

UNIVERSIDAD SAN PEDRO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ESTUDIOS DE TECNOLOGÍA
MÉDICA



**Eficacia del método Perfetti en el tratamiento de secuelas
neurológica en pacientes del Hospital Distrital Jerusalén Trujillo
2023**

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Tecnología
Médica con Especialidad en Terapia física y Rehabilitación

Autor:

Vega Rivera Franklin Abel

Asesor

Pantoja Fernández, Julio Cesar (ORCID: 00000002-3574-3088)

Trujillo – Perú

2023

	Pág.
Índice general	i
Índice de tablas	iii
Índice de figuras	iv
Palabras claves	v
Constancia de originalidad	vi
Título	vii
Resumen	viii
Abstrac	ix
Introducción	1
Antecedentes y fundamentación científica	1
Justificación de la investigación	12
Problema	13
Conceptualización y operacionalización de variables	13
Hipótesis	14
Objetivos	14
Metodología	15
Tipo y diseño de investigación	15
Tipo de investigación	15
Diseño de Investigación	15
Población y Muestra	16
Población	16
Muestra	16

Técnicas e instrumentos de investigación	16
Técnica	16
Instrumentos	17
Procesamiento y análisis de la información	17
Resultados	18
Análisis y Discusión	24
Conclusiones	27
Recomendaciones	28
Referencias bibliográficas	29
Anexos y apéndices	35

Índice de tablas	Pág.
Tabla 1. Características de pacientes Hospital Distrital Jerusalén Trujillo	18
Tabla 2. Distribución de pacientes según patologías neurológicas	19
Tabla 3. Distribución de pacientes según comorbilidad	20
Tabla 4. Evaluación de miembro superior según FMA previo y posterior a la aplicación de los ejercicios Perfetti	21
Tabla 5. Evaluación de miembro inferior según FMA previo y posterior a la aplicación de los ejercicios Perfetti	22
Tabla 6. Valoración de deterioro Cognitivo según Test de MOCA	23

Índice de figuras

Figura 1. Procesos Cognitivos

7

Palabras Claves

Tema : Rehabilitación de Accidente Cerebrovascular

Espacialidad : Terapia Física y Rehabilitación

Keywords

Subject : Stroke Rehabilitation

Speciality : Physical Therapy Specialty

Línea de Investigación: Neurorrehabilitación de secuelas

Área : Ciencias médicas y de salud

Sub área : Ciencias de la salud

Disciplina : Salud pública

Constancia de originalidad



VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

El que suscribe, Vicerrector de Investigación de la Universidad San Pedro:

HACE CONSTAR

Que, de la revisión del trabajo titulado "Eficacia del método Perfetti en el tratamiento de secuelas neurológica en pacientes del Hospital Distrital Jerusalén Trujillo 2023 " del (a) estudiante: **VEGA RIVERA FRANKLIN ABEL**, identificado(a) con Código N° **1316100062**, se ha verificado un porcentaje de similitud del **20%**, el cual se encuentra dentro del parámetro establecido por la Universidad San Pedro mediante resolución de Consejo Universitario N° 5037-2019-USP/CU para la obtención de grados y títulos académicos de pre y posgrado, así como proyectos de investigación anual Docente.

Se expide la presente constancia para los fines pertinentes.

Chimbote, 28 de diciembre de 2023

UNIVERSIDAD SAN PEDRO
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

Dr. JAVIER MARTÍNEZ CARRIÓN
VICERRECTOR



NOTA: Este documento carece de valor si no tiene adjunta el reporte del Software TURNITIN.

Título

Eficacia del método Perfetti en el tratamiento de secuelas neurológica en
pacientes del Hospital Distrital Jerusalén Trujillo 2023

Resumen

La tesis pregrado propuso como objetivo principal “Determinar la eficacia del método Perfetti en el tratamiento de secuelas neurológica en pacientes del Hospital Jerusalén Trujillo 2023” bajo una propuesta de investigación aplicada, descriptiva, cualitativa no experimental en pacientes con secuelas neurológicas, la población y muestreo no probabilístico incluyó 45 pacientes La metodología implica la observación directa, basado en evaluación fisioterapéutica mediante la escala Fugl-Meyer y Escala Montreal Cognitive Assessment (MOCA), aplicación del método Perfetti y evaluación post intervención. Resultados: Prevalció la población de adultos mayores con un 62,2%, seguido de adultos 20,0% y joven 17,8%; 57,8% mujeres y 42,2% hombres; se realizaron las sesiones de 40 minutos 3 veces por semana en un periodo de 8 semanas evaluados según Escala Fulg Meyer y el Test de Moca; según comparación de la evaluación FMA el 80% de pacientes mostro evidencia de rehabilitación de la función motora y psicomotriz fina en miembros superiores e inferiores, y según evaluación del deterioro cognitivo mediante test de MOCA 26,7% de pacientes evidenciaron mejoría en el deterioro cognitivo. Conclusión: Se evidenció la eficacia del método Perfetti según las evaluaciones con la escala FMA y test MOCA.

Abstract

The undergraduate thesis proposed as its main objective “Determine the effectiveness of the Perfetti method in the treatment of neurological sequelae in patients at the Jerusalem Trujillo 2023 Hospital” under an applied, descriptive, qualitative, non-experimental research proposal in patients with neurological sequelae, the population and sampling. non-probabilistic included 45 patients. The methodology involves direct observation, based on physiotherapy evaluation using the Fugl-Meyer scale and Montreal Cognitive Assessment Scale (MOCA), application of the Perfetti method and post-intervention evaluation. Results: The population of older adults prevailed with 62.2%, followed by adults 20.0% and young people 17.8%; 57.8% women and 42.2% men; The 40-minute sessions were carried out 3 times a week over a period of 8 weeks, evaluated according to the Fulg Meyer Scale and the Moca Test; According to the comparison of the FMA evaluation, 80% of patients showed evidence of rehabilitation of fine motor and psychomotor function in upper and lower limbs, and according to the evaluation of cognitive impairment using the MOCA test, 26.7% of patients showed improvement in cognitive impairment. . Conclusion: The effectiveness of the Perfetti method was evidenced according to the evaluations with the FMA scale and MOCA test.

Introducción

Antecedentes y fundamentación científica

Arias et al. (2023) realizaron un estudio de diseño observacional, no experimental y reportaron los resultados de un caso clínico donde el plan de rehabilitación se propuso bajo el enfoque del método Perfetti en una paciente adulta con enfermedad de Parkinson atendida en un servicio de salud de Cuba. Se programaron 36 sesiones de terapia según necesidad del paciente y cada sesión de 30 minutos programadas 3 veces por semana por 12 semanas. Conclusión: Los resultados evidenciaron incremento de la funcionalidad del paciente mejorando su comunicación, estabilidad y control de movimientos.

Chasag (2023) realizó un estudio de diseño aplicado y observacional con el propósito de mejorar la calidad de vida en 30 adultos mayores con ciertas secuelas neurológicas de una comunidad de Ecuador, los pacientes referían dificultad al andar y de los movimientos finos de su vida diaria. Se propuso el método Perfetti como técnica de rehabilitación neurocognitiva y estimulación visual sensorial, y como instrumentos de evaluación test de TUG y la escala de equilibrio de Berg. Conclusión: el método Perfetti permitió la rehabilitación del sistema nervioso por estimulación sensorial, mejorando el movimiento, atención, visualización del entorno.

