes, familiares, acompañantes o ayudantes sobre los resultados obtenidos con la aplicación del Programa de psicomotricidad. Así mismo, se informará a la jefa del Servicio del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) EsSalud-Tumbes.

Costo de participación: La participación en la investigación no tiene ningún costo para usted. El proceso se realizará con la autorización y conocimiento de la Jefa del Servicio del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) EsSalud-Tumbes.

Confidencialidad: La información obtenida será confidencial y los resultados sólo se darán a conocer a usted como paciente, familiar, acompañante o ayudante. Si los resultados de esta investigación son publicados no aparecerá nombre alguno.

Participación voluntaria: La participación es voluntaria.

Información adicional: Si desea mayor información puede consultarlo con nuestra persona y se le explicará cualquier duda e inconveniente. Teléfono: 920439622

Declaración voluntaria: Yo _____
(nombres y apellidos), con DNI N° _____ declaro haber recibido una adecuada información acerca de la investigación. Así mismo acepto participar en la investigación. Además, constato que he tenido la oportunidad de hacer todas las preguntas pertinentes.

Firma del paciente, familiar, acompañante o ayudante.

DNI N°: _____

ANEXO 06: Autorización para Aplicación del Índice de Barthel

CAPACIDAD FUNCIONAL (Índice de Barthel)

Estimado señor (a), solicitamos de su valioso tiempo para la participación en el siguiente instrumento, cuyas respuestas serán de gran importancia para la investigación que se está realizando. Así mismo, se respetará su identificación, anonimato y privacidad de sus datos.

Instrucciones: Se marcará con una X la respuesta según la respuesta que crea conveniente que se asemeje a su realidad.

ÍTEMS	ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA	PUNTUACIÓN
Comer	Incapaz	0
	Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.	5
	Independiente (la comida está al alcance de la mano)	10
Aseo	Necesita ayuda con el aseo personal	0
	Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse	5
Control de heces	Incontinente (o necesita que le suministren enema)	0
	Accidente excepcional (uno/semana)	5
	Continente	10
Control de orina	Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa.	0
	Accidente excepcional (máximo 1/24 horas)	5
	Continente, durante al menos 7 días	10
Baño	Dependiente	0
	Independiente para ducharse o bañarse	5
Vestirse	Dependiente	0
	Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad, aproximadamente sin ayuda	5
	Independiente incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.	10
Usar el retrete	Dependiente	0
	Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo	5
	Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)	10
Traslado cama/silla	Incapaz, no se mantiene sentado	0
	Necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas) puede estar sentado	5
	Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)	10
	Independiente	15
Desplazarse	Inmóvil	0
	Independiente en silla de ruedas en 50 metros	5
	Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)	10
	Independiente al menos 50 metros, con cualquier tipo de muleta, excepto andador	15
Subir/bajar escaleras	Incapaz	0
	Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta	5
	Independiente para subir o bajar	10
TOTAL	Puntaje Final	

- Dependencia total (0 a 20 puntos)
- Dependencia severa (21 - 60 puntos)
- Dependencia moderada (61- 90 puntos)
- Dependencia escasa (91 - 99 puntos)
- Independencia (100 puntos/ 0-90 si usan silla de ruedas)

Anexo 08: Carta de Autorización a la Jefa del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) EsSalud-Tumbes

"Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo"

Tumbes, 10 de mayo de 2023

Lic. Irene A. Calderón Pacheco
JEFA DE SERVICIO PADOMI

ASUNTO : Solicito autorización para realizar investigación.

Tengo a bien dirigirme a usted para saludarle cordialmente y al mismo tiempo augurarle éxitos en la gestión del servicio a la cual usted representa.

Luego para comunicarle que la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo Filial Piura, tiene los Programas de Maestría y Doctorado, en diversas menciones, donde los estudiantes se forman para obtener el Grados Académico de Maestro o de Doctor según el caso.

Para obtener el Grado Académico como Magister en Gestión de los Servicios de la Salud debo de elaborar, presentar, sustentar y aprobar un Trabajo de Investigación Científica (Tesis).

