

**UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA**

**Facultad de Ciencias de la Salud**

**ESCUELA PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA MÉDICA  
CON MENCIÓN EN TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN**



**NIVEL DE DESEMPEÑO FUNCIONAL EN PACIENTES CON  
PARALISIS CEREBRAL INFANTIL DE 3 A 17 AÑOS EN LA CLINICA  
SAN JUAN DE DIOS, LIMA – 2021**

**TESIS PRESENTADA POR:**

Br. Glenda Yanqui Chambilla

**ASESOR:**

Lic. Flor Chumpitaz

Para optar el título profesional de:

**LICENCIADO EN TECNOLOGÍA MÉDICA CON MENCIÓN  
EN TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN**

**TACNA- PERU**

**2021**

## **DEDICATORIA**

Tu amor y paciencia son los más preciados para mi felicidad, el esfuerzo y ganas de seguir adelante, tú me lo entregaste día a día para poder caminar a pesar de caídas que tuve, siempre me levantaste y aun me sigues motivando en mi vida.

Este trabajo de investigación te lo dedico a ti Mamá Rosa, como fruto de todo tu amor que te tengo, de ser una profesional más que una responsabilidad, un servicio a la humanidad con mucha humildad.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a Dios, por su divina misericordia en darme vida y terminar esta etapa.

A mis padres Milton Yanqui Ticona, que a pesar de todo siempre me motivo, a mi madre Lucia chambilla Ramos estuvo apoyándome todos los días y la paciencia que tuvieron jamás lo olvidar.

A mi novio Ronald Vilca por el camino que tuvimos que no fue fácil, pero aún seguimos hacia el éxito.

A mi hijo Josías Vilca es mi aliento de todos los días.

Muchas gracias a todos mis seres queridos, siempre tomare en cuenta todas sus palabras.

## ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN .....	8
ABSTRACT .....	9
INTRODUCCIÓN .....	10
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....	12
1.1 Fundamentación del problema .....	12
1.2 Formulación del problema .....	14
1.2.1 Problema general .....	14
1.2.2 Problemas específicos .....	14
1.3 Objetivos de la investigación .....	15
1.3.1 Objetivo general .....	15
1.3.2 Objetivos específicos .....	15
1.4 Justificación de la investigación .....	16
1.5 Definición de términos .....	17
CAPÍTULO II: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA .....	19
2.1 Antecedentes de la investigación .....	19
2.1.1 Antecedentes internacionales .....	19
2.1.2 Antecedentes nacionales .....	22
2.2 Marco teórico .....	25
2.2.1 Parálisis cerebral infantil .....	25

2.2.2	WeeFIM.....	36
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES.....		
		43
3.1	Hipótesis .....	43
3.1.1	Hipótesis general.....	43
3.1.2	Hipótesis específica.....	43
3.2	Operacionalización de las variables .....	44
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN .....		
		46
4.1	Diseño de la investigación.....	46
4.1.1	Diseño .....	46
4.1.2	Tipo de investigación.....	46
4.2	Ámbito de estudio .....	46
4.3	Población y muestra.....	47
4.3.1	Población.....	47
4.3.2	Muestra .....	47
4.4	Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	48
4.4.1	Técnica.....	48
4.4.2	Instrumento .....	48
CAPÍTULO V: PROCESAMIENTO DE DATOS .....		
		65
5.1	Descripción del trabajo de campo .....	65
5.2	Presentación de resultados.....	65
5.2.1	Características sociodemográficas.....	66

5.2.2 Nivel de desempeño funcional .....	71
CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN DE RESULTADOS .....	78
CONCLUSIONES.....	81
RECOMENDACIONES .....	83
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	84
ANEXOS .....	88
Anexo 01: Matriz de consistencia.....	88
Anexo 02: Instrumento de medición.....	89
Anexo 03: Consentimiento informado .....	92

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1 <i>Puntuación del instrumento WeeFIM</i> .....	38
Tabla N° 2 <i>Operacionalización de variables</i> .....	44
Tabla N° 5 <i>Distribución de la población por edad y sexo</i> .....	66
Tabla N° 6 <i>Características del diagnóstico de la población</i> .....	68
Tabla N° 7 <i>Características de la evaluación de la población</i> .....	69
Tabla N° 8 <i>Características de domicilio de la población</i> .....	69
Tabla N° 9 <i>Características educacionales de la población</i> .....	70
Tabla N° 10 <i>Características de cuidado de la población</i> .....	70
Tabla N° 11 <i>Nivel de desempeño funcional general</i> .....	71
Tabla N° 12 <i>Grado de dependencia en el área de cuidado personal</i> .....	72
Tabla N° 13 <i>Grado de dependencia en el área de movilidad</i> .....	74
Tabla N° 14 <i>Grado de dependencia en el área de cognición</i> .....	76
Tabla N° 15 <i>Nivel de parálisis cerebral</i> .....	79

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1. Distribución de la población por edad y sexo.....	66
Gráfico N° 2. <i>Nivel de desempeño funcional general</i> .....	72
Gráfico N° 3. Grado de dependencia en el área de cuidado personal .....	73
Gráfico N° 4. Grado de dependencia en el área de movilidad .....	75
Gráfico N° 5. Grado de dependencia en el área de cognición .....	77
Gráfico N° 6. Nivel de parálisis cerebral.....	80



## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar el nivel de desempeño funcional en pacientes con parálisis cerebral infantil de 3 a 17 años de edad en las áreas de cuidado personal, movilidad y cognición en la Clínica San Juan de Dios, Lima – 2021. **Material y métodos:** Estudio básico, descriptivo, no experimental de corte transversal. Para la realización del estudio se contó con el instrumento WeeFim, en una población de 30 pacientes de la Clínica San Juan de Dios de Lima. **Resultados:** Se obtuvo que el nivel de desempeño funcional en pacientes con parálisis cerebral infantil de 3 a 17 años de edad en la Clínica San Juan de Dios en el área de cuidado personal es 53.8% dependencia completa, 19.2% dependencia modificada y 27.1% sin ayuda, en el área de movilidad es 50.7% dependencia completa, 28.0% dependencia modificada y 21.3% sin ayuda, en el área de cognición es 36.7% dependencia completa, 39.3% dependencia modificada y 24.0% sin ayuda. **Conclusiones:** Se halló que en el total de pacientes el 47.0% presentaron dependencia completa, 28.8% dependencia modificada y 24.1% sin ayuda.

Palabras clave: Desempeño funcional, Parálisis cerebral infantil, WeeFim, Cuidado personal, Movilidad, Cognición.

## ABSTRACT

**Objective:** To determine the level of functional performance in patients with infantile cerebral palsy from 3 to 17 years of age in the areas of personal care, mobility and cognition at the San Juan de Dios Clinic, Lima - 2021. **Material and methods:** Basic study, descriptive, non-experimental cross-sectional. The WeeFim instrument was used to carry out the study in a population of 30 patients from the San Juan de Dios Clinic in Lima. **Results:** It was obtained that the level of functional performance in patients with infantile cerebral palsy from 3 to 17 years of age at the San Juan de Dios Clinic in the personal care area is 53.8% complete dependence, 19.2% modified dependence and 27.1% without help, in the mobility area it is 50.7% complete dependence, 28.0% modified dependence and 21.3% without help, in the cognition area it is 36.7% complete dependence, 39.3% modified dependence and 24.0% without help. **Conclusions:** It was found that in the total of patients, 47.0% presented complete dependence, 28.8% modified dependence and 24.1% without help.

**Keywords:** Functional performance, Infant cerebral palsy, WeeFim, Personal care, Mobility, Cognition.

## INTRODUCCIÓN

La parálisis cerebral infantil (PCI) es un síndrome cuyo origen está localizado en el Sistema Nervioso Central (SNC), primera neurona o neurona motora superior; eso implica que casi todos los niños con PCI presentan, además de los defectos de la postura y movimiento, otros trastornos asociados (1). Es un problema de salud que no solo afecta a la familia, sino también a la sociedad, si se considera que se necesita de un “cuidador” y que generalmente no siempre es la madre; se afecta no sólo a la economía familiar, también al país, sin tomar en cuenta los recursos que se invierten para procurar incorporar a los pacientes en la sociedad y mejorar su calidad de vida (2).

Basados en la información antes mencionada el presente trabajo tuvo como objetivo determinar el nivel de desempeño funcional en pacientes con parálisis cerebral infantil de 3 a 17 años de edad en la Clínica San Juan de Dios, Lima – 2021, con el firme propósito, de concientizar a la población y recopilar información relevante para la ejecución de acciones y proyectos a nivel regional.

Para el logro de los objetivos de la investigación se estructuró seis capítulos. En primer capítulo se trata sobre el planteamiento del problema, se hace referencia de los fundamentos y formulación del problema, objetivos, justificación y definición de términos. En el segundo capítulo se presenta la revisión bibliográfica, que desarrolla los antecedentes de la investigación y las bases teóricas referentes a las variables de estudio.

En el tercer capítulo se muestran las hipótesis, las variables y su correspondiente operacionalización. En el cuarto capítulo se desarrolla la metodología de la investigación que comprende el tipo y diseño de la investigación, ámbito de estudio, población y muestra, además de las técnicas de recolección y procesamiento de datos. En el quinto capítulo se muestra los resultados y la discusión de los mismos; y finalmente en el sexto capítulo se detallan las conclusiones y recomendaciones, también incluye la sección de referencias bibliográficas y anexos.

## **CAPÍTULO I:**

### **EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

#### **1.1 Fundamentación del problema**

Desde tiempos antiguos se han registrado casos de personas con discapacidad que eran excluidas del seno familiar por denominarlos “enfermo, impedido o diferente”, desde tempranas edades eran aislados en sus propios hogares, además de no proporcionarles tratamientos médicos adecuados para combatir, frenar o disminuir la imposibilidad que presentaban. Es debido a esta situación que en diversos países se ha fomentado la creación de distintos centros y fundaciones para brindar atención primaria a las personas con capacidades distintas, esperando de esta forma dejar de excluirlos. (3)

La Parálisis Cerebral Infantil (PCI) describe un grupo de trastornos permanentes del desarrollo del movimiento y la postura, causando limitación de la actividad, que se atribuyen a los trastornos no progresivos que ocurrieron en el cerebro fetal o infantil en desarrollo. Los trastornos motores de la parálisis cerebral a menudo son acompañados por alteraciones de la sensibilidad, percepción, cognición, comunicación y comportamiento, epilepsia y problemas musculoesqueléticos secundarios (4)

La prevalencia de casos de parálisis cerebral infantil en los diferentes países, considerados desarrollados, se ubica aproximadamente entre las 2 a 3 personas por cada 1000 niños nacidos vivos, en cuanto a los países en vías de desarrollo tienen una prevalencia mayor, que en determinados casos lleva hasta los 5 casos por cada 1000 nacidos, sin evidenciarse con el transcurso de los años que esta tendencia fuese a disminuir. (5)

De acuerdo a Sankar C. y Mundkur N. la parálisis cerebral infantil es variada y multifactorial; indicando que las raíces son esencialmente hereditarias, biológicas, inflamatorias, contagiosas, anóxicas, traumáticas y metabólicas. Las lesiones que se presentan en el cerebro que se encuentra en desarrollo en la mayor parte de los casos se deben a contusiones prenatales y con menor incidencia en traumas en el nacimiento o asfixia. Entre los factores de peligro más relevantes suelen ser la prematuridad y el bajo peso al momento del nacimiento, que se incrementará con la reducción de la edad gestacional y el peso al momento del nacimiento. (6)

A nivel nacional, Ruiz R. refiere que actualmente en Perú, debido a los avances tecnológicos del país, los niños que generalmente presentan complicaciones durante el nacimiento, suelen ser atendidos rápidamente por el personal de salud, situación que genera que se disminuya la mortalidad perinatal; la situación de estos niños, luego de ser estabilizados generalmente son dados de alta, sin ser detectados como niños sin riesgo o sospecha para parálisis cerebral, siendo que algunos padres refieren que son ellos o sus familiares cercanos quienes detectan el retraso en el desarrollo psicomotor de los menores (7)

En Perú, existe escasa data actualizada sobre las peculiaridades de los niños con PCI, una investigación realizada en el año 1993 en el Hospital Cayetano Heredia y el Hogar Clínica San Juan de Dios, reportaron tasas de prevalencia de 5.2 por cada 1000 nacidos vivos (8). En el estudio realizado por Vila J. et al. en el área de Neuropediatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia en el año 2016, permitieron describir las características clínicas de dichos pacientes como edad de diagnóstico, tipo, comorbilidades, frecuencia y motivos de hospitalización, así como atenciones realizadas en otras especialidades y los tiempos de espera (9).

En la Clínica San Juan de Dios de la ciudad de Lima, se ha observado un incremento sustancial en el número de pacientes que ingresan al área de atención en neurorrehabilitación, debido al aumento de la capacidad de especialista en terapia física, presentándose casos y situaciones poco comunes, atendándose promedio un aproximado de 250 pacientes menores de edad de forma anual.

## **1.2 Formulación del problema**

### **1.2.1 Problema general**

¿Cuál es el nivel de desempeño funcional en pacientes con parálisis cerebral infantil de 3 a 17 años de edad en la Clínica San Juan de Dios de la ciudad de Lima en el año 2021?

### **1.2.2 Problemas específicos**

- ¿Cuál es el nivel de desempeño funcional en pacientes con parálisis cerebral infantil de 3 a 17 años de edad en las áreas de cuidado personal, movilidad y cognición en la Clínica San Juan de Dios, Lima – 2021?

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los pacientes con parálisis cerebral infantil de 3 a 17 años de edad en la Clínica San Juan de Dios, Lima – 2021?
- ¿Cuál es el factor de cada área que presenta mayor desempeño funcional en los pacientes con parálisis cerebral infantil de 3 a 17 años de edad en la Clínica San Juan de Dios, Lima – 2021?
- ¿Cuál es el factor de cada área que presenta menor desempeño funcional en los pacientes con parálisis cerebral infantil de 3 a 17 años de edad en la Clínica San Juan de Dios, Lima – 2021?

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

#### **1.3.1 Objetivo general**

Determinar el nivel de desempeño funcional en pacientes con parálisis cerebral infantil de 3 a 17 años de edad en la Clínica San Juan de Dios, Lima – 2021.