Quispe (2023) publicó los resultados de un estudio aplicado de una intervención fisioterapéutica mediante el método Perfetti en 20 adultos con secuelas neurológicas en Ecuador: como instrumentos de evaluación se utilizaron el test de Mini Examen de Estado Mental (Mini Mental) para evaluar el estado cognitivo y el Índice de Barthel (IB) para evaluar el desempeño de las actividades de la vida diaria (AVD). Los resultados revelaron que al inicio de las sesiones la población obtuvo un puntaje de 23 (test de Mini Mental), las sesiones programadas para 10 semanas permitió alcanzar un puntaje de 27; según índice de Barthel alcanzaron un puntaje superior a los 95. Conclusión: los ejercicios Perfetti contribuyen a mejorar la condición neurocognitiva de los adultos mayores.

Carlos (2022) en Perú, realizó una revisión bibliográfica retrospectiva de 25 artículos que evaluaron la eficacia del Método Perfetti en la rehabilitación de adultos mayores con secuelas de Ictus cerebral. Como estrategia fisioterapéutica se programaron en promedio 3 sesiones semanales de 20 a 40 minutos dependiendo de la condición de independencia y dependencia de cada paciente y en un periodo mínimo de 6 meses con el objetivo de que los pacientes se reincorporen en sus rutinas de la vida diaria y mejor desempeño neuromuscular. Conclusión: 15 artículos demostraron la eficacia del método Perfetti al mejorar las condiciones de vida de los pacientes post Ictus cerebral.

López et al. (2022) realizaron en Cuba un estudio de enfoque aplicado y reportaron los resultados de un tratamiento cuasiexperimental de una paciente adulta con alteración disejcutiva (alteración del lóbulo frontal) asociados al padecimiento de esclerosis múltiple y secuelas de ACV. Se diseñó un plan de rehabilitación neurocognitiva sesiones de 60 minutos una vez por semana por 12 semanas, el 75% de las sesiones fueron presenciales y 25% virtual (teleneuropsicología). Conclusión: las mejoras de los síntomas disejcutivos se evidenciaron en el desempeño eficiente del funcionamiento cognitivo como las habilidades comunicativas y desempeño de sus actividades cotidianas. Conclusión: los ejercicios Perfetti y la teleneuropsicología como terapia complementaria se complementan y benefician al paciente.

Veloz & Osorio (2022) en Ecuador, realizaron un estudio documental y bibliográfico relaciona a la eficacia del Método Perfetti en pacientes adultos con diagnóstico de tren superior hemipléjico. En la metodología se seleccionaron 35 artículos que daban cuenta lo siguiente: que el método Perfetti evidenció efecto positivo por la aplicación de ejercicios neurocognitivos, con una reducción considerable de secuelas del ictus, principalmente a nivel de espasticidad del tren superior afectado y la recuperación de la función de agarre contribuyendo que el paciente afectado se reintegre de manera progresiva a las actividades de la vida diaria (AVD).

Celletti et al. (2021) en Italia, realizaron un estudio cuasi experimental en 13 pacientes con hipermovilidad, dolor articular atribuidos a síndrome de Ehlers-Danlos. El enfoque de la técnica de rehabilitación neurocognitiva se basó en el contacto, comunicación, reconocimiento y percepción de la zona estimulada, y se estableció una sesión de 60 minutos por día a la semana en un periodo de 12 semanas. Resultados: se evidencio disminución del dolor, fatiga, miedo al movimiento, y se elevó la percepción del dolor permitió mejor sensibilidad de los pacientes.

Kim & Jang (2021) reportaron los resultados de un estudio clínico realizado en 35 pacientes con secuelas de ictus cerebral atendidos en un hospital de Corea. Mediante terapia neurocognitiva (Perfetti) se programaron 5 sesiones semanales por 6 semanas y la evaluación de la fuerza muscular mediante dinamómetro muscular. Resultados: en la evaluación posterior se observó mejoras en la fuerza muscular, mejor equilibrio postural por fortalecimiento muscular, y mejoras en el rango articular de miembro inferiores. Conclusión los ejercicios cognitivo-sensoriomotor permiten mejorar la fuerza y memoria muscular en pacientes con daños neuromotor.

Bortone et al. (2020) realizaron un estudio clínico experimental en pacientes pediátricos con parálisis de miembros superiores como secuela de accidente cerebro vascular atendidos en un hospital de Italia. Las técnicas aplicadas fueron prueba Nine Hole Peg (Test clavijas de nueve agujeros) como método convencional y el entorno virtual Haptic Wea Rable (realidad virtual). Conclusión: la realidad virtual que ofrecen los dispositivos hápticos portátiles estimula como los métodos convencionales la funcionalidad de miembros superiores en niños con deficiencias neuromotora.

Kotaro et al (2020) realizaron un estudio clínico en un hospital neurálgico de Japón, se incluyeron ocho pacientes con secuelas de accidente cerebrovascular manifiesta en la discapacidad de los miembros superiores, el plan de rehabilitación se programó en sesiones de 60 minutos, dos veces por semana, durante 12 semanas. Resultados: los instrumentos de evaluación (FMA, MAL-AOU y MAL-QOM) para hombro, codo antebrazo y muñeca revelaron mejoras significativas post intervención, en cambio no se observó una mejoría significativa en la puntuación de la mano de la FMA.

Martínez (2020) en España reportó un caso clínico de un paciente con esclerosis múltiple a quien se le aplicó rehabilitación cognitiva por alteración de la atención, velocidad de procesamiento, praxis visuoespaciales, funciones ejecutivas. Se programaron sesiones de 15 a 20 minutos 3 veces por semana en periodo total de 10 meses. Resultados: a los meses de iniciado los ejercicios neurocognitivos el paciente mostró evidencia de realizar actividades de la vida diaria, mejor vocalización, respuesta a estímulos sonoros y capacidad de diferenciar situaciones cotidianas. Conclusión: la terapia neurocognitiva o Método Perfetti ayudan la rehabilitación de los pacientes con esclerosis múltiple.

Ranzani et al. (2020) en Italia, realizaron un estudio aplicado en 33 pacientes con dificultad motora de miembros superiores secuelas de accidentes cerebrovasculares, atendidos en un servicio de neurología de un hospital de Alemania, se aplicaron la técnica de terapia neurocognitiva convencional (método Perfetti) y método robótico ambos para recuperar la función de la mano, en ambos métodos se realizaron 15 sesiones de 45 minutos. Resultados: la valoración de los resultados no evidenció diferencia significativa en los resultados esperados como la recuperación progresiva de la funcionalidad de la mano.

Sarabia (2020) realizó un estudio observacional y aplicado en 10 pacientes de un centro de adultos de Ecuador con deterioro neurológico moderado y cognitivo aplicando como técnica de rehabilitación los ejercicios del Método Perfetti. Resultados: la población la conformaron 2 mujeres y 8 varones mayores de 65 años, con quienes se organizó sesiones por 8 semana aplicando el test de MOCA al inicio que identificó con una puntuación promedio de 20,1 y la evolución mediante índice de Barthel. Resultados: el Test de MOCA reveló una puntuación superior promedio de 25,7 considerado normal al finalizar las sesiones. Conclusión el método Perfetti resulta eficaz en la rehabilitación de pacientes con deterioro neurológico moderado.