Por tal motivo alcanzo la siguiente información:


- 1) Apellidos y nombres de estudiante: Valladolid López, Luis Ernesto.
- 2) Programa de estudios: Maestría.
- 3) Mención: Magister en Gestión de los Servicios de la Salud.
- 4) Ciclo de estudios: III ciclo.
- 5) Título de la investigación: Programa de psicomotricidad para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes del Hospital de Tumbes, 2023.
- 6) Asesor: Mg. Vélez Sancarranco, Miguel Alberto.

Debo señalar que los resultados de la investigación a realizar benefician a mi persona como estudiante investigador como también a el área de PADOMI donde se realizará la investigación.

Por tal motivo, solicito a usted la autorización de la investigación en la institución que usted dirige.

Atentamente,


Lic. Irene A. Calderón Pacheco
PADOMI
C.T.S. 8474
Red Asistencial
EsSalud TUMBES
Autorizo la investigación


Lic. Luis Ernesto Valladolid López
TECNÓLOGO MÉDICO
Terapia Física y Rehabilitación
CTMP N° 15344

ANEXO 09: Base de Datos

Datos Pre Programa

PRE PROGRAMA															
PACIENTE	Dr. Médico	SEXO	EDADES	Tiempo de Sesión	COMER	ASEO	CONTROL DE HECS	CONTROL DE ORINI	BAÑO	VESTIRSE	USAR EL RETIRE	TRASLADO CAMA/SIL	DESPLAZAR	SUBIR/BAJAR ESCALE	TOTAL
3	1	1	76	1 año	5	5	5	5	5	0	0	0	0	0	20
4	2	2	75	1 año	5	5	5	5	5	0	0	0	0	0	20
5	3	3	75	1 año	5	5	5	5	5	0	0	0	0	0	25
6	4	4	51	1 año	5	5	10	10	5	5	10	0	0	0	50
7	5	5	56	2 años	0	0	10	10	5	5	10	5	0	0	45
8	6	6	70	2 años	0	0	10	10	5	0	10	5	0	0	40
9	7	7	79	2 años	0	0	10	10	5	0	10	5	0	0	40
10	8	8	75	2 años	0	0	10	10	0	5	10	5	0	0	40
11	9	9	70	2 años	5	5	10	5	0	5	10	5	0	0	45
12	10	10	65	2 años	5	5	10	5	0	5	10	0	0	0	50
13	11	11	64	3 años	5	5	10	5	0	5	10	0	0	0	50
14	12	12	60	5 años	5	5	10	10	5	5	10	0	0	0	60
15	13	13	59	5 años	5	5	10	10	5	5	10	5	0	0	60
16	14	14	59	4 meses	0	0	0	0	0	5	5	0	0	0	25
17	15	15	53	4 meses	0	0	0	0	0	5	5	10	5	0	25
18	16	16	54	4 meses	0	0	0	0	0	5	0	10	5	0	20
19	17	17	59	5 meses	0	0	0	0	0	5	0	10	5	0	20
20	18	18	59	6 meses	0	0	0	0	0	5	0	10	5	0	20
21	19	19	62	6 meses	5	5	5	5	5	5	5	10	5	0	50
22	20	20	63	7 meses	5	5	5	5	5	5	5	10	5	0	50
23	21	21	63	7 meses	5	5	5	5	5	5	5	10	5	0	50
24	22	22	63	7 meses	5	5	5	5	5	5	5	10	5	0	50
25	23	23	64	9 meses	5	5	10	10	5	0	10	5	0	0	60
26	24	24	60	9 meses	5	5	10	10	5	0	10	5	0	0	60
27	25	25	55	9 meses	5	5	10	10	5	0	10	5	0	0	60
28	26	26	69	4 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15
29	27	27	72	3 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15
30	28	28	72	3 años	5	5	0	0	0	0	0	0	0	0	25
31	29	29	71	2 años	5	5	0	0	5	0	0	0	0	0	30
32	30	30	72	2 años	5	5	0	0	5	0	0	0	0	0	35
33	31	31	70	2 años	5	5	0	0	5	0	0	0	0	0	35
34	32	32	68	3 años	5	5	0	0	5	0	0	0	0	0	30
35	33	33	53	1 año	0	0	5	5	5	5	5	5	0	0	45
36	34	34	72	1 año	0	0	5	5	5	5	5	5	0	0	45
37	35	35	68	1 año	5	5	5	0	0	5	0	5	10	0	40
38	36	36	16	16 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
39	37	37	25	25 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Datos Post Programa