#### **1.3.2 Objetivos específicos**

- Determinar el nivel de desempeño funcional en pacientes con parálisis cerebral infantil de 3 a 17 años de edad en las áreas de cuidado personal, movilidad y cognición en la Clínica San Juan de Dios, Lima – 2021.
- Determinar las características sociodemográficas de los pacientes con parálisis cerebral infantil de 3 a 17 años de edad en la Clínica San Juan de Dios, Lima – 2021.



- Determinar el factor de cada área que presenta mayor desempeño funcional en los pacientes con parálisis cerebral infantil de 3 a 17 años de edad en la Clínica San Juan de Dios, Lima – 2021.
- Determinar el factor de cada área que presenta menor desempeño funcional en los pacientes con parálisis cerebral infantil de 3 a 17 años de edad en la Clínica San Juan de Dios, Lima – 2021.

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

La parálisis cerebral es la discapacidad física más frecuente de la niñez, empero es común que se presenten dificultades en su diagnóstico, el cual es fundamentalmente clínico, comprendiendo un análisis detallado de los factores de riesgo y del desarrollo psicomotor del niño, así como del examen neuromotor (10). Es importante la aplicación de diversos instrumentos para la medición del grado de limitación funcional y las alteraciones que se encuentren asociadas al mismo.

En el sistema de salud nacional, se presentan dificultades para el análisis e intervención temprana de menores con parálisis cerebral, en parte por los avances de la tecnología, puesto que los niños que tienen complicaciones durante el nacimiento poseen una rápida intervención del personal de salud, generando que estos niños una vez estabilizados por lo general son dados de alta, sin ser detectados como niños de riesgo o con sospecha de parálisis cerebral (11).

Empero, los niños con diagnóstico de parálisis cerebral, hasta los seis años, gracias a la condición dinámica del cerebro pueden mejorar de forma significativa sus

capacidades personales, sociales, adaptativas y cognitivas y en la comunicación receptiva cuando reciben tratamiento continuo (12)

Debido a esta situación es necesario realizar estudios referentes al tema puesto que permitirán conocer la frecuencia, características sociodemográficas y el nivel de desempeño funcional consistente y habitual de menores de edad con parálisis cerebral en relación a las áreas de cuidado personal, movilidad y cognición, aspecto que permitirá establecer de manera más objetiva el desenvolvimiento de los menores de edad en las actividades de vida diaria, ya que no se cuenta con estudios realizados en la región, estos a su vez podrán ser tomados en cuenta a fin de valorar las necesidades y recursos de estos servicios para la prevención y/o mejora en la calidad de atención, beneficiando directamente a los profesionales de la salud y pacientes que acudan a los centros de atención.

### **1.5 Definición de términos**

- A. Habilidades Funcionales: Es la ejecución de labores, pericias o habilidades que se demandan para adecuarse al entorno en el cual se desarrollan los individuos.
- B. Habilidades de la vida diaria: Se relacionan a todas las labores que los individuos suelen realizar de forma diaria, como acciones de aseo, autocuidado, acciones de limpieza, cuidado de la casa, etc.
- C. Habilidades motoras: Realización de movimientos respecto a un objetivo específico.
- D. Habilidades sociales: Conjunto de conductas interpersonales. Si estas destrezas son adecuadas o correctas, la consecuencia es un mayor grado de satisfacción.

- E. Diagnóstico Médico: Especificación de las características de una enfermedad a través del análisis de sus sintomatologías.
- F. Parálisis Cerebral: Término que abarca un extenso conjunto de indicios no progresivos, con variaciones de la postura y el movimiento, accesorios a contusiones o deformaciones del cerebro derivadas a lo largo de su desarrollo.

## CAPÍTULO II: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

### 2.1 Antecedentes de la investigación

#### 2.1.1 Antecedentes internacionales

Ramírez C. “Evaluación con la escala WeeFIM de niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad, 2014”, México 2015. **OBJETIVO:** Medir el grado de dependencia del niño con TDAH hacia sus cuidadores primarios. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Escala de valoración WeeFIM. **RESULTADOS:** Los niños que consumen mayor número de medicamentos se encuentran con tasas de dependencia superiores a aquellos que consumen menos medicamentos. **CONCLUSIÓN:** Los niños que tienen diagnóstico de TDAH, debido a que se encuentran en tratamientos de terapia física, demuestran dependencia hacia sus cuidadores, generando conductas no favorables, por tanto, es importante sensibilizar a los cuidadores sobre lo importante que interactúen y se integren durante el proceso de tratamiento, con la finalidad de mejorar las relaciones y el fortalecimiento de los vínculos en pro de lograr mejores resultados. (13)

Rosales L. “Cambios en el desempeño funcional de los pacientes egresados de los servicios de estimulación temprana y neuroterapia evaluados con el instrumento WeeFIM, en el Centro de Rehabilitación Infantil Teletón Quintana ROO período 2009 a 2010”, México 2014. **OBJETIVO:** Conocer las variaciones en el desempeño funcional de las actividades mediante la escala WeeFIM en el

instante del ingreso y egreso de los servicios de estimulación y neuroterapia en Quintana Roo. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Escala de valoración WeeFIM, expedientes clínicos electrónicos SCRIT. **RESULTADOS:** Se identificó avances en las actividades funcionales, siendo las niñas las que alcanzaron el mayor desempeño funcional en las actividades de movilidad, cuidado personal y cognición; dentro de las actividades valoradas con mayor desempeño funcional en el área de cuidado personal fue la alimentación, en el área de movilidad fue la marcha, gateo y en el área de cognición la interacción social; las actividades con menor desempeño funcional en el área de cuidado personal fueron las actividades de baño, en el área de movilidad fue ir al retrete y en el área de cognición la memoria. **CONCLUSIÓN:** La escala WeeFIM permite determinar los progresos de modo objetivo en los pacientes en cada una de las actividades concernientes al cuidado personal, movimiento y cognición. (14)

García J. et al. "Eficacia de la terapia restrictiva sobre funcionalidad de la extremidad superior en niños de 3 a 8 años con parálisis cerebral hemiparética: un ensayo clínico experimental", Chile 2015. **OBJETIVO:** Evaluar la eficiencia de terapias restrictivas con yeso e infiltración de onabotulinumtoxina en las extremidades superiores paréticas, en niños con edades entre 3 y 8 años, que diagnosticó de hemiparesia y compromiso funcional. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Escala de valoración WeeFim, Prueba de calidad de las habilidades de las extremidades superiores QUEST. **RESULTADOS:** Dentro de los grupos experimentales, las medianas de las pruebas WeeFIM y Quest, disminuyen al término del tratamiento y al seguimiento en relación al momento basal, en cambio la prueba House no cambia durante el proceso, sin registrarse

diferencias significativas respecto al grupo de control. **CONCLUSIÓN:** No se comprueba mejoría de funcionalidad motriz de la extremidad superior parética y nivel de independencia en las AVD, con terapia restrictiva y adicionada con onabotulinumtoxina. (15)

Zarsosa S. “Desarrollo sensorio-motor en niños de 1 a 2 años con parálisis cerebral infantil tipo diplejía espástica del servicio de rehabilitación del Hospital Pediátrico Baca Ortiz”, Quito 2015. **OBJETIVO:** Determinar el desarrollo sensorio-motor en niños de 1 a 2 años con parálisis cerebral tipo diplejía espástica del Servicio de Rehabilitación del Hospital Pediátrico “Baca Ortiz”. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Escala de valoración WeeFIM, Historia clínica. **RESULTADOS:** El 67% de las madres no conocen sobre la diplejía espástica, el restante 33% desconoce los pormenores de dicha condición. El 50% de los niños nació por parto natural, un 67% presentaron complicaciones. El 67% de las madres tuvieron edades entre 16 y 25 años. **CONCLUSIÓN:** La condición se encuentra vinculada al parto prematuro, en contraposición al promedio de edad de las madres. (16)

Ramírez, C. “Evaluación con la escala WeeFIM de niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad”, Toluca 2014. **OBJETIVO:** Determinar el grado de dependencia de los niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) con la escala de WeeFIM. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Escala de valoración WeeFIM. **RESULTADOS:** Los niños que consumen mayor cantidad de medicamentos se encuentran con un porcentaje más alto de dependencia en comparación con los niños que consumen menos medicamentos. Además,

el cuidado personal obtuvo una media de 49.98, control motor total con una media de 84.98, dominio de cognición con una media de 23.8. **CONCLUSIÓN:** El 50% de los niños se encuentra en estado de dependencia completa y modificada, el puntaje global WeeFIM no se asocia estadísticamente a la edad, en cambio sí se asocia al sexo del niño y el estado civil de los padres. (17)

### 2.1.2 Antecedentes nacionales

Rentera, A. “Habilidades funcionales en niños con habilidades especiales de un centro de Educación Básica Especial, San Juan de Miraflores, 2020”, Lima 2021. **OBJETIVO:** Determinar el nivel de habilidades funcionales en niños con habilidades especiales del Centro Educativo Básica Especial “Nuestra Señora de Guadalupe” del distrito de San Juan Miraflores, 2020. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Observación, lista de cotejo. **RESULTADOS:** La evaluación respecto a la dimensión higiene personal denota que se encuentra mayormente en proceso con un 43,1%, la dimensión vestimenta en proceso con un 50,8%, la dimensión alimentación y hábitos de mesa con un 47,7%, y la dimensión cuidado del hogar en proceso con un 46,2%. **CONCLUSIÓN:** El 52.3% de los niños evaluados posee habilidades funcionales en proceso, el 24.6% posee estas habilidades en inicio, mientras que el 23.1% ha logrado desarrollar las habilidades funcionales evaluadas. (18)

Almonte, B. “Habilidades funcionales en los niños/as de 5 años de la Institución Educativa Básica Especial J.M. Itard del distrito de Sabandia, Arequipa - 2019”, Arequipa 2019. **OBJETIVO:** Determinar el nivel de desarrollo de las habilidades Funcionales en los niños/as de 5 años de la Institución Educativa básica

especial J.M. Itard del distrito de Sabandia, Arequipa-2019. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Observación, lista de cotejo con alternativas tipo Likert. **RESULTADOS:** La dimensión higiene personal es en inicio 25%, en proceso 31% y en logro 44%; la dimensión vestimenta es en inicio 19%, en proceso 31% y logro 50%; la dimensión alimentación y hábitos de mesa en inicio 19%, en proceso 44% y logro 37%; la dimensión cuidado del hogar en inicio 44%, en proceso 44% y en logro 12%. **CONCLUSIÓN:** El 31% poseen un nivel de desarrollo medio de las habilidades funcionales, requieren solo apoyo verbal y monitoreo para el desarrollo de sus actividades diarias, el 44% se encuentra en nivel alto con total autonomía y el 25% en nivel bajo con necesidad de apoyo físico y verbal. (19)

Ynoue M. “Desempeño funcional y características demográficas de pacientes con discapacidad asociados a parálisis cerebral infantil en menor de 14 años en los servicios de rehabilitación del Hospital II-1 Tarapoto y Hospital II EsSalud Tarapoto, 2015”, San Martín 2017. **OBJETIVO:** Establecer el nivel de desempeño funcional y las características sociodemográficas de los pacientes con presencia de discapacidad vinculados a parálisis cerebral infantil en menores de 14 años de edad en los servicios proporcionados en dos hospitales de Tarapoto, entre Julio y Noviembre del 2015. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Nivel descriptivo y transeccional. **RESULTADOS:** Respecto al desempeño funcional el nivel de dependencia completa tuvo predominio en los campos de cuidado personal y movilidad, en el campo cognitivo hubo paridad en la dependencia completa y modificada; además se observó un mayor porcentaje de discapacidad grave y total; respecto a las características demográficas la



mayoría se encontró en etapas escolares; pertenecen al sexo masculino y femenino de forma equitativa; proceden de zonas urbanas; reciben apoyo económico de únicamente la familia; tienen atención de forma regular; en cuanto al orden cronológico de nacimiento, la mayor parte de casos corresponde al primer hijo. Respecto a los factores considerados de riesgo, los pacientes registraron edades gestacionales menores a 37 semanas.

**CONCLUSIÓN:** Se observa mayor presencia de la dependencia completa en los campos de cuidado personal y movilidad, la mayor parte de los pacientes denotan discapacidad grave y total, no hubo diferencia respecto al sexo, la edad gestacional fue menor a 37 semanas y con antecedentes de ITU fueron establecidos como los principales factores de riesgo presentes en gran parte de los pacientes. (20)

Montero B. "Habilidades funcionales en alumnos de primaria de un centro de educación básica especial, Lima 2017", Lima 2017. **OBJETIVO:** Determinar la puntuación promedio y el nivel de las habilidades funcionales en alumnos de un Centro de Educación Básica Especial. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Software PEDI-CAT. **RESULTADOS:** Según los puntajes obtenidos (de las puntuaciones T, escala del 0 al 100): la puntuación mínima es 10 y la puntuación máxima es de 52, con una media de  $27 \pm 11,0$  de la muestra total, el 55,3% del alumnado se encuentra dentro de las habilidades funcionales disminuidas, un 44,7% se encuentra dentro de las habilidades funcionales en el promedio esperado y un 0,0% dentro de las habilidades funcionales por encima de lo esperado. **CONCLUSIÓN:** A pesar que la mayor parte de los estudiantes no tienen una puntuación media superior a la media de 27, es importante conocer que

habilidades tienen, porque permite tener una perspectiva clara de la situación actual. (21)

Fernandez Z. "Habilidades funcionales en estudiantes del Centro de Educación Básica Especial N° 00003, distrito y provincia de Rioja, 2016", Lima 2016.