Bajaña (2019) realizaron un estudio retrospectivo relacionado a la aplicación del método Perfetti en la rehabilitación de miembro superior en 11 pacientes de un hospital de Ecuador. La evaluación de la funcionalidad de las manos se realizó mediante el test de presión donde el 55% de la población se encontró con rangos entre 0 a 9 puntos (mano en sostén), y el 45% restantes rangos entre 10 a 19 puntos (mano de ayuda, sin funcionalidad) después de la aplicación de la terapia neurocognitiva el 55% alcanzó un rango entre 20 a 29 puntos (mano semi funcional sin fuerza o con fuerza, 28% entre 10 a 19 puntos (mano de ayuda, no funcional) y el 18% entre 0 a 9 puntos (mano de sostén). Conclusión la terapia neurocognitiva permitió un progreso en la funcionalidad de la mano.

Cabanillas (2019) en España reportaron la evolución Clínica de un paciente con secuelas de accidente cerebro vascular con dificultad en los procesos cognitivos, percepción y movimientos aplicando el método Perfetti en su rehabilitación neurocognitiva. Resultados: se evidenció mejoras en el desempeño de la actividades de la vida diaria, memoria muscular reflejado en sus movimientos, equilibrio y marcha. Conclusión: los ejercicios Perfetti contribuyen en la recuperación de la calidad de vida del paciente con secuelas neurológicas.

Pazmiño (2019) reportó los resultados de una intervención de rehabilitación neurológica bajo el enfoque del método Perfetti en 30 pacientes adultos con deterioro cognitivo de un albergue en Ecuador. Se programaron en promedio 3 sesiones semanales según necesidad de cada paciente con una duración de 30 a 60 minutos y un periodo promedio de 6 meses. En la evaluación cognitiva inicial el 67% de pacientes presentaron deterioro cognitivo leve, en la evaluación post intervención se reduce al 33% de pacientes. La técnica con intencionalidad terapéutica mejoró la funcionalidad que se relaciona con la memoria, coordinación, organización visomotora, y concentración. Conclusión: el método Perfetti resulta eficaz para disminuir progresivamente el deterioro cognitivo de la población de estudio.

Pastor (2017) en Perú, en su investigación de caso clínico aplicó los métodos Perfetti y Bobath en un paciente con Ictus Cerebral on secuelas de hemiparesia y alteración de la marcha. Se programaron sesiones de 60 minutos 5 veces por semana y se utilizó la escala de Tinetti (marcha) escala de Daniels (fuerza) e índice de Barthel. Resultados: se disminuyó el riesgo de caída, se mejoró la amplitud de los movimientos, y mejoró el desempeño de las actividades de la vida diaria. Conclusión: la recuperación de la fuerza y memoria muscular mejoran la calidad de vida del paciente.

Sallés et al. (2017) reportaron los resultados de un estudio aplicado no experimental donde aplicaron la rehabilitación neurocognitiva basada en la propuesta del método Perfetti en ocho pacientes con secuelas de accidente cerebro vascular atendidos en un hospital de España. El programa se organizó en sesiones de 30 minutos tres veces por semana durante diez semanas evidenciando mejoras notables en el aspecto neuromotor de miembros superiores. Conclusión: el enfoque neurocognitivo (Método Perfetti) lograron mejorar la fuerza muscular de miembros superiores y diferenciación táctil.

Morreale et al. (2016) aplicó la rehabilitación cognitiva como parte de un estudio clínico en 340 pacientes de un hospital de Italia con antecedentes de Ictus isquémico y hemiplejia, a quienes se les realizó a) intervención temprana con movimientos pasivos articulares proximales y manejo de la postura; b) intervención tardía con tratamiento postural en u periodo de 6 meses promedio. Resultados se evidencia mejor calidad de vida de los pacientes que recibieron intervención precoz.

Lee et al. (2015) realizaron un estudio clínico en 16 pacientes con secuelas de accidente cerebro vascular (ACV) atendidos en un hospital de Corea. Los pacientes fueron evaluados mediante la valoración Fugl-Meyer (FMA) que evalúa función motora, equilibrio, actividad sensorial, movilidad y dolor articular, la prueba de función manual (MFT), actividades de la vida diaria registro de actividad motora (MAL), y la calidad de vida se evaluó mediante la Stroke Impact Scale (SIS), el plan de rehabilitación neurológica incluyo identificación de distancia/dirección, y ejercicios de rango articular, en 5 sesiones semanales de 60 minutos durante 8 semanas. Conclusión: el método Perfetti mejora el desempeño de miembros superiores y AVD.

Cuando mencionamos la palabra “rehabilitación” evocamos lo mencionado por Ardila et al. (2015) que lo definieron como el conjunto de actividades orientadas a recuperar las capacidades cognitivas, emocionales y/o física que fueron alterados posterior a una injuria del sistema nervioso. Asimismo, “cognición” se refieren a la capacidad de un sujeto de asimilar información de su entorno, esto constituye un proceso de aprendizaje dinámico que involucra capacidades como la percepción, atención, aprendizaje, memoria, lenguaje, emociones, razonamiento, cognición social y metacognición. Figura 1. Por su parte León (2015) sostiene que la rehabilitación cognitiva aplica un conjunto de programa y actividades integrales que tienen el propósito de recuperar la capacidad intelectual, cognitiva, emocional, de comportamiento, motoras, social, vocacional, ejecutivas en las personas que sufrieron daño neurológico o una lesión cerebral.

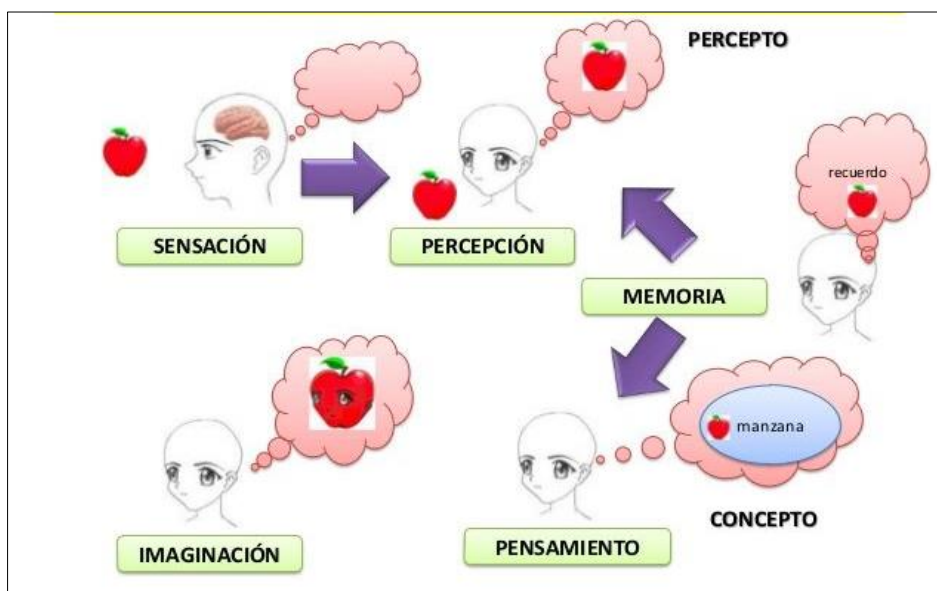


Figura 1. Procesos Cognitivos. Ardila (2015)

The World Health Organization (2023) señala en el contexto actual que la rehabilitación no solo debe buscar optimizar el funcionamiento y desempeño de una persona y reducir alguna discapacidad, se debe lograr el máximo de independencia funcional que permitan al sujeto reincorporarse a sus actividades de su vida diaria.