POST PROGRAMA															
PACIENTE	Dr. Médico	SEXO	EDADES	Tiempo de Sesión	COMER	ASEO	CONTROL DE HECS	CONTROL DE ORINI	BAÑO	VESTIRSE	USAR EL RETIRE	TRASLADO CAMA/SIL	DESPLAZAR	SUBIR/BAJAR ESCALE	TOTAL
3	1	1	76	12 meses	10	5	10	10	5	5	5	5	5	0	60
4	2	2	75	12 meses	10	5	10	10	5	5	5	5	5	0	60
5	3	3	75	12 meses	10	5	10	10	5	5	5	5	5	0	60
6	4	4	51	12 meses	10	5	10	10	5	5	5	5	5	0	60
7	5	5	56	24 meses	5	5	10	10	5	5	10	10	5	5	70
8	6	6	70	24 meses	5	5	10	10	5	5	10	5	5	0	60
9	7	7	79	24 meses	5	5	10	10	5	5	10	5	5	0	60
10	8	8	75	24 meses	5	5	10	10	5	5	10	5	5	5	65
11	9	9	70	24 meses	5	5	10	10	0	5	10	5	5	0	55
12	10	10	65	24 meses	5	5	10	5	0	5	10	0	0	0	50
13	11	11	64	36 meses	5	5	10	5	0	5	10	0	0	0	50
14	12	12	60	60 meses	5	5	10	10	5	10	10	10	10	0	75
15	13	13	59	60 meses	5	5	10	10	5	5	5	10	5	0	60
16	14	14	59	4 meses	5	0	0	5	0	5	5	10	5	0	35
17	15	15	53	4 meses	5	0	0	5	0	5	5	10	5	0	35
18	16	16	54	4 meses	5	0	5	5	0	5	0	10	5	0	35
19	17	17	59	5 meses	10	0	5	5	5	5	5	10	5	0	65
20	18	18	59	6 meses	5	5	5	5	0	5	5	10	5	0	50
21	19	19	62	6 meses	5	5	5	5	5	5	5	10	5	0	50
22	20	20	63	7 meses	5	5	5	5	5	5	5	10	5	5	55
23	21	21	63	7 meses	5	5	5	5	5	5	5	10	5	5	55
24	22	22	63	7 meses	10	5	10	10	5	10	5	10	5	0	75
25	23	23	64	9 meses	10	5	10	10	5	10	10	10	5	0	75
26	24	24	60	9 meses	10	5	10	10	5	10	10	15	10	5	90
27	25	25	55	9 meses	5	5	10	10	5	5	10	10	5	0	65
28	26	26	69	48 meses	5	0	5	5	0	0	0	5	10	5	35
29	27	27	72	36 meses	5	0	0	0	0	0	0	5	10	5	25
30	28	28	72	36 meses	5	5	0	0	0	0	0	0	10	5	25
31	29	29	71	24 meses	5	5	0	0	5	0	0	0	10	5	30
32	30	30	72	24 meses	5	5	0	0	5	0	0	5	10	5	35
33	31	31	70	24 meses	5	5	0	0	5	0	0	5	10	5	35
34	32	32	68	36 meses	5	5	0	0	5	0	0	5	10	5	30
35	33	33	53	12 meses	0	0	5	5	5	5	5	5	10	5	45
36	34	34	72	12 meses	0	0	5	5	5	5	5	5	10	5	45
37	35	35	68	12 meses	5	5	5	0	0	5	0	5	10	5	40
38	36	36	16	162 meses	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
39	37	37	25	200 meses	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

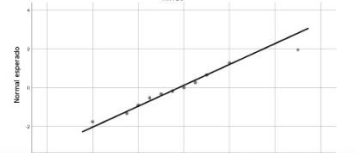
Prueba de Normalidad según Wilcoxon

	Pruebas de normalidad					
	Histograma-Síntesis ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
LESIONES NEUROLÓGICAS EN PACIENTES DE UN HOSPITAL DE TUMBES ANTES	.866	38	.200	.981	38	.160
LESIONES NEUROLÓGICAS EN PACIENTES DE UN HOSPITAL DE TUMBES DESPUES	.188	38	.200	.982	38	.124

^a. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.
^b. Corrección de significación de Lilliefors.