**OBJETIVO:** Identificar el nivel de desarrollo de las Habilidades Funcionales en los niños (as) con necesidades educativas especiales. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Ficha de observación, lista de cotejo. **RESULTADOS:** Se encontró que la dimensión higiene personal cuenta con un nivel alto (42,9%), la dimensión vestimenta cuenta con un nivel alto (46,9%), la dimensión alimentación y hábitos de mesa cuenta con un nivel medio (44,9%) y la dimensión cuidado del hogar cuenta con un nivel bajo (44,9%). **CONCLUSIÓN:** El 42,9% de estudiantes poseen nivel de desarrollo medio de las habilidades funcionales, el 32,7% se encuentran en nivel alto y el 24,5% en nivel bajo. (22)

## 2.2 Marco teórico

### 2.2.1 Parálisis cerebral infantil

#### 2.2.1.1 Definición

De acuerdo a Enireb M. y Patiño V. la parálisis cerebral infantil (PCI) es un conjunto de trastornos que producen un cierto efecto sobre las capacidades de un individuo para desplazarse y conservar el equilibrio y la postura. Es la incapacidad del sistema nervioso más habitual en los niños. Cerebral indica que posee vínculo con el cerebro. Parálisis significa debilidad o problemas con el uso de los músculos. La parálisis cerebral infantil se genera a causa de un desarrollo poco normal del

cerebro o por daños a la corteza cerebral en desarrollo que produce un efecto negativo en la capacidad de las personas para controlar el movimiento muscular. (23)

La sintomatología difiere entre una persona y otra. En algunos casos, las personas que presentan esta afección requieren hacer uso de equipamiento especial para poder desplazarse o en el peor de los casos no pueden trasladarse para nada y requieren de tratamiento de por vida. Las personas que presentan un caso leve, sin embargo, pueden trasladarse con dificultades, pero no requerir ningún tipo de asistencia especial. La parálisis cerebral no desmejora con el tiempo, pero los síntomas exactos pueden ir cambiando a lo largo de la vida de la persona. (24)

Todas las personas con parálisis cerebral tienen problemas con el movimiento y la postura. Muchas también tienen afecciones relacionadas como discapacidad intelectual; convulsiones; problemas de la vista, el oído o el habla; cambios en la columna vertebral (como escoliosis) o problemas en las articulaciones (como contracturas). (24)

#### **2.2.1.2 Tipos**

Los profesionales de la salud clasifican la parálisis cerebral en infantes de acuerdo al tipo principal de perturbación del desplazamiento involucrado. De acuerdo a las áreas de la corteza cerebral, podrían causar una o más de los subsiguientes trastornos del desplazamiento:

- Dureza muscular (espasticidad)
- Movimientos inconscientes (discinesia)
- Falta de estado de inmovilidad y de coordinación (ataxia)

#### **2.2.1.2.1 Parálisis cerebral espástica**

La parálisis cerebral espástica es el tipo de parálisis cerebral más habitual. El 80% de las personas se ven afectadas con este tipo de parálisis cerebral.

Los individuos que poseen este tipo de parálisis cerebral poseen una mayor tonificación muscular. Esto indica que sus músculos se encuentran rígidos y que, conforme a lo dicho, se trasladan con dificultad. La parálisis cerebral espástica usualmente se representa por la parte del cuerpo que es afectada:

a) Diplejía/diparesia espástica: la inflexibilidad muscular se muestra especialmente en las piernas y menor proporción en los brazos o no los afecta en absoluto. Los individuos con esta condición pueden presentar problemas para desplazarse debido a la rigidez de los músculos ubicados en la cadera y las piernas, esta condición hace que las extremidades inferiores se unan, se viren hacia dentro y se traspasen a la altura de las rodillas, conocido como la marcha en tijeras.

- b) Hemiplejia y hemiparesia espástica: Afectan un solo lado del cuerpo y, por lo general, más el brazo que la pierna. El término hemiplejia hace referencia a parálisis o completa pérdida del movimiento, mientras que el término hemiparesia, hace referencia a la presencia de dificultades para realizar movimientos voluntarios.
  
- c) Cuadriplejia y cuadriparesia espástica: Son las condiciones más graves; perturban las cuatro extremidades, el torso y la cara. Las personas con estas condiciones por lo general no pueden desplazarse y suelen poseer otras incapacidades del desarrollo como discapacidad intelectual, convulsiones, o problemas de la visión, el oído o el habla.

#### **2.2.1.2.2 Parálisis cerebral discinética**

Las personas con parálisis cerebral discinética tienen problemas para controlar los movimientos de sus manos, brazos, pies y piernas, lo que les dificulta estar sentadas y caminar. Los movimientos son involuntarios, y pueden ser lentos y contorsionantes o rápidos y espasmódicos. A veces afectan la cara y la lengua, y la persona tiene dificultad para succionar, tragar y hablar. El tono muscular de las personas con parálisis cerebral discinética puede presentar cambios (variando de muy rígido a muy laxo) no solo de un día al otro, sino que incluso en el mismo día.

### **2.2.1.2.3 Parálisis cerebral infantil ataxia**

Las personas con parálisis cerebral ataxia tienen problemas con el equilibrio y la coordinación. Podrían presentar inestabilidad al caminar. También podrían tener dificultad para hacer movimientos rápidos o que requieran mucho control, como escribir. Podrían tener dificultad para controlar el movimiento de las manos o los brazos al estirarse para agarrar algo. En la parálisis cerebral ataxia, la lesión o el problema cerebral se encuentra en una parte del cerebro llamado el cerebelo, debido a que se encarga de controlar el equilibrio y coordina los movimientos.

### **2.2.1.2.4 Parálisis cerebral mixta**

Algunas personas tienen síntomas de más de un tipo de parálisis cerebral. El tipo más común de parálisis cerebral mixta es parálisis cerebral espástica-discinética.

### **2.2.1.3 Nivel de PCI**

La clasificación puede ser realizada de tres formas, primero a través del trastorno motor predominante y de la extensión de la afectación, del cual se puede mencionar parálisis cerebral espástica, parálisis cerebral discinética, parálisis cerebral atáxica, parálisis cerebral hipotónica y parálisis cerebral mixta; otra de las formas de clasificación es según al gravedad de la afectación: leve, moderado, grave; inclusive mediante el nivel funcional de la movilidad: nivel I-V de acuerdo a la GMFCS. (25)

Respecto a la clasificación del PCI según la severidad con la que se manifiesta, se encuentran (26):

- Parálisis cerebral leve: Producida cuando la persona no se encuentra limitada en las actividades que realiza de forma diaria, a pesar de presentar algunas alteraciones físicas.
- Parálisis cerebral moderada: El individuo posee dificultades para la realización de actividades diarias y requiere de medios de asistencia o apoyo.
- Parálisis cerebral severa: Las personas requieren apoyo constante para la realización de todas sus actividades.

Para la GMFCS, la clasificación del PCI, de acuerdo a los niveles de funcionalidad de la marcha, se clasifican en cinco niveles (27):

- Nivel I: Pacientes con déficit en un hemicuerpo, desde una monoparesia a una hemiplejía grave.
- Nivel II: Pacientes diparéticos que no requieren dispositivos de asistencia manual para caminar.
- Nivel III: Paciente con diplejía grave o triplejía, con peor control motor en el tronco, lo que hace que usen los miembros superiores para apoyarse en dispositivos auxiliares.

- Nivel IV: Pacientes tetraparéticos con peor control del tronco y con movimiento menos disociado en las extremidades.
- Nivel V: Pacientes tetraparéticos trasladados en silla de ruedas con mal control del cuello y el tronco.

#### **2.2.1.4 Causas**

La parálisis cerebral es causada por lesiones o anomalías del cerebro. La mayoría de estos problemas ocurre a medida que el bebé crece en el útero. Sin embargo, se pueden presentar en cualquier momento durante los primeros 2 años de vida, mientras el cerebro del bebé aún se está desarrollando. (25)

En algunas personas con parálisis cerebral, partes del cerebro se lesionan debido a un nivel bajo de oxígeno (hipoxia) en dichas zonas. No se sabe por qué ocurre esto.

Los bebés prematuros tienen un riesgo ligeramente más alto de padecer parálisis cerebral. La parálisis cerebral puede ocurrir también durante la infancia temprana como resultado de diversas afecciones que incluyen (25):

- Sangrado en la corteza cerebral.
- Infecciones cerebrales.
- Lesiones craneales.



- Infecciones en la madre durante la gestación.
- Ictericia grave.
- En determinadas situaciones, la causa nunca logra ser determinado.

#### **2.2.1.5 Síntomas**

Los síntomas de la parálisis cerebral pueden ser distintos en cada individuo con este conjunto de trastornos. Los síntomas pueden:

- Ser muy ligeros o muy peligrosos
- Complicar sólo un lado del cuerpo o ambos lados
- Ser más acentuados en las extremidades superiores o inferiores o comprometer ambos.

Los síntomas por lo general son observados antes de que un niño llega a cumplir los 2 años de edad. En algunos casos dan inicio incluso a partir de los 3 meses. Los padres pueden observar que su hijo está demorando un poco más para lograr etapas de desarrollo como sentarse, girar, gatear o caminar.

Hay diferentes tipos de parálisis cerebral. Algunas personas tienen una combinación de síntomas.

La parálisis cerebral espástica es el más frecuente. Sus síntomas incluyen:

- Músculos muy tensados y que no se llegan a estirar, complicándose con el transcurso de los años.
- Desplazamiento anormal - brazos introducidos hacia los costados, rodillas cruzadas o tocándose, piernas que hacen movimientos de "tijeras" y caminar sobre los dedos.
- Articulaciones rígidas y que no se apertura por completo.
- Agotamiento muscular o pérdida del movimiento en un grupo de músculos.
- Los síntomas pueden afectar un brazo o pierna, un lado del cuerpo, ambas piernas o ambos brazos y piernas.

Los siguientes síntomas pueden producirse en otros tipos de parálisis cerebral:

- Movimientos anormales de las manos, los pies, los brazos o las piernas estando despierto, lo cual empeorando en períodos de estrés.
- Estremecimientos
- Desplazamiento inestable
- Pérdida de la coordinación

- Músculos flojos, especialmente en reposo, y articulaciones que se mueven en demasía.

Otros síntomas cerebrales y del sistema nervioso pueden incluir:

- Dificultades en el proceso de aprendizaje, a pesar que la inteligencia es normal.
- Problemas en el habla.
- Problemas de auditivos o de vista.
- Convulsiones
- Dolor, principalmente en personas en edad adulta.

Síntomas digestivos y de la alimentación:

- Problemas para absorber o nutrirse en los bebés, o masticar y tragar en niños mayores y adultos
- Náuseas o indisposición

Otros síntomas:

- Acrecentamiento del babeo
- Desarrollo más lento de lo estándar
- Respiración anormal
- Incontinencia urinaria

### **2.2.1.6 Tratamiento**

No hay ninguna cura para la parálisis cerebral. El objetivo del tratamiento es proporcionar ayuda a los individuos a ser lo más independientes posible.

El tratamiento requiere un equipo de profesionales, que incluyen:

- Médicos de atención primaria
- Odontólogos
- Trabajadores sociales
- Enfermeras
- Terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas y terapeutas de lenguaje.
- Otros especialistas, que incluyen neurólogos, médicos especialistas en rehabilitación, neumólogos y gastroenterólogos

El tratamiento se basa en la sintomatología del individuo y en la necesidad de advertir complicaciones. Los cuidados personales y en el hogar incluyen:

- Tomar alimentos y nutrición suficientes
- Conservar la casa segura

- Llevar a cabo los ejercicios recomendados por los profesionales de la atención
- Realizar el cuidado adecuado del intestino (supositorios anales, líquidos, fibra, laxantes, defecaciones regulares)
- Resguardar las articulaciones de lesión

## **2.2.2 WeeFIM**

### **2.2.2.1 Definición**

Es una medida de habilidades funcionales y la necesidad de asistencia que está asociada a niveles de discapacidad en niños de 6 meses a 7 años y mayores.

Este estudio es de confiabilidad y validado por un periodo de 9 meses a fines de 1990 confirmando una estrecha relación entre las calificaciones del instrumento y la edad cronológica de un desarrollo típico. Se hallaron buenos resultados en niños entre 1-7 años con discapacidad motoras, comunicativas, y de desarrollo neuronal y de niños entre 8-12 años con parálisis cerebral infantil o espina bífida. También tuvieron resultados en evaluaciones cara a cara y las entrevistas telefónicas, facilitando así el seguimiento del estado funcional de un paciente sin el requerimiento costoso de las entrevistas cara a cara. (26)

El sistema de WeeFIM en el año 2001 fue usado para preparar informes hospitalarios y ambulatorios. En el año 2003 un equipo de trabajo

compuesto por suscriptores y personal de UDSMR, para desarrollar y evaluar nuevos ítems o puntos para breve cuestionario centrado en la familia que completaría el instrumento WeeFIM. Este punto evaluara la funcionalidad que es necesario que los niños adquieran para poder realizar actividades cotidianas. Como el instrumento existente los nuevos ítems miden la funcionalidad dentro de un contexto de desarrollo; sin embargo, encajan dentro de dominios ligeramente diferentes, llamados motor, cognitiva carga de cuidado. Se evalúan movilidad, vestirse, bañarse, expresión, comprensión apego, atención a la tarea receptividad, permanencia, sueño, calma y ansiedad ante la separación. El cuestionario puede administrarse de forma rápida por los médicos clínicos cuando entrevistan a los padres o cuidadores. En algunos casos lo pueden completar los cuidadores directamente. (27)

#### **2.2.2.2 Descriptores de los elementos**

Cada uno de los 18 elementos que componen el instrumento WeeFIM está clasificado en una escala ordinal de 7 niveles. La puntuación más alta es de 7, el cual representa independencia completa; y la puntuación mínima es 1 el cual representa ayuda total. (14)

Tabla N° 1

*Puntuación del instrumento WeeFIM*

INDEPENDIENTE	No se requiere de otra persona para la actividad
7 INDEPENDENCIA COMPLETA	El niño realiza en forma segura todas las tareas descritas desarrollando la actividad sin ayuda de un asistente, dentro de un lapso razonable de tiempo y sin modificación, dispositivos de asistencia o ayudas,
6 INDEPENDENCIA MODIFICADA	El niño realiza todas las tareas sin ayuda de un asistente y una de las siguientes afirmaciones es cierta: a) El niño requiere de un dispositivo de asistencia o ayuda para realizar las tareas. b) El niño requiere una prótesis u órtesis que es necesaria para realizar las tareas. c) El niño usa un lapso de tiempo mayor a lo razonable para realizar las tareas. d) Existe preocupación por la seguridad del niño cuando realiza las tareas.
DEPENDIENTE MODIFICADA	El niño realiza 50% o más de las tareas.
5 SUPERVISION O PREPARACION	El niño realiza todas las tareas, pero requiere supervisión (observación, indicaciones o persuasión) sin contacto físico o preparación (por ejemplo, acomodar los objetos necesarios o ayudarlo a colocarse dispositivos de asistencia/adaptación o una prótesis u órtesis.
4 AYUDA DE CONTACTO MINIMO	El niño realiza el 75% o más de las tareas requiriendo ayuda solo mediante tocarlo.
3 AYUDA MODERADA	El niño realiza del 50% al 74% de las tareas requiriendo ayuda física más allá de tocarlo.
DEPENDENCIA COMPLETA	El niño realiza menos del 50 % de las tareas, requiriendo ayuda máxima o total de un asistente.
2 AYUDA MAXIMA	El niño realiza del 25% al 49% de las tareas
1 AYUDA TOTAL	Una o ambas las siguientes afirmaciones son ciertas: a) El niño realiza menos del 25% de las tareas (incluye tareas no realizadas). b) El niño requiere de dos asistentes para realizar las tareas

### **2.2.2.3 Elementos de evaluación**

#### **2.2.2.3.1 Cuidado personal**

- Alimentación: Incluye el uso de utensilios apropiados para llevar comida y líquido a la boca, masticar y deglutir una vez que la comida ha sido presentada de manera acostumbrada en una mesa o bandeja.
- Aseo Personal: Incluye cepillarse los dientes, peinarse el cabello, lavar, enjuagar y secar las manos y lavar, enjuagar y secar la cara.
- Baño: Incluye lavar, enjuagar y secar el cuerpo por debajo del cuello, incluye las preparaciones iniciales tales como preparar el agua y los implementos para el baño.
- Vestirse Parte Superior del Cuerpo: Incluye vestirse y desvestirse por arriba de la cintura Este elemento también incluye obtener ropa de lugares habituales; manejo de botones, cremalleras, broches de presión; y colocar y remover prótesis y órtesis cuando sea aplicable
- Vestirse Parte Inferior del Cuerpo: Incluye vestirse y desvestirse de la cintura para abajo. Este elemento también incluye obtener ropa de lugares habituales; manejo de botones, cremalleras, broches de presión; y colocar y remover prótesis y órtesis cuando sea aplicable.