Del Cuvillo et al. (2022) sostiene que el método de rehabilitación cognitiva multisensorial (RCM) tiene como propósito activar procesos perceptivos y cognitivos orientados a la rehabilitación motora que permitan al paciente una mejor calidad de vida recuperando por ejemplo el equilibrio, marcha adecuada. Carlo Perfetti, creador del método RCM o método Perfetti, basó esta técnica en tres principios: a) el cuerpo que recepciona la información; b) el movimiento que mediante el sistema nervioso central adquiere conocimiento, y crear una representación mental de las acciones; c) el proceso de recuperación como un aprendizaje perceptivo, cognitivo y motor.

Sarmati (2022) la aplicación del Método Perfetti es útil en enfermedades o alteraciones del sistema nervioso centrales y periféricas (ataxias, TEC, paraplejias, ACV, Parkinson, parálisis facial y esclerosis múltiple) el fundamento principal de este método sostiene que un ictus daña el cerebro y sus funciones y no los músculos, por lo que resulta muy importante reactivar las funciones cognitivas relacionados a un determinado movimiento (sensibilidad, atención, lenguaje, percepción, memoria).

Castro et al. (2019) mencionó que el Método Perfetti fue diseñado a mediados de 1970 por medico neurólogo Carlos Perfetti con la finalidad de rehabilitar la capacidad del movimiento de la mano en pacientes con daño cortical post secuelas de enfermedades o traumas cerebrales. Esta técnica se basa experiencias, repeticiones, reorganización, atención, sentidos, percepción y reestructuración, que permiten reeducar la función motora del paciente, por su parte Jacho et al. (2019) sostiene que los miembros superiores poseen diversos receptores táctiles, cutáneos y biomecánicamente compleja para realizar motricidad fina, asimismo, Abo & Kakuda (2012) señalaron que el método Perfetti también se conoce como: a) técnica de tratamiento intensivo, técnica neurorehabilitadora, método de mecanismo de neuroplasticidad basados en principios básicos de la Neurorrehabilitación, en tanto Sánchez et al. (2009) señalaron que se deben evaluar datos importantes relacionados al tipo y etiología de lesión neurología, estado físico del paciente, valoración del tono muscular, desempeño muscular, funcionalidad, rangos de movimiento y sensibilidad, utilizando para esta evaluación pruebas y escalas tales como: Fugl-Meyer, prueba de función manual (MFT), e Índice de Barthel como instrumentos de evaluación inicial, y de seguimiento.

Sebastiano & Anina (2021) explicaron que el Método Perfetti basa su teoría en el movimiento, el mismo que se inicia con la activación de múltiples procesos cognitivos que se traducen en un movimiento que se dividen en tres momentos que ocurren de manera simultánea: a) Síntesis Aferente que ocurre cuando el sujeto incorpora toda la información de su entorno; b) aceptar y programar una acción; c) resultado de la acción que es el movimiento.

Sebastiano & Anina (2021) señalan que en la aplicación práctica del método Perfetti se incluye: a) ejercicios terapéuticos neurocognitivos que significa desarrollar información que conduzca a realizar un movimiento; b) Hipótesis perceptiva: que ocurre cuando el paciente después de analizar e interiorizar la información desarrolla el movimiento correcto; c) Imágenes motoras que es una acción simulada anticipando un movimiento. Ejemplos prácticos de esta teoría son: a) discriminación presoria que tiene el propósito que el paciente identifique vía sensación táctil algún estímulo sobre determinada superficie del cuerpo, b) discriminación cinestésica que permite al paciente identificar la zona donde recibe un determinado estímulo, c) discriminación viso-táctil que la capacidad de percepción y reconocimiento táctil de un estímulo sobre los miembros superiores e inferiores.

Martínez et al. (2021) menciona que dependiendo de la condición del paciente se debe implementar un plan de rehabilitación neurocognitiva para minimizar la discapacidad y prevenir un daño mayor basado en los siguientes enfoques: a) Restaurador: basados en movimientos repetitivos que estimulen las conexiones neuronales, rehabilitación funcional, y reconexiones sinápticas; b) Compensatorio: adaptando al paciente a su condición de discapacitado centrado en su persona (interno) o según su entorno (externa), el objetivo es disminuir la dependencia en la realización de las actividades diarias; c) Holístico: que es la combinación del enfoque restaurador y compensatorio donde se debe individualizar cada caso con el propósito de rehabilitar las funciones cognitivas, afectivas, conductuales, y psicosociales.

Martin (2015) señaló que el método Perfetti es la primera elección para la rehabilitación neurocognitiva y requiere de un número de sesiones que pueden durar en promedio de 30 a 40 minutos, (dependiendo del diagnóstico y la evaluación inicial del paciente) orientados a desarrollar ejercicios de tipo cognitivo, actividades funcionales, tareas de la vida diaria, lenguaje corporal, que permitan reconocer el complejo articular del miembro superior y estimulación sensorial y propioceptiva.

Kim et al. (2021) realizó una validación de la escala de evaluación Fugl-Meyer como instrumento que permite la evaluación clínica y funcional de las capacidades neuromotoras de un paciente con secuelas neurocognitivas, validez que se realizó mediante la prueba de correlación de Pearson del valor medio de K-FMA, coeficiente de correlación intraclass (CCI), el Índice de Motricidad (IM), MAS y Berg Balance Scale (BBS). La escala Fugl-Meyer consta de 4 dimensiones (motor, sensorial, rango de movimiento articular (ROM) y dolor articular) y la calificación de cada dimensión dependerá del puntaje, de cada ítem (0/1/2). en dimensión función motora del miembro superior consta de 33 ítems con puntajes que van de 0 a 66, y la evaluación de la función motora del miembro inferior de 17 ítems con puntajes que varían de 0 a 34; la dimensión función sensorial incluye cuatro ítems que evalúan la sensación táctil ligera de miembros superior e inferior y ocho ítems que evalúan la propiocepción de miembros superior e inferior, la valoración de la función sensorial varía de 0 a 24. Las dimensiones de ROM articular y dolor articular están compuestas por 12 ítems para miembros superior y 10 ítems para extremidad inferior, y las puntuaciones varían de 0 a 44 en ambas dimensiones.

El Índice de Motricidad se aplica para medir la fuerza de las extremidades, que consta de tres elementos en el miembro superior (agarre de pellizco, flexión del codo y abducción del hombro) y en la extremidad inferior (dorsiflexión del tobillo, extensión de la rodilla y flexión de la cadera).