LESIONES NEUROLÓGICAS EN PACIENTES DE UN HOSPITAL DE TUMBES ANTES

Gráfico Q-Q normal de LESIONES NEUROLÓGICAS EN PACIENTES DE UN HOSPITAL DE TUMBES ANTES



ANEXO 10: Matriz de Consistencia

Programa de psicomotricidad para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	POBLACIÓN Y MUESTRA	ENFOQUE / NIVEL (ALCANCE) / DISEÑO	TÉCNICA / INSTRUMENTO
<p>Problema General: ¿Cuál es la influencia de un Programa de psicomotricidad para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023?</p> <p>Problemas Específicos: ¿Cuál es el efecto de un Programa de psicomotricidad en la dimensión comer para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023? ¿Cuál es el efecto de un Programa de psicomotricidad en la dimensión aseo para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023? ¿Cuál es el efecto de un Programa de psicomotricidad en la dimensión control de heces para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023? ¿Cuál es el efecto de un Programa de psicomotricidad en la dimensión control de orina para la recuperación de lesiones</p>	<p>Objetivo General: Determinar la efectividad de un Programa de psicomotricidad para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023</p> <p>Objetivos Específicos: Determinar el efecto de un Programa de psicomotricidad en la dimensión comer para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023. Determinar el efecto de un Programa de psicomotricidad en la dimensión aseo para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023. Determinar el efecto de un Programa de psicomotricidad en la dimensión control de heces para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023. Determinar el efecto de un Programa de psicomotricidad en la dimensión control de orina para la recuperación de lesiones</p>	<p>Hipótesis General: H₁ El programa de psicomotricidad influye significativamente en la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023. H₀ El programa de psicomotricidad no influye significativamente en la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023.</p> <p>Hipótesis Específicas: H₁ El Programa de psicomotricidad tiene un efecto significativo en la dimensión comer para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023. H₀ El Programa de psicomotricidad no tiene un efecto significativo en la dimensión comer para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023. H₁ El Programa de psicomotricidad tiene un efecto significativo en la dimensión aseo para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023. H₀ El Programa de psicomotricidad no tiene un efecto significativo en la dimensión aseo para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023. H₁ El Programa de psicomotricidad tiene un efecto significativo en la dimensión control de heces para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023. H₀ El Programa de psicomotricidad no tiene un efecto significativo en la dimensión control de heces para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023. H₁ El Programa de psicomotricidad tiene un efecto significativo en la dimensión control de orina para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023. H₀ El Programa de psicomotricidad no tiene un efecto significativo en la dimensión control de orina para la recuperación de lesiones</p>	<p align="center">VI Programa de Psicomotricidad</p> <p align="center">VD Recuperación de Lesiones Neurológicas</p>	<p>Unidad de Análisis: Pacientes que son atendidos en el servicio de Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI)-EsSalud-Tumbes.</p> <p>Población: Pacientes con lesiones neurológicas atendidos en el servicio de Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI)-EsSalud-Tumbes</p> <p>Muestra: Estuvo constituida por un grupo de 38 pacientes en total, que cumplieron con criterios de exclusión e inclusión, los cuales son pacientes con lesiones neurológicas que son atendidos en el servicio de Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI)-EsSalud-Tumbes.</p>	<p>Enfoque: Cuantitativo.</p> <p>Tipo: Debido a su finalidad es aplicada</p> <p>Alcance: Es transversal.</p> <p>Diseño: Es pre experimental.</p>	<p>Técnica: Se aplicó una encuesta para valorar el nivel de dependencia de los pacientes que padecen de alguna lesión neurológica.</p> <p>Instrumento: Cuestionario (índice de Barthel)</p> <p>Método de Análisis de Investigación: Para procesar la información obtenida se hizo uso de Excel y el software SPSS, que favorecieron el</p>