- Ir al baño: incluye mantener higiene peri anal (limpiarse solo) y ajustar la ropa antes y después de usar el retrete o cómodo.
- Control de Esfínter Vesical: Incluye control completo e intencional de la vejiga urinaria, o el uso de cualquier equipo o agente para el control del esfínter vesical.
- Control de Esfínter Anal: Incluye control completo e intencional de los movimientos del esfínter anal, o el uso de cualquier equipo o agente para el control de esfínter anal.

#### **2.2.2.3.2 Movilidad**

- Silla, Silla de ruedas: Todos los aspectos de traslados de o hacia una silla de ruedas, incluye el llegar a una posición de pie si caminar es el modo típico de locomoción.
- Retrete: Todos los aspectos de trasladarse de y del retrete.
- Tina, Ducha: Incluye entrar y salir de una tina o dura.
- Caminar/ silla de Ruedas/ Gatear:
  - Parte 1: caminar

Incluye caminar una vez que está de pie, superficie plana, por lo menos 45 metros de una sola vez. Puntaje

7

- Parte 2: silla de ruedas

Incluye usar manual o con motor desde posición sentado un mínimo de 45 metros de una sola vez sin peligro físico como una cuadra de la comunidad. Puntaje 6

- Parte 3: Gatear

Incluye gatear, girar, arrastre en una superficie lisa libre de peligros físicos una distancia de 15 metros de una sola vez.

- Escaleras: Incluye subir y bajar 12-14 escalones (un piso) en edificio o casa.

### **2.2.2.3.3 Cognición**

- Comprensión: Incluye comunicación visual o auditiva (habla, escritura, lenguaje de señas, gestos o fotografía).
- Expresión: Incluye expresiones vocales o no vocales claras de necesidades básica e ideas, lenguaje entendible, expresiones claras del lenguaje escrito, gestos, señas o dispositivos y comunicación.
- Interacción Social: Incluye interactuar de manera apropiada con otros niños en situaciones de juego o sociales. Llevarse bien, cooperar y participar con otros.

- Resolución de Problemas: Incluye reconocer problemas cotidianos cuando estos ocurren, iniciar planes para resolverlos, llevar los plantea a cabo hasta que el problema sea resuelto y autocorregirse, tomar decisiones de forma razonable, segura y el tiempo referidas a los problemas cotidianos.
- Memoria: Incluye habilidades relacionadas a reconocer y recordar mientras se realizan actividades cotidianas, incluye almacenar y recuperar información visual y verbal.

## **CAPÍTULO III: HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES**

### **3.1 Hipótesis**

#### **3.1.1 Hipótesis general**

Los pacientes con parálisis cerebral infantil de 3 a 17 años de edad que acuden a la Clínica San Juan de Dios de la ciudad de Lima poseen un nivel de desempeño funcional completa.

#### **3.1.2 Hipótesis específica**

- El nivel de desempeño funcional de las áreas de cuidado personal, movilidad y cognición de los pacientes con parálisis cerebral infantil de 3 a 17 años de edad que acuden a la Clínica San Juan de Dios de la ciudad de Lima es completa.
- La característica sociodemográfica con mayor asociación al desempeño funcional de los pacientes con parálisis cerebral infantil de 3 a 17 años de edad en la Clínica San Juan de Dios de la ciudad Lima es la edad.
- El factor con mayor desempeño funcional en los pacientes con parálisis cerebral infantil de 3 a 17 años de edad en la Clínica San Juan de Dios de la ciudad de Lima es la alimentación.

- El factor con menor desempeño funcional en los pacientes con parálisis cerebral infantil de 3 a 17 años de edad en la Clínica San Juan de Dios de la ciudad de Lima es la resolución de problemas.

### **3.2 Operacionalización de las variables**

Variable principal:

- Nivel de desempeño funcional

Co variables:

- Características sociodemográficas
- Antecedentes personales no patológicos

Tabla N° 2  
*Operacionalización de variables*

<b>Variable</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Indicador</b>	<b>Instrumento</b>
Nivel de desempeño funcional	Cuidado personal	Alimentación. Aseso. Vestido de tren superior. Vestido de tren inferior. Ir al baño.	WeeFIM
	Movilidad	Evacuación vesical. Evacuación intestinal. Movilización silla a silla de ruedas. Traslado al inodoro. Traslado a la ducha o bañera. Caminar/desplazarse en silla de ruedas.	
	Cognición	Subir y bajar escaleras. Comprensión. Expresión. Interacción social. Solución de problemas. Memoria.	
Características sociodemográficas	Edad Género Grado de instrucción Procedencia	Rango de edad. Sexo. Estudios.	Historia Clínica
Antecedentes personales no patológicos	Prenatales  Perinatales	Distrito. Edad de la madre. Nº de hijo. Embarazo controlado. Complicaciones. Edad gestacional. Tipo de parto. Peso. Complicaciones.	

Fuente: Elaboración propia

## **CAPÍTULO IV:**

### **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **4.1 Diseño de la investigación**

##### **4.1.1 Diseño**

Analítico - sintético, porque se iniciará con la disgregación del objeto de análisis en cada uno de sus elementos para analizarlos de manera independiente y posteriormente son integrados para analizarlas de forma holística e integral.

##### **4.1.2 Tipo de investigación**

Según el tiempo de intervención fue prospectivo, porque se tomaron datos futuros.

Según el nivel de manipulación fue no experimental, debido a que se observarán y medirán sin manipular los datos.

Según el número de observaciones fue transversal, porque se midió la variable en un determinado periodo de tiempo, y una única vez.

Según el trato de la variable fue descriptiva, porque se buscó detallar situaciones y eventos, así como sus propiedades más importantes.

#### **4.2 Ámbito de estudio**

El ámbito de estudio de la investigación estuvo conformado por el universo total de pacientes pediátricos de 3 a 17 años de edad atendidos en el servicio de Terapia Neurológica de la Clínica San Juan de Dios durante el año 2021, en la ciudad de Lima.

### **4.3 Población y muestra**

#### **4.3.1 Población**

Para fines de la presente investigación la población estuvo constituida por el número de pacientes pediátricos del servicio de Terapia Neurológica de la Clínica San Juan de Dios durante el año 2021, estimado en 30 pacientes.

#### **4.3.2 Muestra**

La muestra fue seleccionada a través del método de muestreo no probabilístico de tipo censal, es decir que la muestra será igual a la población, calculado en 30 pacientes.

##### **4.3.2.1 Criterios de inclusión**

- Pacientes comprendidos entre 3 a 17 años.
- Pacientes que asisten a rehabilitación neurológica.
- Pacientes con parálisis cerebral espástica, disquinética, atáxico y mixta.
- Pacientes cuyos apoderados firmaron el consentimiento informado.

##### **4.3.2.2 Criterios de exclusión**



- Pacientes que asisten irregularmente en la terapia neurológica.
- Pacientes que no acuden en la terapia neurológica.
- Pacientes que no están en el rango de la edad.
- Pacientes cuyos apoderados no firmaron el consentimiento informado.

#### **4.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

##### **4.4.1 Técnica**

Para fines de la investigación se recurrió a la técnica de la observación, caracterizado porque el investigador se encuentra en el lugar en el que se desarrolla el hecho sin intervenir ni alterar el ambiente.

##### **4.4.2 Instrumento**

En el presente estudio se hizo uso del instrumento WeeFIM, escala validada y estandarizada que se usa para evaluar el desempeño funcional en pacientes pediátricos. El instrumento constará de dos hojas en los cuales se recopilarán los datos de la historia clínica del paciente y la valoración del WeeFIM.

El instrumento WeeFIM evalúa las áreas de cuidado personal, movilidad y cognición, cada una de estas incluye lo siguiente:

- a) Cuidado personal: 6 ítems sobre cuidado personal, entre los que se observa la alimentación, aseo, vestido de la parte superior, vestido de la parte inferior e ir a los SSHH y 2 ítems de control de esfínteres.

**Alimentación.** Incluye todo lo siguiente luego de que la comida fue preparada y colocada frente al niño, uso de utensilios adecuados como tenedor, cuchara y taza, llevar comida y líquidos a la boca, preparar y mezclar la comida para tragar.

7. Independencia completa: Come de un plato mientras maneja todo tipo de consistencia de comida y bebe de un vaso o taza. El niño usa cuchara o tenedor para llevar la comida a la boca, masticarla y tragarla.

6. Independencia Modificada: El niño es independiente pero necesita adaptaciones o asistencia, modificaciones en la consistencia de la comida o más tiempo de lo prudencial.

5. Supervisión o Apoyo: Requiere supervisión (estímulo, dirección verbal) o uso de adaptaciones o asistencia como tubo de alimentación, órtesis o necesita apoyo para abrir paquetes, cortar carne, untar el pan o verter líquidos.

4. Asistencia Mínima: El niño realiza el 75% o más de la tarea alimentaria y debe ser apoyado para completar la cantidad de comida a ingerir.

3. Asistencia Moderada: El niño realiza el 50 a 74% de la tarea de alimentarse.

2. Asistencia Máxima: El niño realiza el 25 a 49% de la tarea de alimentarse.

1. Asistencia Total: El niño realiza menos del 25% de la tarea de

alimentarse, no puede comer ni beber alimentos completos, debe apoyarse en otros medios de alimentación como alimentación parenteral o gastronomía.

**Aseo o Acicalamiento.** Incluye aseo bucal, peinado, lavado y secado de cara y manos.

7. Independencia Completa: el niño limpia sus dientes, cepilla su pelo, lava y seca cara y manos.

6. Independencia Modificada: el niño precisa de equipo especializado (prótesis u órtesis), le toma más tiempo de lo prudencial o este accionar insume riesgos.

5. Supervisión u Apoyo: el niño requiere supervisión (apoyo, sostenimiento o estímulo verbal), aplicación de órtesis o preparativos iniciales como poner pasta dental.

4. Asistencia Mínima: el niño realiza el 75% o más de la tarea de aseo.

3. Asistencia Moderada: el niño realiza de 50 a 74% de la tarea de aseo.

2. Asistencia Máxima: el niño realiza de 25 a 49% de la tare de aseo.

1. Asistencia Total: el niño realiza menos del 25% de la tarea de aseo.

**Baño.** Incluye lavado y secado del cuerpo desde el cuello hacia abajo (excluyendo la espalda) sea en bañera o ducha.

7. Independencia Completa: el niño lava y seca su cuerpo en forma independiente.

6. Independencia Modificada: el niño precisa equipo especial (prótesis u órtesis), le toma más tiempo del prudencial o en el accionar surgen situaciones de riesgos.

5. Supervisión o Apoyo: el niño requiere supervisión o preparativos del equipo de baño, preparativos especiales del agua o materiales de aseo.

4. Asistencia Mínima: el niño realiza el 75% o más de la tarea de baño.

3. Asistencia Moderada: el niño realiza de 50 a 74% de las tareas del baño.

2. Asistencia Máxima: el niño realiza de 25 a 49% de las tareas del baño.

1. Asistencia Total: el niño realiza menos del 25% de las tareas del baño.

**Vestido del Tren Superior.** Incluye vestir de la cintura hacia arriba, así como retirar órtesis y prótesis.

7. Independencia Completa: el niño se viste y se desviste, incluye obtención de ropa desde closet, ropero, maneja cierre delantero, puede introducir la cabeza en la prenda, maneja cremallera, botones, cierres a presión, coloca y retira órtesis y prótesis.

6. Independencia Modificada: el niño requiere adaptación de cierres especiales, dispositivos de asistencia (prótesis y órtesis) o más tiempo del prudencial.

5. Supervisión o Apoyo: el niño requiere estímulo, apoyo, preparación de órtesis, ropa o del equipo para vestirse.

4. Asistencia Mínima: el niño realiza 75% o más de las tareas de vestido.

3. Asistencia Moderada: el niño realiza el 50 a 74% de las tareas de vestido.

2. Asistencia Máxima: el niño realiza el 25 a 49% de las tareas de vestido.

1. Asistencia Total: el niño realiza menos del 25% de las tareas de vestido.

**Vestido del Tren Inferior.** Incluye vestir de la cintura para abajo, así como colocar y retirar órtesis y prótesis.

7. Independencia Completa: el niño se viste y se desviste, incluye obtención de ropa desde closet, ropero, maneja cierre delantero, puede

introducir la cabeza en la prenda, maneja cremallera, botones, cierres a presión, coloca y retira órtesis y prótesis.