Gómez et al. (2022) realizaron una validación actualizada de la sensibilidad y especificidad de la Escala Montreal Cognitive Assessment (MOCA) que se utiliza para evaluar deterioro cognitivo (DC). Se analizaron la fiabilidad (consistencia interna, inter-observador y test-retest) y la validez de constructo (análisis factorial, coeficiente de correlación de Pearson y coeficiente de determinación) y de criterio (curva ROC, sensibilidad, especificidad, acuerdo global, valores predictivos positivo y negativo, cocientes de probabilidad positivo y negativo y nomograma de Fagan). La escala MOCA evalúa las capacidades visuoespaciales mediante el dibujo de un reloj (3 puntos) y la copia de un cubo (un punto). La identificación se evalúa mediante la denominación de 3 animales poco familiares (3 puntos). La atención/concentración se evalúa mediante secuenciación numérica directa e inversa (un punto cada uno), prueba de concentración (un punto) y resta de 7 en 7 seriada (un punto). El lenguaje se valora mediante la repetición de 2 frases sintácticamente complejas (2 puntos) y un test de fluencia verbal (un punto). Las funciones ejecutivas/abstracción se evalúan mediante el test de fluencia verbal mencionado previamente, una versión corta del Trail Making B Test (un punto) y tareas de abstracción verbal (2 puntos). La memoria a corto plazo se valora por el recuerdo de 5 palabras a los 5 min (5 puntos). Por último, la orientación se evalúa mediante 4 preguntas de orientación temporal y 2 de orientación espacial (6 puntos). La puntuación máxima es 30 y la presencia de DC se establece con una puntuación menor de 26.

Gaete et al (2020) realizó un estudio para validar la escala MOCA en 526 pacientes entre 18 y 59 años con secuelas de daño neurocognitivo, concluyendo que es específico para evaluar deterioro cognitivo, pero no es específico para diagnóstico de daño neurocognitivo. Según valoración de la escala MOCA, el rendimiento cognitivo disminuye significativamente con la edad, y se debe considerar la educación como un sesgo en la interpretación de los puntajes de las pruebas.

Justificación

Antonino (2022) explicó la importancia de recuperar la capacidad motora cognitiva y espacial de las personas con secuelas de daño neurológico producto de un trauma o degeneración neurológica. El propósito es retardar o disminuir una discapacidad, recuperar la función neuromotora, y compensar la discapacidad. En este contexto el Método Perfetti resulta ser la estrategia rehabilitadora por la incorporación de técnicas sensoriales, propioceptivos, espaciales, cineastica que permiten la rehabilitación cognitiva que se traduce en un movimiento voluntario y controlado del paciente:

Justificación practica: se aplicarán métodos en el desarrollo de información perceptiva del entorno del paciente que pueda interpretar y mejorar su capacidad motora afectada.

Justificación social: permitirá al paciente mejorar su calidad de vida, independencia progresiva en el desarrollo de sus actividades cotidianas, y reintegración de su entorno familiar y social.

Justificación metodológica: la metodología que se aplicará es la observación directa basada en la evaluación previa del paciente, diseño de un plan de rehabilitación según método Perfetti.

Justificación científica: los resultados esperados permitirán difundir los beneficios de un método de rehabilitación integral en pacientes con secuelas neurológicas de nuestra comunidad.

Problema.

Según la WHO (2020) los trastornos neurológicos corresponden al 2% del total de la carga de las enfermedades en el mundo, en este grupo encontramos enfermedades neurodegenerativas, secuelas de accidente cerebro vascular, traumas, que requieren especial atención que si no son tratadas oportunamente pueden producir daños neuromotores y dependencia de un paciente. El método Perfetti constituye una estrategia de tipo integral que busca reeducar, recuperar, rehabilitar y compensar una deficiencia neurocognitiva que afecta la capacidad de percibir, integrar mediante movimientos el entorno del paciente, por lo que nos planteamos el siguiente problema de investigación:

¿Cuáles la eficacia del método Perfetti en el tratamiento de secuelas neurológica en pacientes del Hospital distrital Jerusalén Trujillo 2023?

Conceptualización y operacionalización de variables.

Variable 1: Método Perfetti.

Definición conceptual: Castro et al. (2019) técnica que rehabilitar mediante experiencias, repeticiones, reorganización, atención, sentidos, percepción y reestructuración, la función motora del paciente con secuela de un daño neurológico.

Definición operacional: Sebastiano & Anina (2021) señalan que en la aplicación práctica del método Perfetti se incluye: a) Ejercicios terapéuticos neurocognitivos para desarrollar información que conduzca a realizar un movimiento; b) Hipótesis perceptiva: paciente analiza e interiorizar la información para desarrollar el movimiento correcto; c) Imágenes motoras acción simulada anticipando un movimiento mediante: a) Discriminación presoria vía sensación táctil de un estímulo sobre determinada superficie del cuerpo, b) Discriminación cineastica paciente identifica la zona donde recibe un determinado estimulo, c) Discriminación viso-táctil que desarrolla la capacidad de percepción y reconocimiento táctil de un estímulo sobre los miembros superiores e inferiores.

Variable 2: Secuelas neurológicas

Definición Conceptual: Antonino (2022) lo define como aquellas lesiones del sistema nervioso central que puede ser de tipo degenerativo, Ictus, o traumáticas que producen alteración del desempeño neuromotor en una persona y le afecta el desempeño de sus actividades de la vida diaria.

Definición operacional: Antonino (2022) hace referencia al paciente que, según género, edad, padezca de una alteración neurocognitiva y requiere de rehabilitación con la propuesta del método Perfetti.

Hipótesis

Amaiquema et al. (2019) que la hipótesis debe confirmar o descartar la ventaja de un método o tratamiento terapéutico específico.

- H^1 : el método Perfetti resulta eficaz en el tratamiento de las lesiones neurológicas en pacientes del Hospital de Jerusalén Trujillo 2023.
- H^0 : el método Perfetti no resulta eficaz en el tratamiento de las lesiones neurológicas en pacientes del Hospital Distrital de Jerusalén Trujillo 2023

Objetivos.

General

Evaluar el efecto del método Perfetti en el tratamiento de secuelas neurológica en pacientes del Hospital Distrital Jerusalén Trujillo 2023.

Específicos

Caracterizar los pacientes según edad, género, secuela neurológica atendidos en el Hospital Distrital Jerusalén Trujillo 2023.

Estimar la función sensoriomotora y deterioro cognitivo a los pacientes con secuelas neurológicas atendidos en el Hospital Distrital Jerusalén Trujillo 2023.

Analizar los resultados del método Perfetti en la rehabilitación neurocognitiva en los pacientes con daño neurológico atendidos en el Hospital Distrital Jerusalén Trujillo 2023.

Metodología.

Tipo y diseño de la investigación.

Según su finalidad

Aplicada: Lidefer (2020) sostuvo que este diseño permitió aplicar alternativas de solución en problema recurrente como el método Perfetti para la rehabilitación de pacientes con secuelas neurológicas atendidos en el hospital Jerusalén de Trujillo.

Según su alcance

Descriptiva: Mendoza & Ramírez (2020) diseño que permitió identificar ciertas condiciones neuromotoras y neurocognitivas antes y después del tratamiento según método Perfetti en pacientes con daño neurológico del hospital Jerusalén de Trujillo.

No experimental: Álvarez, A. (2020) recomendó que la interacción con los sujetos de estudio debe ser espontánea sin sesgos al igual que los resultados no deben ser manipulados, asimismo se debe garantizar el anonimato y la integridad de los participantes.

Cualitativa: Yucra & Bernedo. (2020) basado en un instrumento que obtuvo las respuestas de las participantes relacionadas a la evolución de su rehabilitación de las secuelas neurológicas.

Diseño de la investigación:

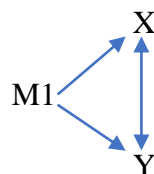
Diseño: $M1 = X = Y$

Donde:

M1: Población de estudio

X: Daño neurológico.

Y: Método Perfetti



Población y muestra.