<p>neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023?</p>	<p>neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023.</p>	<p>H₁ El Programa de psicomotricidad tiene un efecto significativo en la dimensión control de orina para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023. H₀ El Programa de psicomotricidad no tiene un efecto significativo en la dimensión control de orina para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023.</p> <p>H₁ El Programa de psicomotricidad tiene un efecto significativo en la dimensión baño para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023. H₀ El Programa de psicomotricidad no tiene un efecto significativo en la dimensión baño para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023.</p> <p>H₁ El Programa de psicomotricidad tiene un efecto significativo en la dimensión vestirse para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023. H₀ El Programa de psicomotricidad no tiene un efecto significativo en la dimensión vestirse para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023.</p> <p>H₁ El Programa de psicomotricidad tiene un efecto significativo en la dimensión usar retrete para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023. H₀ El Programa de psicomotricidad no tiene un efecto significativo en la dimensión usar retrete para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023.</p> <p>H₁ EL Programa de psicomotricidad tiene un efecto significativo en la dimensión traslado cama/silla para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023. H₀ EL Programa de psicomotricidad no tiene un efecto significativo en la dimensión traslado cama/silla para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023.</p> <p>H₁ El Programa de psicomotricidad tiene un efecto significativo en la dimensión desplazarse para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023. H₀ El Programa de psicomotricidad no tiene un efecto significativo en la dimensión desplazarse para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023.</p> <p>H₁ El Programa de psicomotricidad tiene un efecto significativo en la dimensión subir/bajar escaleras para la recuperación</p>	<p>Tamaño de Muestra: fueron seleccionados al azar.</p> <p>Tipo de Muestreo: Se realizó mediante muestreo no probabilístico, específicamente, el muestreo por conveniencia quienes cumplían con los criterios de exclusión e inclusión.</p>	<p>análisis descriptivo e inferencial; así mismo, se presentarán tablas.</p>
<p>¿Cuál es el efecto de un Programa de psicomotricidad en la dimensión baño para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023?</p>	<p>Determinar el efecto de un Programa de psicomotricidad en la dimensión baño para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023.</p>			
<p>¿Cuál es el efecto de un Programa de psicomotricidad en la dimensión vestirse para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023?</p>	<p>Determinar el efecto de un Programa de psicomotricidad en la dimensión vestirse para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023.</p>			
<p>¿Cuál es el efecto de un Programa de psicomotricidad en la dimensión usar retrete para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023?</p>	<p>Determinar el efecto de un Programa de psicomotricidad en la dimensión usar retrete para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023.</p>			
<p>¿Cuál es el efecto de un Programa de psicomotricidad en la dimensión traslado cama/silla para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023?</p>	<p>Determinar el efecto de un Programa de psicomotricidad en la dimensión traslado cama/silla para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023.</p>			
<p>¿Cuál es el efecto de un Programa de psicomotricidad en la dimensión desplazarse para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023?</p>	<p>Determinar el efecto de un Programa de psicomotricidad en la dimensión desplazarse para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023.</p>			
<p>¿Cuál es el efecto de un Programa de psicomotricidad en la dimensión subir/bajar escaleras para la recuperación</p>	<p>Determinar el efecto de un Programa de psicomotricidad en la dimensión subir/bajar escaleras para la recuperación</p>			

<p>de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023?</p>	<p>de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023.</p>	<p>recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023. H₀ El Programa de psicomotricidad no tiene un efecto significativo en la dimensión desplazarse para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023.</p> <p>- H₁ El Programa de psicomotricidad tiene un efecto significativo en la dimensión subir/bajar escaleras para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023. H₀ El Programa de psicomotricidad no tiene un efecto significativo en la dimensión subir/bajar escaleras para la recuperación de lesiones neurológicas en pacientes de un Hospital de Tumbes, 2023.</p>				
--	--	---	--	--	--	--