6. Independencia Modificada: el niño requiere adaptación de cierres especiales, dispositivos de asistencia (prótesis y órtesis) o más tiempo del prudencial.

5. Supervisión o Apoyo: el niño requiere estímulo, apoyo, preparación de órtesis, ropa o del equipo para vestirse.

4. Asistencia Mínima: el niño realiza 75% o más de las tareas de vestido

3. Asistencia Moderada: el niño realiza el 50 a 74% de las tareas de vestido

2. Asistencia Máxima: el niño realiza el 25 a 49% de las tareas de vestido.

1. Asistencia Total: el niño realiza menos del 25% de las tareas de vestido.

**Ir al Baño.** Incluye mantener la higiene perineal y ajustar la ropa antes y después del uso del servicio higiénico, no incluye tirar la cadena.

7. Independencia Completa: el niño se limpia por si mismo después de evacuar el intestino.

6. Independencia Modificada: el niño requiere de prótesis u órtesis, más tiempo del prudencial o la tarea le ocasiona riesgos.
5. Supervisión o Apoyo: el niño amerita apoyo, estímulo, aplicación de dispositivos o apertura de paquetes.
4. Asistencia Mínima: el niño realiza 75% o más de la tarea.
3. Asistencia Moderada: el niño realiza el 50 a 74% de la tarea.
2. Asistencia Máxima: el niño realiza el 25 a 49% de la tarea.
1. Asistencia Total: el niño realiza menos del 25% de la tarea.

**Evacuación Vesical.** Incluye el control completo e intencional de la vejiga y el uso de agentes o equipos necesarios para el control de la vejiga. Este ítem usa dos variables:

7. Independencia Completa: el niño controla completa e intencionalmente. Nunca es incontinente.

6. Independencia Modificada: el niño requiere que le alcancen un recipiente urinario, pañal, alarma nocturna, catéter intermitente sin ayudante y medicación para controlarla. No hay accidentes urinarios.

5. Supervisión y Apoyo: el niño requiere supervisión, estímulo o preparativos del equipo para evacuar o mantener un dispositivo externo.

4. Asistencia Mínima: el niño realiza 75% o más de la tarea de control vesical. Puede tener accidentes urinarios menos de una vez por semana.

3. Asistencia Moderada: el niño realiza el 50 a 74% de la tarea de control vesical. Puede tener accidentes urinarios menos de una vez por día.

2. Asistencia Máxima: el niño realiza el 25 a 49% de la tarea de control vesical. Moja con frecuencia diaria, lo que obliga el uso de pañales, cateterismo u osteotomía.

1. Asistencia Total: el niño realiza menos del 25% de la tarea de control vesical. Moja con frecuencia diaria, usa pañales.

**Evacuación Intestinal.** Incluye el control completo e intencional del movimiento intestinal, el uso de equipos o agentes necesarios para su control.

7. Independencia completa: el niño controla el intestino completa e intencionalmente sin asistencia.



6. Independencia modificada: el niño usa como asistencia la estimulación rectal digital, masajes abdominales, ablandadores fecales, supositorio, laxantes, enemas, etc. Es independiente, nunca incontinente.
5. Supervisión y apoyo: el niño requiere sostenimiento, estímulo o preparación del equipo necesario para mantener un patrón excretorio aceptable. Puede tener accidentes una vez por mes.
4. Asistencia mínima: el niño realiza el 75% o más de las tareas de control intestinal. Puede tener accidente una vez por semana.
3. Asistencia moderada: el niño realiza un 50 a 74% de las tareas. Puede tener accidentes una vez por día.
2. Asistencia máxima: el niño realiza un 25 a 49% de la tarea. Defeca con frecuencia a diario y usa pañales.

1. Asistencia total: el niño se defeca a diario, usa pañales y realiza menos del 25% de las tareas de control intestinal.

b) **Movilidad:** 3 ítems de movimiento (traslado de la silla habitual a la silla de ruedas, movilización al inodoro, movilización a la ducha y 2 ítems de traslación (desplazamiento en sillas de ruedas, subida y bajada de las escaleras).

**Movilización** Silla - Silla de Ruedas. Incluye todos los aspectos de movilización hacia o desde una silla a silla de ruedas.

7. Independencia completa: el niño frena la silla clavando los frenos, baja los apoya pies, retira los apoya brazos, gira firmemente y con seguridad.

6. Independencia Modificada: el niño requiere de dispositivos de asistencia o adaptación, ej. Barras de apoyo, elevador, asiento especial, etc. Le toma más tiempo del prudencial o la actividad lo pone en riesgo.

5. Supervisión y apoyo: el niño requiere sostenimiento, estímulo o preparativos como colocación en tabla de desplazamiento, moverle los apoya pies, etc.

4. Asistencia mínima: el niño realiza el 75% o más de la tarea de movilización.

3. Asistencia moderada: el niño realiza un 50 a 74% de la tarea de movilización.

2. Asistencia máxima: el niño realiza un 25 a 49% de la tarea de movilización.

1. Asistencia total: el niño realiza menos del 25% de la tarea de movilización.

**Traslado al Inodoro.** Incluye llegar y retirarse del inodoro.

7. Independencia completa: si el niño camina, tener en cuenta cuando se acerca, se sienta y se para desde el inodoro con seguridad. Si está en silla de ruedas, tener en cuenta cuando se acerca, clava los frenos, levanta los apoyas pies, retira apoyas brazos y/o realiza giros.

6. *Independencia Modificada*: requiere asistencia, prótesis, órtesis, tabla de deslizamiento, elevador, barras de apoyo, asiento especial, le toma más tiempo del prudencial o la actividad lo pone en riesgo

5. *Supervisión y apoyo*: el niño requiere sostenimiento, estímulo o preparativos como colocación en tabla de desplazamiento, moverle los apoya pies, etc.

4. *Asistencia mínima*: el niño realiza el 75% o más de la tarea de movilización.

3. *Asistencia moderada*: el niño realiza un 50 a 74% de la tarea de movilización.

2. *Asistencia moderada*: el niño realiza un 25 a 49% de la tarea de movilización.

1. *Asistencia total*: el niño realiza menos del 25% de la tarea de movilización.

**Traslado a la Ducha o Bañera.** Incluye llegar y retirarse de la bañera o ducha.

7. *Independencia completa*: si el niño camina, tener en cuenta cuando se acerca, se sienta y se para desde el inodoro con seguridad. Si está en silla de ruedas, tener en cuenta cuando se acerca, clava los frenos, levanta los apoya pies,retira apoya brazos y/o realiza giros.

6. *Independencia Modificada*: requiere asistencia, prótesis, órtesis, tabla de deslizamiento, elevador, barras de apoyo, asiento especial, le toma más tiempo del prudencial o la actividad lo pone en riesgo.

5. *Supervisión y apoyo*: el niño requiere sostenimiento, estímulo o preparativos como colocación en tabla de desplazamiento, moverle los apoya pies, entre otros.

4. *Asistencia mínima*: el niño realiza el 75% o más de la tarea de movilización.

3. *Asistencia moderada*: el niño realiza un 50 a 74% de la tarea de movilización.

2. *Asistencia moderada*: el niño realiza un 25 a 49% de la tarea de movilización.

1. *Asistencia total*: el niño realiza menos del 25% de la tarea de movilización.

**Locomoción.** Incluye caminar, una vez que el niño está de pie, sobre una superficie plana, un mínimo de 50 metros con seguridad. Si usa silla de ruedas, una vez en posición sentada debe moverse en una superficie plana un mínimo de 50 metros. Si gatea, un mínimo de 17 metros por una superficie plana y con seguridad. Se valora el modo más frecuente de locomoción.

7. *Independencia completa*: el niño se moviliza caminando en forma independiente y con seguridad.

6. *Independencia Modificada*: el niño camina un mínimo de 50 metros usando prótesis, órtesis en los miembros inferiores, zapatos adaptados, bastón, muleta, le toma más tiempo del prudencial o la actividad lo pone en riesgo.

5. *Supervisión y apoyo*: si el niño camina, requiere apoyo, sostenimiento y estímulo para caminar un mínimo de 50 metros. Si está en silla de ruedas precisa estímulo para moverse un mínimo de 50 metros. Si gatea lo hace en forma independiente un mínimo de 17 metros.

4. *Asistencia mínima*: si el niño camina realiza el 75% o más de la actividad en un mínimo de 50 metros. Si está en silla de ruedas realiza

más del 75% de la actividad con un mínimo de 50 metros y entre 9 y 17 metros.

3. *Asistencia moderada*: si el niño camina realiza un 50 a 74% de la actividad en un mínimo de 50 metros. Si está en silla de ruedas, realiza entre 50 a 74% de la actividad en un mínimo de 50 metros y si gatea, lo hace en una distancia entre 4,5 y 9 metros.

2. *Asistencia máxima*: si el niño camina o está en silla de ruedas, realiza un 25 a 49% de la actividad en un mínimo de 17 metros y si gatea. El niño requiere asistencia de una persona.

1. *Asistencia total*: si camina o está en silla de ruedas, el niño realiza menos del 25% de la actividad en un mínimo de 17 metros y requiere asistencia de dos personas. Si gatea lo hace menos de 4,5 metros.

**Escaleras.** Incluye subir y bajar 12 a 14 escalones (trayecto) dentro de una casa.

7. *Independencia completa*: sube y baja un trayecto en forma independiente y con seguridad.

6. *Independencia Modificada*: el niño sube y baja un trayecto necesitando apoyo lateral, pasamanos, bastón, gateando, le toma más tiempo del prudencial o la actividad lo pone en riesgo.

5. *Supervisión y apoyo*: el niño requiere sostenimiento o estímulo para subir y bajar un trayecto.

4. *Asistencia mínima*: el niño realiza el 75% o más del esfuerzo para cumplir el trayecto.

3. *Asistencia moderada*: el niño realiza un 50 a 74% del esfuerzo para cumplir el trayecto.

2. *Asistencia máxima*: el niño realiza un 25 a 49% del esfuerzo para cumplir el trayecto.

1. *Asistencia total*: el niño realiza menos del 25% del esfuerzo para cumplir el trayecto.



c) Cognición: 2 ítems de comunicación (juicio, locución) y 3 ítems de cognición social (interacción social, resolución de dificultades, retentiva).

Cada uno de los 18 elementos fue evaluado a través de la herramienta WeeFIM, conformado por una escala con puntuaciones que van de 1 a 7, en el cual el 1 es el menor valor que corresponde a una asistencia total y el 7 es el mayor valor que corresponde a independencia completa.

## **CAPÍTULO V: PROCESAMIENTO DE DATOS**

### **5.1 Descripción del trabajo de campo**

Para la recolección de datos se solicitó la autorización por parte de la dirección de la Clínica San Juan de Dios de Lima, posteriormente se coordinó con el área de admisión para la aplicación del instrumento de medición a los pacientes con diagnóstico de parálisis cerebral infantil de 3 a 17 años de edad que son atendidos en dicha institución.

Antes de la aplicación del instrumento de recolección, se explicó brevemente el motivo de la investigación, con la finalidad de lograr la participación voluntaria, respetando los principios éticos del anonimato y confidencialidad.

Los datos obtenidos fueron registrados en una hoja de cálculo de Microsoft Excel y posteriormente para su tratamiento importado al programa estadístico SPSS versión 25 en español, a través de la técnica de distribución de frecuencia y tablas cruzadas para obtener los porcentajes y frecuencias.

### **5.2 Presentación de resultados**

## 5.2.1 Características sociodemográficas

Tabla N° 3

Distribución de la población por edad y sexo

Edad		Sexo		Total
		Femenino	Masculino	
Hasta 5 años	Recuento	6	4	10
	Porcentaje	37,5%	28,6%	33,3%
Entre 6 y 11 años	Recuento	7	7	14
	Porcentaje	43,8%	50,0%	46,7%
Más de 11 años	Recuento	3	3	6
	Porcentaje	18,8%	21,4%	20,0%
Total	Recuento	16	14	30
	Porcentaje	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Base de datos

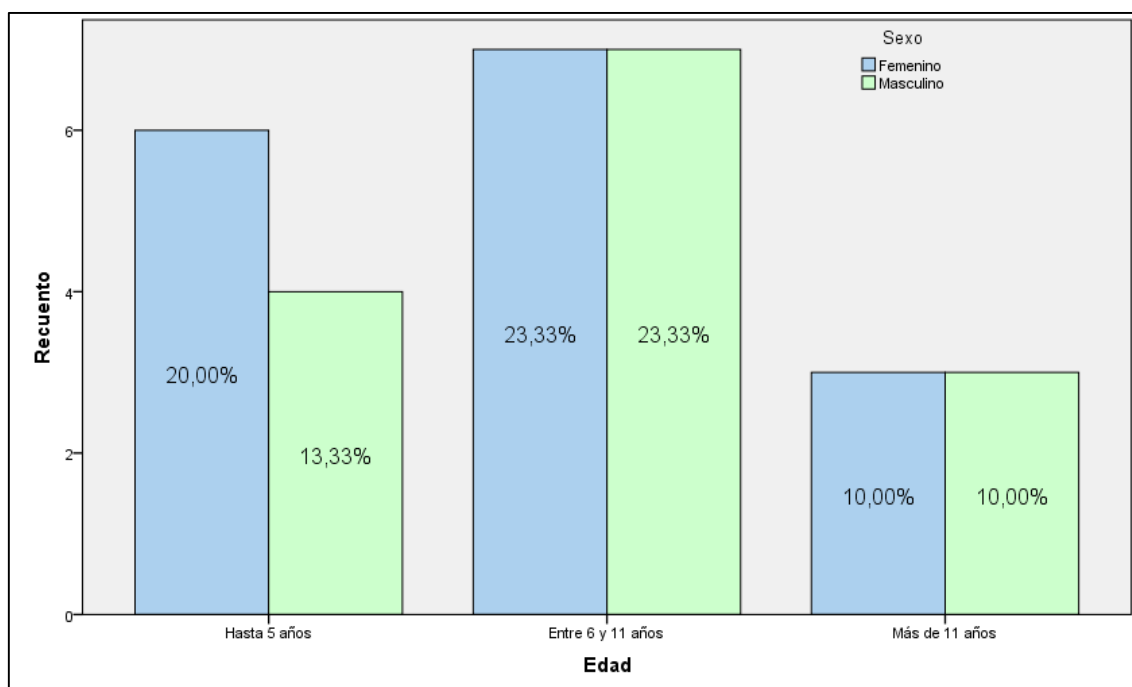


Gráfico N° 1. Distribución de la población por edad y sexo

Fuente: Base de datos

**Interpretación:** Del total de pacientes con parálisis cerebral infantil atendidos en la Clínica San Juan de Dios de Lima, el 53.3% son de sexo femenino y el 46.7% de sexo masculino; así como el 46.7% tienen edades entre 6 y 11 años, el 33.3% hasta 5 años y el 20.0% entre 11 y 17 años de edad. Se observa que son los pacientes de sexo femenino con edades entre

11 y 17 años los que tienen mayor representatividad en la población, seguido de los del sexo masculino en el mismo rango de edad.