Población: Mucha et al. (2020) se incluyeron en el estudio 45 pacientes con diagnóstico de secuelas neurológico que proceden de los diferentes servicios del hospital distrital Jerusalén de Trujillo 2023.

Muestra: Del Carmen (2019) para la presente investigación se consideró como muestra No Probabilístico a conveniencia, y se consideró a los 45 pacientes de la población.

Criterios de inclusión y exclusión:

- Inclusión
 - Pacientes con diagnóstico de secuelas neurológicas
 - Pacientes independientes
 - Pacientes que firmen el consentimiento informado
- Exclusión:
 - Pacientes sin diagnóstico confirmado de secuelas neurológicas
 - Pacientes con algún grado de dependencia
 - Pacientes que no firmen el consentimiento informado.

Técnica e instrumentos de investigación

Técnica de investigación.

Según lo explicado por Cajal (2020) según la finalidad de la investigación se aplicó la técnica de observación directa que permite la evaluación fisioterapéutica, aplicación del método Perfetti y medición de los resultados mediante escalas, y protocolos correspondientes. Por su parte Martín (2015) señaló que el método Perfetti se estableció un número de sesiones que pueden durar en promedio de 30 a 40 minutos, (dependiendo del diagnóstico y la evaluación inicial del paciente) orientados a desarrollar ejercicios de tipo cognitivo, actividades funcionales, tareas de la vida diaria, lenguaje corporal, que permitan reconocer el complejo articular del miembro superior y estimulación sensorial y propioceptiva.

Instrumento de investigación.

López et al. (2019) señalan que los instrumentos considerados estándar no requieren ser sometidos a validación confiabilidad, solo deben validarse por especialistas del área al tema de investigación, Kim et al. (2021) realizó una validación de la escala de evaluación Fugl-Meyer como instrumento que permite la evaluación clínica y funcional de las capacidades neuromotoras de un paciente con secuelas neurocognitivas, asimismo, Gómez et al. (2022) y Gaete et al (2020) realizaron respectivamente estudios poblacionales para validar la escala MOCA en pacientes jóvenes, adultos y adultos mayores con secuelas de daño neurocognitivo, concluyendo ambos que es específico para evaluar deterioro cognitivo, pero no es específico para diagnóstico de daño neurocognitivo.

Procesamiento y análisis de la información.

Ariovich, A. (2020) recomienda el uso de TICs como el SPSS V 23 y el programa Excel 2021 que permite la elaboración de tablas estadísticas, la tabulación, procesamiento, y resultados según los objetivos del estudio.

Resultados

Concluido la fase procesamiento de la base de datos de la tesis de pregrado “Eficacia del método Perfetti en el tratamiento de secuelas neurológica en pacientes del Hospital Distrital Jerusalén Trujillo 2023”, se obtuvo los siguientes resultados:

Tabla 1.

Características de pacientes Hospital Distrital Jerusalén Trujillo

características de los pacientes	N°	%
Etapa de vida		
Joven (19 -29 años)	8	17.8%
Adulto (30 - 59 años)	28	62.2%
Adulto Mayor (\geq 60 años)	9	20.0%
Sexo		
Hombre	19	42.2%
Mujer	26	57.8%
total	45	100.0%

Interpretación: según etapa de vida de los pacientes se halló 17,8% considerados como paciente joven, 62,2% adulto y 20,0% adulto mayor

Tabla 2

Distribución de pacientes según patologías neurológicas

Tipo de patologías neurológicas	N°	%
Accidente cerebro vascular	9	20.0%
Alzheimer	1	2.2%
Aneurisma	1	2.2%
Esclerosis Lateral amiotrófica (ELA)	1	2.2%
Esclerosis múltiple (EM)	1	2.2%
Guillan Barret	10	22.2%
Lesión medular	2	4.4%
Mielitis Transversa (MT)	1	2.2%
Mielitis Transversa Cervical (MTC)	2	4.4%
Mielitis Transversa Longitudinal Extensa (MTLE)	1	2.2%
Parkinson	1	2.2%
Parálisis Facial Central (PFC)	5	11.1%
Parálisis Facial Periférica (PFP)	2	4.4%
Traumatismo Encéfalo Craneano	8	17.8%
total	45	100.0%

Interpretación : según el tipo de patologías neurológicas prevaleció el tipo Guillan Barret con 22,2%, Accidente cerebrovascular con 20,0%; Traumatismo Encéfalo Craneano 17,8%; Parálisis Facial Periférica (PFP) 11,1%, Lesión Medular y Mielitis Transversa Cervical (MTC) con 4,4% respectivamente.

Tabla 3

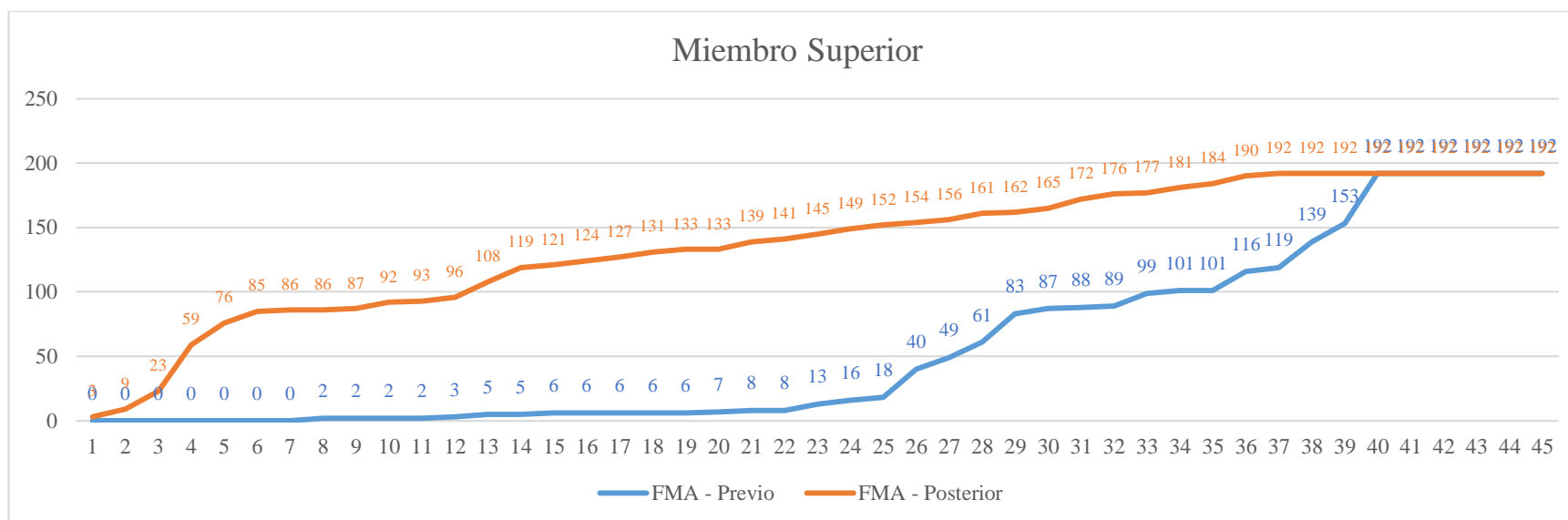
Distribución de pacientes según comorbilidad

Comorbilidad del paciente	N°	%
HTA	13	28.9%
Diabetes	3	6.7%
Obesidad	5	11.1%
Cardiopatías	8	17.8%
Neurológicas	2	4.4%
No refiere	14	31.1%
Total	45	100.0%

Interpretación: según comorbilidad referida por los pacientes se halló que el 28,9% padecía de Hipertensión Arterial (HTA), 17,8% cardiopatías, 11,1% obesidad, 6,7% diabetes, 4,4% neurológicas, y un 31,1% no refirió comorbilidad alguna.