Tabla N° 4  
Características del diagnóstico de la población

		Recuento	Porcentaje
Diagnóstico	Parálisis cerebral infantil	29	96.7%
	Retardo mental	1	3.3%
Tipo de parálisis	Distónica	5	16.7%
	Espástica	21	70.0%
	Hipotónica	4	13.3%
Diagnóstico topográfico	Cuadriplejía	10	33.3%
	Paraplejía	12	40.0%
	Hemiplejía	8	26.7%

Fuente: Base de datos

**Interpretación:** Del total de pacientes con parálisis cerebral infantil atendidos en la Clínica San Juan de Dios de Lima, el 96.7% de los casos estudiados tuvieron el diagnóstico de PCI y el 3.3% retardo mental; respecto al tipo de parálisis, el 70.0% presentaron parálisis espástica, el 16.7% parálisis distónica y el 13.3% parálisis hipotónica; en cuanto al diagnóstico topográfico, el 40.0% presentó paraplejía, el 33.3% cuadriplejía y el 26.7% hemiplejía. Se observa la mayor presencia de parálisis espástica, el cual según investigadores generalmente se produce durante el embarazo, pudiendo este deberse desde infecciones intrauterinas hasta causas genéticas, inclusive durante el parto por falta de oxígeno, prematuridad o traumatismos.

Tabla N° 5  
Características de la evaluación de la población

		Recuento	Porcentaje
Tipo de evaluación	Preadmisión	14	46.7%
	Admisión	16	53.3%
Fuente de información	Padres	27	90.0%
	Otro	3	10.0%
Método de evaluación	En persona	30	100.0%

Fuente: Base de datos

**Interpretación:** Del total de pacientes con parálisis cerebral infantil atendidos en la Clínica San Juan de Dios de Lima, el tipo de evaluación realizada fue en preadmisión con el 46.7% y admisión con el 53.3%; respecto a la fuente de información, está representado por los padres con el 90.0% y por otra persona con el 10.0%; además, el método de evaluación fue en persona en el total de los casos.

Tabla N° 6  
Características de domicilio de la población

		Recuento	Porcentaje
Domicilio	Centro de rehabilitación	30	100.0%
Vive con	Ambos padres	20	66.7%
	Un solo progenitor	8	26.7%
	Parientes	1	3.3%
	Otro	1	3.3%

Fuente: Base de datos

**Interpretación:** Del total de pacientes con parálisis cerebral infantil atendidos en la Clínica San Juan de Dios de Lima, el 100% de los casos especifican como domicilio el centro de rehabilitación, además de indicar que vive con ambos padres para el 66.7%, con un solo progenitor en el 26.7% de los casos, parientes en el 3.3% y otros en el 3.3%.

Tabla N° 7  
Características educacionales de la población

		Recuento	Porcentaje
educacional	Categoría No estudia	9	30.0%
	Jardín	6	20.0%
	Kínder	12	40.0%
	Medio	2	6.7%
	Otro	1	3.3%
educacional	Ambiente Clase regular	10	33.3%
	Clase especial	11	36.7%
	En el hogar	8	26.7%
	Otro	1	3.3%

Fuente: Base de datos

**Interpretación:** Del total de pacientes con parálisis cerebral infantil atendidos en la Clínica San Juan de Dios de Lima, el 40.0%% estudia en el kínder, 30.0% no estudia, 20.0% se encuentra en el jardín, 6.7% nivel medio y 3.3% otros. Respecto al ambiente educacional, el 36.7% llevan clases especiales, el 33.3% clases regulares, el 26.7% en el hogar y el 3.3% otros.

Tabla N° 8  
Características de cuidado de la población

		Recuento	Porcentaje
Cuidado de salud	Familiar	26	86.7%
	Ayudante remunerado	4	13.3%
Servicios terapéuticos	Terapia física	8	26.7%
	Combinación	22	73.3%

Fuente: Base de datos

**Interpretación:** Del total de pacientes con parálisis cerebral infantil atendidos en la Clínica San Juan de Dios de Lima, el responsable del cuidado de salud del paciente son los familiares con el 86.7% y un ayudante remunerado para el 13.3%; además tienen los servicios terapéuticos de terapia física para el 26.7% y combinación para el 73.3%.

### 5.2.2 Nivel de desempeño funcional

Tabla N° 9

*Nivel de desempeño funcional general*

Grado de dependencia	Frecuencia	Porcentaje
Dependencia completa	16	53,8%
Dependencia modificada	6	19,2%
Sin ayuda	8	27,1%
Total	30	100,0%

Fuente: Base de datos

**Interpretación:** Del total de pacientes con parálisis cerebral infantil atendidos en la Clínica San Juan de Dios de Lima, se observa que el 53.8% poseen un nivel de dependencia completa, 19.2% nivel de dependencia modificada y 27.1% no requiere ayuda para realizar sus actividades con normalidad.



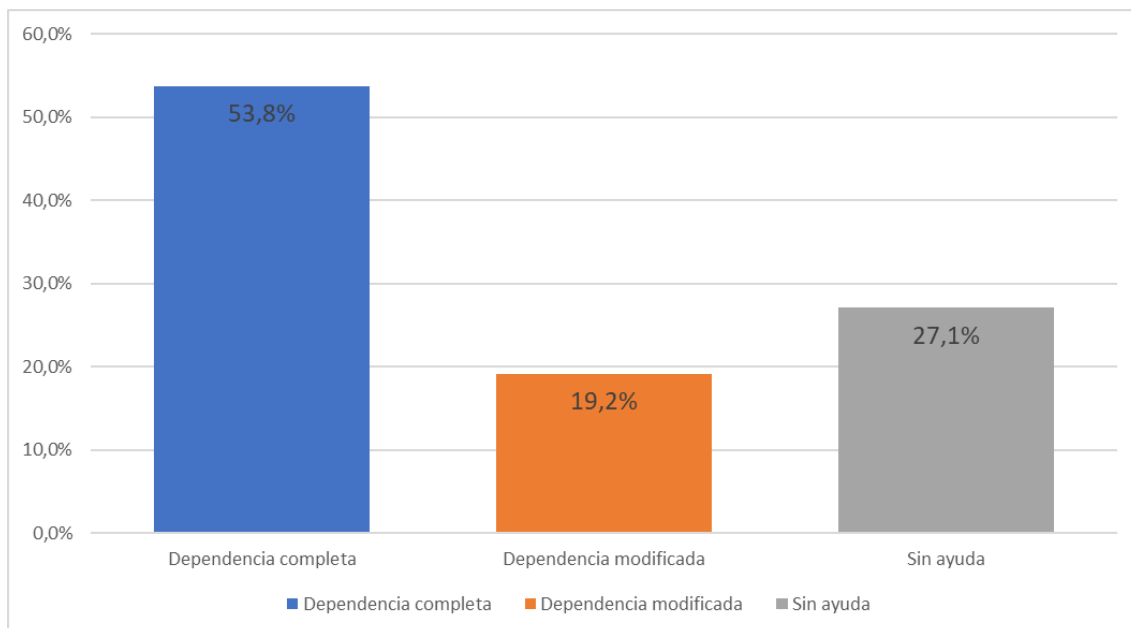


Gráfico N° 2. *Nivel de desempeño funcional general*

Fuente: Base de datos

Tabla N° 10

Grado de dependencia en el área de cuidado personal

	Grado de dependencia					
	Dependencia completa		Dependencia modificada		Sin ayuda	
	n	%	n	%	n	%
Alimentación	15	50.0%	1	3.3%	14	46.7%
Aseo	17	56.7%	10	33.3%	3	10.0%
Baño	18	60.0%	6	20.0%	6	20.0%
Vestido tren superior	15	50.0%	7	23.3%	8	26.7%
Vestido tren inferior	16	53.3%	8	26.7%	6	20.0%
Ir al baño	18	60.0%	5	16.7%	7	23.3%
Evacuación vesical	15	50.0%	4	13.3%	11	36.7%
Evacuación intestinal	15	50.0%	5	16.7%	10	33.3%

Fuente: Base de datos

**Interpretación:** Del total de pacientes con parálisis cerebral infantil atendidos en la Clínica San Juan de Dios de Lima, respecto a los resultados del área de cuidado personal, observando que en el factor alimentación los porcentajes mayores corresponden a la dependencia completa con el 50.0%,

seguido de si ayuda con el 46.7% y dependencia modificada con el 3.3%; en el factor aseo se observa dependencia completa con el 56.7%, dependencia modificada con el 33.3% y sin ayuda con el 10.0%; en el factor baño se observa dependencia completa con el 60.0%, dependencia modificada con el 20.0% y sin ayuda con el 20.0%; en el factor vestido tren superior se observa dependencia completa con el 50.0%, sin ayuda con el 26.7% y dependencia modificada con el 23.3%; en el factor vestido tren inferior se observa dependencia completa con el 53.3%, dependencia modificada con el 26.7% y sin ayuda con el 20.0%; en el factor ir al baño se observa dependencia completa con el 60.0%, sin ayuda con el 23.3% y dependencia modificada con el 16.7%; en el factor evacuación vesical se observa dependencia completa con el 50.0%, sin ayuda con el 36.7% y dependencia modificada con el 13.3%; finalmente en el factor evacuación intestinal se observa dependencia completa con el 50.0%, sin ayuda con el 33.3% y dependencia modificada con el 16.7%.

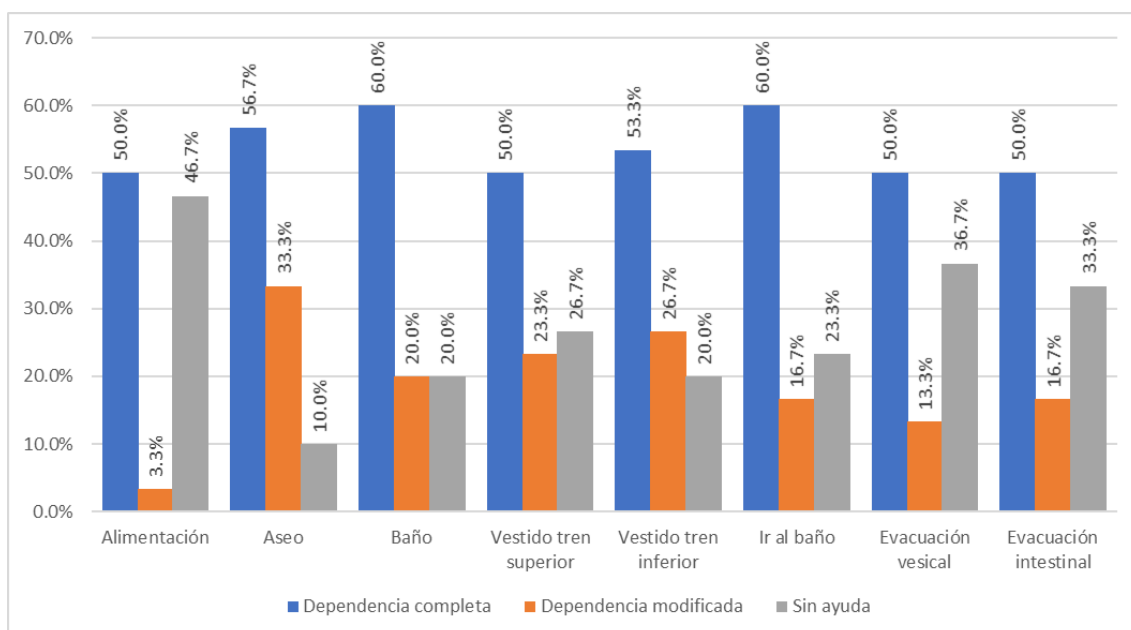


Gráfico N° 3. Grado de dependencia en el área de cuidado personal

Fuente: Base de datos

Tabla N° 11  
Grado de dependencia en el área de movilidad

	Grado de dependencia					
	Dependencia completa		Dependencia modificada		Sin ayuda	
	n	%	n	%	n	%
Movilización silla a silla de ruedas	13	43.3%	9	30.0%	8	26.7%
Traslado al inodoro	18	60.0%	7	23.3%	5	16.7%
Traslado a la ducha	17	56.7%	10	33.3%	3	10.0%
Caminar/desplazar en silla de ruedas	13	43.3%	9	30.0%	8	26.7%
Subir y bajar escaleras	15	50.0%	7	23.3%	8	26.7%

Fuente: Base de datos

**Interpretación:** Del total de pacientes con parálisis cerebral infantil atendidos en la Clínica San Juan de Dios de Lima, respecto a los resultados del área de movilidad, se observa que en el factor movilización silla a silla de ruedas existe mayor dependencia completa con el 43.3%, dependencia modificada con el 30.0% y sin ayuda con el 26.7%; respecto al factor traslado al inodoro existe mayor dependencia completa con el 60.0%, dependencia modificada con el 23.3% y sin ayuda con el 16.7%; en el factor traslado a la ducha se observa dependencia completa de 56.7%, dependencia modificada de 33.3% y sin ayuda de 10.0%; en cuanto al factor caminar/desplazar en silla de ruedas se observa dependencia completa con el 43.3%, dependencia modificada con el 30.0% y sin ayuda con el 26.7%; finalmente el factor subir y bajar escalera cuenta con dependencia completa de 50.0%, dependencia modificada de 23.3% y sin ayuda con el 26.7%.