Tabla 4

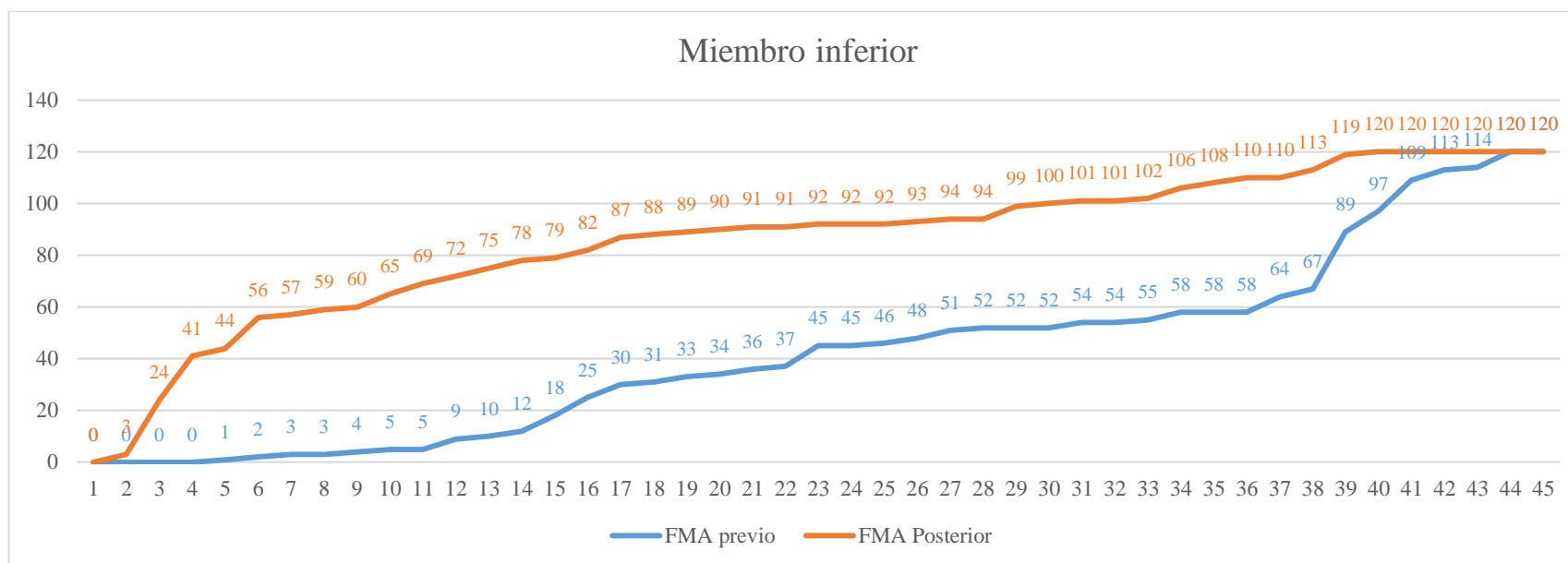
Evaluación de miembro superior según FMA previo y posterior a la aplicación de los ejercicios Perfetti.



Interpretación: teniendo la puntuación total de la Evaluación Fugl Meyer (FMA) que tiene una puntuación máxima de 226, en la evaluación previa del miembro superior, los pacientes obtuvieron una puntuación entre 0 y 153 donde solo 5 pacientes alcanzaron el 55% de la puntuación máxima; en la evaluación posterior a la aplicación del método Perfetti la puntuación vario entre 59 a 192 donde el 80% alcanzó una puntuación aceptable como indicador de recuperación y rehabilitación.

Tabla 5

Evaluación de miembro inferior según FMA previo y posterior a la aplicación de los ejercicios Perfetti.



Interpretación: teniendo la puntuación total de la Evaluación Fugl Meyer (FMA) que tiene una puntuación máxima de 226, en la evaluación previa del miembro inferior, los pacientes obtuvieron una puntuación entre 0 a 114; en la evaluación posterior a la aplicación del método Perfetti la puntuación vario de 24 a 120 donde se evidencia que los pacientes presentaron una recuperación mayor al 50% de la puntuación inicial.

Tabla 6

Valoración de deterioro Cognitivo según Test de MOCA

valoración de deterioro cognitivo	Test de MOCA Previo		Test de MOCA Posterior	
	N°	%	N°	%
< de 26 punto	40	88.9%	33	73.3%
≥ 26 puntos	5	11.1%	12	26.7%
total	45	100.0%		0.0%

Interpretación: en la evaluación del deterioro cognitivo de los pacientes mediante el test de MOCA que tiene una puntuación máxima de 30 previo a la aplicación del método Perfetti 40 pacientes (88,9%) evidenciaron deterioro cognitivo con una puntuación menor de 26 y 11,1% ≥ 26 puntos; en la evaluación posterior 33 pacientes (73,3%) tenían una puntuación menor de 26 y 26,7% una puntuación ≥ 26 puntos lo que revelo una leve mejoría en el aspecto cognitivo de los pacientes.

Análisis y Discusión.

Finalizada el reporte de resultados de la tesis pregrado “Eficacia del método Perfetti en el tratamiento de secuelas neurológica en pacientes del Hospital Distrital Jerusalén Trujillo 2023”, se estableció el siguiente análisis y discusión:

Según edad y etapas de vida de los pacientes se halló 17,8% considerados como paciente joven, 62,2% adulto y 20,0% adulto mayor; con relación a las patologías neurológicas prevaleció el tipo Guillan Barret con 22,2%, Accidente cerebrovascular con 20,0%; Traumatismo Encéfalo Craneano 17,8%; Parálisis Facial Periférica (PFP) 11,1%, Lesión Medular y Mielitis Transversa Cervical (MTC) con 4,4% respectivamente, en este sentido resultó importante lo expuesto por Sarmati (2022) al mencionar que el Método Perfetti resulta aplicable para secuelas neurológicas (ataxias, TEC, paraplejias, ACV, Parkinson, parálisis facial y esclerosis múltiple) basado en la teoría que los músculos no son afectados, por lo que resulta muy importante reactivar las funciones cognitivas relacionados a un determinado movimiento (sensibilidad, atención, lenguaje, percepción, memoria) del mismo modo Martínez (2020) concluyó que la terapia neurocognitiva o Método Perfetti ayudan la rehabilitación de los pacientes con esclerosis múltiple, Kim & Jang (2021) informo que los ejercicios cognitivo-sensoriomotor permiten mejorar la fuerza y memoria muscular en pacientes con daños neuromotor; asimismo, Arias et al. (2023) reveló en su población de estudio incremento de la funcionalidad del paciente mejorando su comunicación, estabilidad y control de movimientos.

Por su parte Ranzani et al. (2020) informó que en 33 pacientes con deficit motor de miembros superiores como secuela de ictus el Método Perfetti no evidenció diferencia significativa en los resultados esperados como la recuperación progresiva de la funcionalidad de la mano por lo que resulta importante lo mencionado por Sánchez et al. (2019) que señalaron que se debe considerar tipo y etiología de lesión neurológica, condición física, valoración del tono, desempeño y funcionalidad muscular, rangos de movimiento y sensibilidad.