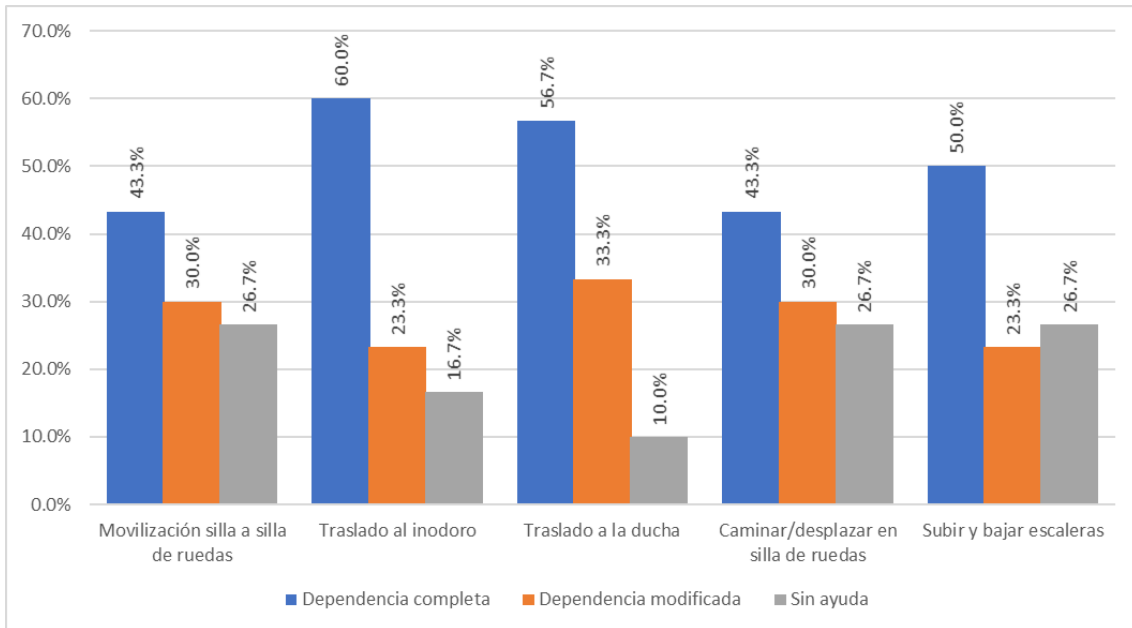


Gráfico N° 4. Grado de dependencia en el área de movilidad  
Fuente: Base de datos

Tabla N° 12  
Grado de dependencia en el área de cognición

	Grado de dependencia					
	Dependencia completa		Dependencia modificada		Sin ayuda	
	n	%	n	%	n	%
Comprensión	8	26.7%	10	33.3%	12	40.0%
Expresión	11	36.7%	8	26.7%	11	36.7%
Interacción social	15	50.0%	10	33.3%	5	16.7%
Solución de problemas	15	50.0%	13	43.3%	2	6.7%
Memoria	6	20.0%	18	60.0%	6	20.0%

Fuente: Base de datos

**Interpretación:** Del total de pacientes con parálisis cerebral infantil atendidos en la Clínica San Juan de Dios de Lima, respecto a los resultados del área de cognición, se observa que en el factor comprensión existe mayor porcentaje de no dependencia con el 40.0%, dependencia modificada con el 33.3% y dependencia completa con el 26.7%; respecto al factor expresión se observa dependencia completa con el 36.7%, sin ayuda con el 36.7% y dependencia modificada con el 26.7%; en cuanto al factor interacción social se observa una dependencia total de 50.0%, dependencia modificada con el 33.3% y sin ayuda con el 16.7%; en el caso del factor solución de problemas se observa una dependencia total del 50.0%, dependencia modificada del 43.3% y sin ayuda del 6.7%; finalmente en el factor memoria se observa una dependencia modificada del 60.0%, dependencia total del 20.0% y sin ayuda del 20.0%.

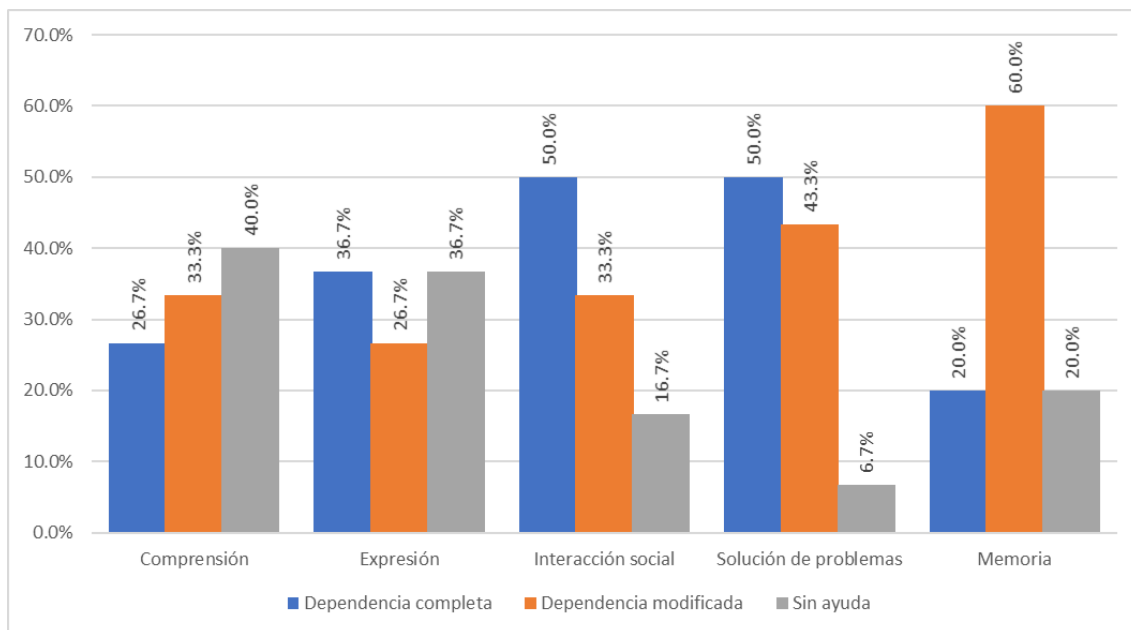


Gráfico N° 5. Grado de dependencia en el área de cognición  
Fuente: Base de datos

Tabla N° 15  
Nivel de Parálisis Cerebral

Nivel	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Leve	2	12.5	2	14.24	4	13.33
Moderado	3	18.75	3	21.43	6	20.00
Severo	11	68.75	9	64.29	20	66.67
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>100</b>	<b>14</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

**Interpretación:** La tabla 15, nos muestra los niveles de parálisis cerebral. El porcentaje más alto corresponde al 66.67 % con un nivel severo, seguido del 20 % que corresponde a un nivel moderado y por ultimo el 13.33% que corresponde a un nivel bajo.

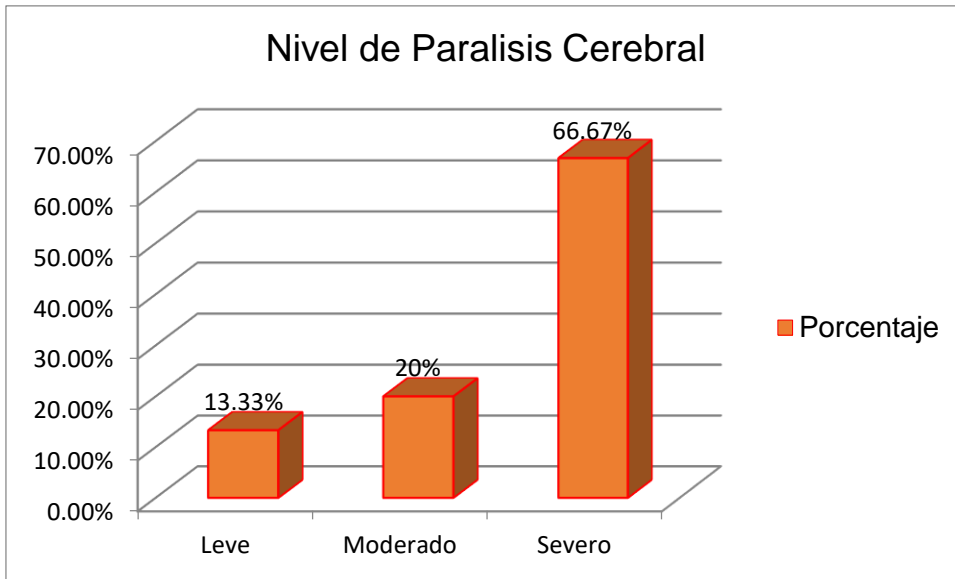


Gráfico N° 6. Nivel de Parálisis Cerebral  
Fuente: Base de datos

**CAPÍTULO VI:**  
**DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

El presente estudio referente al nivel de desempeño funcional en pacientes con parálisis cerebral infantil de 3 a 17 años en la Clínica San Juan de Dios de Lima durante los primeros meses del año 2021, se observó que la población está compuesta en su mayoría por pacientes de sexo femenino representado por el 53.33% y masculino con el 46.67%, además tienen edades entre 6 y 11 años representado por el 46.7%, hasta 5 años con el 33.3% y más de 11 años con el 20.0%, resultados similares a los obtenidos por Ynoue (20) en el cual se observa igual distribución de pacientes de sexo masculino y femenino, 50% respectivamente; en cuanto a la edad el autor identificó mayor presencia de pacientes hasta 5 años de edad, representado por el 57.2% y de 6 a más años con el 42.9%.

El presente estudio referente al nivel de desempeño funcional en pacientes con parálisis cerebral infantil de 3 a 17 años en la Clínica San Juan de Dios de Lima durante los primeros meses del año 2021, se observó que el nivel de desempeño funcional en pacientes con parálisis cerebral infantil de 3 a 17 años de edad en la Clínica San Juan de Dios en el área de cuidado personal es 53.8% dependencia completa, 19.2% dependencia modificada y 27.1% sin ayuda, en el área de movilidad es 50.7% dependencia completa, 28.0% dependencia modificada y 21.3% sin ayuda, en el área de cognición es 36.7% dependencia completa, 39.3% dependencia modificada y 24.0% sin ayuda.

Resultados similares a los obtenidos en la investigación de Almonte (19) en la cual el 31% poseen un nivel de desarrollo medio de las habilidades funcionales, requieren solo apoyo verbal y monitoreo para el desarrollo de sus actividades diarias, el 44% se encuentra en nivel alto con total autonomía y el 25% en nivel



bajo con necesidad de apoyo físico y verbal, por lo tanto, existe similitud entre los resultados del estudio mencionado y el presente.

El presente estudio referente al nivel de desempeño funcional en pacientes con parálisis cerebral infantil de 3 a 17 años en la Clínica San Juan de Dios de Lima durante los primeros meses del año 2021, se observó que el nivel de desempeño funcional en pacientes con parálisis cerebral infantil de 3 a 17 años de edad en la Clínica San Juan de Dios en el área de cuidado personal es 53.8% dependencia completa, 19.2% dependencia modificada y 27.1% sin ayuda.

Los resultados obtenidos en la investigación se asemejan y/o aproximan a los logrados por Rosales (14), en el cual se identifica avances en las actividades funcionales, siendo las niñas las que alcanzaron el mayor desempeño funcional en las actividades de movilidad, cuidado personal y cognición; dentro de las actividades valoradas con mayor desempeño funcional en el área de cuidado personal fue la alimentación, en el área de movilidad fue la marcha, gateo y el área de cognición la interacción social; las actividades con menor desempeño funcional en el área de cuidado personal fueron las actividades de baño, en el área de movilidad fue ir al retrete y en el área de cognición la memoria.

**CONCLUSIÓN:** La escala WeeFIM permite determinar los progresos de modo objetivo en los pacientes en cada una de las actividades concernientes al cuidado personal, movimiento y cognición por lo tanto, existe similitud entre los resultados del estudio mencionado y el presente.

El presente estudio referente al nivel de desempeño funcional en pacientes con parálisis cerebral infantil de 3 a 17 años en la Clínica San Juan de Dios de Lima durante los primeros meses del año 2021, se observó que el nivel de desempeño

funcional en pacientes con parálisis cerebral infantil de 3 a 17 años de edad en la Clínica San Juan de Dios en el área de cuidado personal es 53.8% dependencia completa, 19.2% dependencia modificada y 27.1% sin ayuda, en el área de movilidad es 50.7% dependencia completa, 28.0% dependencia modificada y 21.3% sin ayuda, en el área de cognición es 36.7% dependencia completa, 39.3% dependencia modificada y 24.0% sin ayuda.

Los resultados obtenidos en la investigación son similares a los logrados por Ramírez (13), en el que se estableció que el cuidado personal obtuvo una media de 49.98, control motor total con una media de 84.98, dominio de cognición con una media de 23.8, dando a conocer que existe relación entre ambos estudios.

## **CONCLUSIONES**

- El nivel de desempeño funcional en pacientes con parálisis cerebral infantil de 3 a 17 años de edad en la Clínica San Juan de Dios es 47.0% dependencia completa, 28.8% dependencia modificada y 24.1% sin ayuda.
- El nivel de desempeño funcional en pacientes con parálisis cerebral infantil de 3 a 17 años de edad en la Clínica San Juan de Dios en el área de cuidado personal es 53.8% dependencia completa, 19.2% dependencia modificada y 27.1% sin ayuda, en el área de movilidad

es 50.7% dependencia completa, 28.0% dependencia modificada y 21.3% sin ayuda, en el área de cognición es 36.7% dependencia completa, 39.3% dependencia modificada y 24.0% sin ayuda.

- Los pacientes con parálisis cerebral infantil de 3 a 17 años de edad en la Clínica San Juan de Dios son mayormente de sexo femenino con el 53.3%, edad entre 6 y 11 años con 46.7%, viven en el centro de rehabilitación con sus padres con el 66.7%, con categoría educacional de kínder con el 40.0% y con clases especiales con el 26.7%.
- En el área de cuidado personal el factor con mayor desempeño funcional es la alimentación con el 46.7%; en el área de movilidad el factor con mayor desempeño funcional es la movilización silla a silla de ruedas, subir y bajar escaleras, y caminar/desplazar en silla de ruedas con 26.7% respectivamente; en el área de cognición el factor con mayor desempeño funcional es la comprensión con el 40.0%.
- En el área de cuidado personal el factor con menor desempeño funcional es el baño e ir al baño con 60.0% respectivamente; en el área de movilidad el factor con menor desempeño funcional es el traslado al inodoro con el 60.0%; en el área de cognición el factor con menor desempeño funcional es la interacción social y la solución de problemas con el 50.0% respectivamente.

## RECOMENDACIONES

Luego de realizado el estudio se llega a las siguientes recomendaciones:

- Realizar supervisión constante de los programas existentes de atención y apoyo de familias de niños con parálisis cerebral infantil, para así poder orientar y estimular las acciones que pueden desarrollar los padres de estos niños en sus hogares y entorno social, lo que contribuirá a reducir el alto costo de los programas de rehabilitación, así como aminorar la carga emocional y económica para las familias.
- Realizar campañas de sensibilización sobre la importancia y los beneficios que proporcionan las terapias físicas, terapias de lenguaje y terapias funcionales para mejorar la calidad de vida de los pacientes debido a la alta presencia de dependencia total y dependencia modificada.
- Desarrollar evaluaciones periódicas a través del test de Gross Motor Function (GMFSC) y escala de Barthel para establecer el progreso que presenta cada uno de los pacientes que tienen la condición de parálisis cerebral.
- Instaurar el uso de medidas funcionales como el WeeFim para seleccionar las metas que se esperan lograr con el tratamiento, evaluando además los efectos del mismo y detectar potenciales necesidades del paciente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gómez S, Hugo V, Palencia C, Hernández MGA. Parálisis cerebral infantil. Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría. 2013 Marzo; 76(1).
2. Quesada L, Fonseca I. La parálisis cerebral como un problema de salud. Correo Científico Médico. 2015 Octubre; 19(4).
3. Larrea R, Mantuano J. Nivel de dependencia en pacientes con Parálisis Cerebral que acuden a la Sociedad Ecuatoriana Pro-Rehabilitación de los Lisiados (SERLI) de Guayaquil. Tesis de grado. Guayaquil: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2018.
4. Rosenbaum P, Paneth N, Leviton A, Goldstein M, Baz M. A reporte: the definition and classification of cerebral palsy April 2006. Developmental medicine and child neurology. 2007; 49: p. 8-14.
5. Taboada N, Quintero K, Casamajor M, González K, Marrero J, Cruz S, et al. Epidemiología de la parálisis cerebral en el Estado Plurinacional de Bolivia, 2009 - 2012. Revista Peruana de Epidemiología. 2013 Agosto; 17(2).
6. Sankar C, Mundkur N. Cerebral palsy-definition, classification, etiology and early diagnosis. Indian Journal of Pediatrics. 2005; 72(10).
7. Ruiz R. ¿El retraso en el diagnóstico de la parálisis cerebral infantil genera mayores consecuencias en el desarrollo psicomotor? Revista Médica Herediana. 2019 Marzo; 30(1).
8. Campos P, Bancalari E, Castañeda C. Etiología en parálisis cerebral. Revista Médica Herediana. 1996; 7(3).
9. Vila J, Espinoza I, Guillén D, Samalvides F. Características de pacientes con parálisis cerebral atendidos en consulta externa de Neuropediatría en un hospital peruano. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2016; 33(4).

10. Robaina G, Riesgo S, Robaina M. Evaluación diagnóstica del niño con parálisis cerebral. *Revista Cubana de Pediatría*. 2007; 79(2).
11. Ruiz R. ¿El retraso en el diagnóstico de la parálisis cerebral infantil genera mayores consecuencias en el desarrollo psicomotor? *Revista Médica Herediana*. 2019; 30(1).
12. Moraleda E, Romero M, Cayetano M. La parálisis cerebral como una condición dinámica del cerebro: un estudio secuencial del desarrollo de niños hasta los 6 años de edad. *Univ Psychol*. 2013; 12(1).
13. Ramírez C. Evaluación con la escala WeeFIM de niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad, 2014. Tesis de grado. Toluca: Universidad Autónoma del Estado de México; 2015.
14. Rosales L. Cambios en el desempeño funcional de los pacientes egresados de los servicios de estimulación temprana y neuroterapia evaluados con el instrumento WeeFIM, en el Centro de Rehabilitación Infantil Telefón Quintana Roo período 2009 a 2010. Tesis de grado. Toluca: Universidad Autónoma del Estado de México; 2013.
15. García J, Rolle G, Huerta V, Levanchy J, San Martín P, Fuentes M. Eficacia de la terapia restrictiva sobre funcionalidad de la extremidad superior en niños de 3 a 8 años con parálisis cerebral hemiparética: un ensayo clínico experimental. *Medicina Física y Rehabilitación*. 2014; 9(1): p. 8 - 16.
16. Zarsosa S. Desarrollo sensorio-motor en niños de 1 a 2 años con parálisis cerebral infantil tipo diplejía espástica del servicio de rehabilitación del Hospital Pediátrico Baca Ortiza. Tesis de maestría. Quito: Universidad Tecnológica Equinoccial; 2015.
17. Ramírez C. Evaluación con la escala WeeFIM de niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad, 2014. Tesis de grado. Toluca: Universidad Autónoma del Estado de México; 2014.

18. Rentera A. Habilidades funcionales en niños con habilidades especiales de un centro de Educación Básica Especial, San Juan de Miraflores, 2020. Tesis de maestría. Lima: Universidad César Vallejo; 2021.
19. Almonte B. "Habilidades funcionales en los niños/as de 5 años de la Institución Educativa Básica Especial J.M. Itard del distrito de Sabandia, Arequipa - 2019. Tesis de grado. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2019.
20. Ynoue M. Desempeño funcional y características demográficas de pacientes con discapacidad asociados a parálisis cerebral infantil en menor de 14 años en los servicio de rehailitación del Hospital II-1 Tarapoto y Hospital II Essalud Tarapoto, 2015. Tesis de grado. Tarapoto: Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto; 2017.
21. Montero B. Habilidades funcionales en alumnos de primaria de un centro de educación básica especial, Lima 2017. Tesis de grado. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017.
22. Fernandez Z. Habilidades funcionales en estudiantes del Centro de Educación Básica Especial N° 00003, distrito y provincia de Rioja, 2016. Tesis de grado. Lima: Universidad César Vallejo; 2016.
23. Enireb M, Patiño V. Parálisis cerebral infantil: estimulación temprana del lenguaje método de Bobath. Dominio de las ciencias. 2017 Julio; 3(4).
24. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. ¿Qué es el parálisis cerebral infantil? [Online].; 2020. Available from: <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/cp/facts.html>.
25. Póo P. Parálisis cerebral infantil. Artículo científico. Barcelona: Hospital Sant Juan de Déu; 2018.
26. ASPACE. Tipos de parálisis cerebral. [Online].; 2021 [cited 2021 Setiembre 01. Available from: <https://aspace.org/tipos-de-paralisis-cerebral>.

27. Martínez I, Chorbadian G, Egea R, Pérez A, Prato C, Martín C, et al. Evaluación funcional y de factores limitantes del tratamiento de los trastornos de la marcha en la parálisis cerebral infantil: desarrollo del sistema de clasificación de niveles de deambulación funcional. *Neurología*. 2020 Octubre; 71(7).
28. MedlinePlus. Parálisis cerebral. [Online].; 2017. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000716.htm>.
29. The Family Hope Center. Resultados del sistema WeeFim. [Online].; 2020. Available from: <https://familyhopecenter.com/results/>.
30. Teletón. Rehabilitación integral. *Rehabilitación integral*. 2011; 6(2).
31. Aibar A, Moriya J. Características nutricionales de niños con parálisis cerebral, Villa el Salvador, Lima 2004. Tesis de grado. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2006.
32. Redacción Andina. Aún es alto el número de papás que abandonan a hijos por tener discapacidad. [Online].; 2019. Available from: <https://www.andina.pe/agencia/noticia-aun-es-alto-numero-papas-abandonan-a-hijos-tener-discapacidad-765515.aspx>.
33. Ministerio de Educación. Educación especial para la esperanza. [Online].; 2018. Available from: <http://www.minedu.gob.pe/n/noticia.php?id=46092>.
34. Montero B. Habilidades funcionales en alumnos de primaria de un centro de educación básica especial, Lima 2017. Tesis de grado. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017.



## ANEXOS

### Anexo 01: Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES
<p><b>GENERAL:</b> ¿Cuál es el nivel de desempeño funcional en pacientes con parálisis cerebral infantil de 3 a 17 años de edad en la Clínica San Juan de Dios de la ciudad de Lima en el año 2021?</p>	<p><b>GENERAL:</b> Determinar el nivel de desempeño funcional en pacientes con parálisis cerebral infantil de 3 a 17 años de edad en la Clínica San Juan de Dios, Lima – 2021.</p>	<p><b>GENERAL:</b> Los pacientes con parálisis cerebral infantil de 3 a 17 años de edad que acuden a la Clínica San Juan de Dios de la ciudad de Lima poseen un nivel de desempeño funcional completa.</p>	<p><b>VARIABLE 1:</b> Nivel de desempeño funcional.</p> <p>Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Cuidado personal.</li> <li>– Movilidad.</li> <li>– Cognición.</li> </ul> <p><b>VARIABLE 2:</b> Características sociodemográficas</p> <p>Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– edad.</li> <li>– género.</li> <li>– grado de instrucción.</li> <li>– procedencia.</li> </ul>
<p><b>ESPECÍFICOS:</b></p> <p>A) ¿Cuál es el nivel de desempeño funcional en pacientes con parálisis cerebral infantil de 3 a 17 años de edad en las áreas de cuidado personal, movilidad y cognición en la Clínica San Juan de Dios, Lima – 2021?</p> <p>B) ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los pacientes con parálisis cerebral infantil de 3 a 17 años de edad en la Clínica San Juan de Dios, Lima – 2021?</p> <p>C) ¿Cuál es el factor de cada área que presenta mayor desempeño funcional en los pacientes con parálisis cerebral infantil de 3 a 17 años de edad en la Clínica San Juan de Dios, Lima – 2021?</p>	<p><b>ESPECÍFICOS:</b></p> <p>A) Determinar el nivel de desempeño funcional en pacientes con parálisis cerebral infantil de 3 a 17 años de edad en las áreas de cuidado personal, movilidad y cognición en la Clínica San Juan de Dios, Lima – 2021.</p> <p>B) Determinar las características sociodemográficas de los pacientes con parálisis cerebral infantil de 3 a 17 años de edad en la Clínica San Juan de Dios, Lima – 2021.</p> <p>C) Determinar el factor de cada área que presenta mayor desempeño funcional en los pacientes con parálisis cerebral infantil de 3 a 17 años de edad en la Clínica San Juan de Dios, Lima – 2021.</p>	<p><b>ESPECÍFICOS:</b></p> <p>A) El nivel de desempeño funcional de las áreas de cuidado personal, movilidad y cognición de los pacientes con parálisis cerebral infantil de 3 a 17 años de edad que acuden a la Clínica San Juan de Dios de la ciudad de Lima es completa.</p> <p>B) La característica sociodemográfica con mayor asociación al desempeño funcional de los pacientes con parálisis cerebral infantil de 3 a 17 años de edad en la Clínica San Juan de Dios de la ciudad Lima es la edad.</p> <p>C) El factor con mayor desempeño funcional en los pacientes con parálisis cerebral infantil de 3 a 17 años de edad en la Clínica San Juan de Dios de la ciudad de Lima es la alimentación.</p>	

D) ¿Cuál es el factor de cada área que presenta menor desempeño funcional en los pacientes con parálisis cerebral infantil de 3 a 17 años de edad en la Clínica San Juan de Dios, Lima – 2021?	D) Determinar el factor de cada área que presenta menor desempeño funcional en los pacientes con parálisis cerebral infantil de 3 a 17 años de edad en la Clínica San Juan de Dios, Lima – 2021.	D) El factor con menor desempeño funcional en los pacientes con parálisis cerebral infantil de 3 a 17 años de edad en la Clínica San Juan de Dios de la ciudad de Lima es la resolución de problemas.	
TIPO / NIVEL / DISEÑO	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	
Tipo: Básica Nivel: Descriptivo Diseño: No experimental – transversal.	Muestreo: No probabilístico Población y muestra: 30 pacientes pediátricos	Técnicas: Observación	Instrumentos: WeeFIM

### Anexo 02: Instrumento de medición

#### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1. Nombres y apellidos:.....
2. Edad: .....
3. Género: .....
4. Servicio: .....
5. Diagnóstico: .....
6. Informe de evaluación:
  - A. Tipo de evaluación:
  - B. Fuente de información:
  - C. Método de evaluación:
  - D. Domicilio:
  - E. Vive con:
  - F. Categoría educacional:
  - G. Ambiente educacional:
  - H. Cuidado de salud:
  - I. Servicios terapéuticos:
7. Escala de desempeño funcional pediátrico:  
La evaluación se realiza de la siguiente manera:

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
Asistencia total	Asistencia máxima	Asistencia moderada	Asistencia mínima	Supervisión o apoyo	Independencia modificada	Independencia completa

<b>Categoría</b>	<b>Escala de valoración</b>						
<b>Cuidado personal</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
1. Alimentación							
2. Aseo							
3. Baño							
4. Vestido del tren superior							
5. Vestido del tren inferior							
6. Ir al baño							
7. Evacuación vesical							
8. Evacuación intestinal							
<b>Movilidad</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
1. Movilización silla a silla de ruedas.							
2. Traslado al inodoro.							
3. Traslado a la ducha o bañera.							
4. Caminar/desplazarse en silla de ruedas.							
5. Subir y bajar escaleras.							
<b>Cognición</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
1. Comprensión							

2. Expresión							
3. Interacción social							
4. Solución de problemas							
5. Memoria							

Observaciones: .....

.....

.....

Gracias por su participación.

**Anexo 03: Consentimiento informado**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Fecha: ..... Hora: .....

Yo ..... con DNI: ..... acepto que mi menor hijo participe en el proyecto de investigación titulado: “NIVEL DE DESEMPEÑO FUNCIONAL EN PACIENTES CON PARALISIS CEREBRAL INFANTIL DE 3 A 17 AÑOS EN LA CLINICA SAN JUAN DE DIOS, LIMA – 2021”; habiendo sido informado del propósito del mismo, así como los objetivos de la investigación, deseo participar teniendo la confianza plena que la información que se vierte en el instrumento será solo y exclusivamente para fines de la investigación manteniéndose la máxima confidencialidad.

Certifico que he leído el consentimiento anterior y que las explicaciones fueron claras, precisas y voluntariamente participaré en el estudio.

.....

Firma

DNI N°