Asimismo se identificó en la población de estudio que el 28,9% padecía de Hipertensión Arterial (HTA), 17,8% cardiopatías, 11,1% obesidad, 6,7% diabetes, 4,4% neurológicas, y un 31,1% sano.

En la evaluación previa de la función motora mediante la escala Fugl Meyer (FMA =226 puntos) del miembro superior, los pacientes obtuvieron una puntuación entre 0 y 153 donde solo 5 pacientes alcanzaron el 55% de la puntuación máxima; en la evaluación posterior a los ejercicios Perfetti la puntuación vario entre 59 a 192 donde el 80% alcanzó una puntuación aceptable como indicador de recuperación y rehabilitación, asimismo, en la evaluación previa del miembro inferior, los pacientes obtuvieron una puntuación entre 0 a 114; en la evaluación posterior a los ejercicios Perfetti la puntuación vario de 24 a 120 donde se evidencia que los pacientes presentaron una recuperación mayor al 50% de la puntuación inicial. Con relación a los resultados de la escala FMA, Kotaro et al (2020) revelo que los pacientes sometidos a sesiones de método Perfetti de 60 minutos por más de 12 semanas, la escala de Fulg Mayer revelo mejoría considerable en la motricidad fina de la población de estudio como indicador de rehabilitación de miembros superiores.

Interpretación: en la evaluación del deterioro cognitivo de los pacientes mediante el Test de MOCA que tiene una puntuación máxima de 30 previo a la aplicación del método Perfetti 40 pacientes (88,9%) evidenciaron deterioro cognitivo con una puntuación menor de 26 y 11,1% \geq 26 puntos; en la evaluación posterior 33 pacientes (73,3%) tenían una puntuación menor de 26 y 26,7% una puntuación \geq 26 puntos lo que revelo una leve mejoría en el aspecto cognitivo de los pacientes. Resultados favorables sobre mejoras del deterioro cognitivo mediante el método Perfetti fueron publicados por Chasag (2023) informó que el método Perfetti permitió la rehabilitación del sistema nervioso por estimulación sensorial, mejorando el movimiento, atención, visualización del entorno; Quispe (2023) publicó los ejercicios Perfetti contribuyen a mejora la condición neurocognitiva de loa adultos mayores; López et al. (2022) reafirmo que los ejercicios Perfetti y la teleneuropsicología como terapia complementaria se complementan y benefician al paciente.

Kim & Jang (2021) confirmó que en su población de estudio los ejercicios cognitivo-sensoriomotor permiten mejorar la fuerza y memoria muscular en pacientes con daños neuromotor; Sarabia (2020) Concluyó que el método Perfetti resulta eficaz en el rehabilitación de pacientes con deterioro neurológico moderado; Bajaan (2019) explicó que la terapia neurocognitiva permitió un progreso en la funcionalidad de la mano; y Pazmiño (2019) reportó que el método Perfetti resulta eficaz para disminuir progresivamente el deterioro cognitivo de la población de estudio.

Conclusiones.

Culminado la fase de análisis y discusión de la tesis pregrado “Eficacia del método Perfetti en el tratamiento de secuelas neurológica en pacientes del Hospital Distrital Jerusalén Trujillo 2023”, se establecieron las siguientes conclusiones:

- Prevalece la población de adultos mayores con un 62,2%, seguido de adultos 20,0% y joven 17,8%; 57,8% mujeres y 42,2% hombres
- Según comparación de la evaluación FMA el 80% de pacientes mostró mejorías de la función motora y psicomotriz fina en miembros superiores e inferiores, y según evaluación del deterioro cognitivo mediante test de MOCA 26,7% de pacientes mostraron mejoría en el deterioro cognitivo
- El método Perfetti permitió mejorar la función sensoriomotora y deterioro cognitivo según las evaluaciones con la escala FMA y test MOCA.

Recomendaciones:

Socializar los resultados con la institución auspiciante de la investigación

Elaborar un protocolo específico para la implementación del método Perfetti como tratamiento de las secuelas neurológicas

Socializar las ventajas de la aplicación del Método Perfetti como tratamiento en la rehabilitación en las secuelas neurológicas

Referencias Bibliográficas.

- Abo, M., & Kakuda, W. (2012). Rehabilitation for cerebrovascular disease: current and new methods in Japan. *Japan Med Assoc J*, 55(3), 240-245. Recovered from: https://www.med.or.jp/english/journal/pdf/2012_03/240_245.pdf
- Álvarez, A. (2020). Clasificación de las investigaciones. Recuperado de: <https://hdl.handle.net/20.500.12724/10818>
- Amaiquema et al. (2019). Enfoques para la formulación de la hipótesis en la investigación científica. *Conrado*, 15(70), 354-360. Epub 02 de diciembre de 2019. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1990-86442019000500354&lng=es&tlng=es
- Antonino, C (2022) Rehabilitación Neurológica: Qué es y cuáles son sus objetivos. *Emergency Live – Italia*. Recovered from: <https://www.emergency-live.com/es/salud-y-la-seguridad/rehabilitaci%C3%B3n-neurol%C3%B3gica-qu%C3%A9-es-y-cu%C3%A1les-son-sus-objetivos/>
- Ardila et al. (2015) Diccionario de Neuropsicología. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/268926205_Diccionario_de_Neuropsicologia
- Arias Córdova, P., Manzano Vinuesa, G., & Mullo Manovanda, A. (2023). Método Perfetti en miembro superior de adulta mayor con enfermedad de Parkinson. *Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación*, 15(2). Recuperado de <https://revrehabilitacion.sld.cu/index.php/reh/article/view/628>
- Ariovich, A. (2020). Elementos básicos para el procesamiento, el análisis y la interpretación de la información estadística en salud: cuaderno de trabajo. *Política, políticas y sociedad: cuadernos de trabajo Nro. 3*. Recuperado de: <http://repositorio.ungs.edu.ar:8080/xmlui/handle/UNGS/801>
- Bajaña Carrillo, J. A. (2018). Método perfetti para recuperar funcionalidad de la mano en pacientes con accidente cerebro vascular de la arteria cerebral media izquierda del área de rehabilitación del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Riobamba 2018 (Bachelor's thesis, Universidad Nacional de Chimborazo, 2018). Recuperado de: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/5031>

- Bortone, I., Barsotti, M., Leonardis, D., Crecchi, A., Tozzini, A., Bonfiglio, L., & Frisoli, A. (2020). Immersive virtual environments and wearable haptic devices in rehabilitation of children with neuromotor impairments: a single-blind randomized controlled crossover pilot study. *Journal of neuroengineering and rehabilitation*, 17(1), 1-14. Recovered from: <https://jneuroengrehab.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12984-020-00771-6>
- Cabanillas Cayero, J. (2019) Desarrollo del razonamiento clínico del Método Perfetti o comparación entre acciones a través de un estudio de caso. <http://hdl.handle.net/11000/8706>
- Cajal, A. (2020). Observación indirecta: características, ventajas, desventajas, ejemplo. *Lifeder*. Recuperado de: <https://www.lifeder.com/observacion-indirecta/>
- Carlos Davila, K. J. (2022). Efectividad de los Programas de Intervención Neuropsicológica en pacientes adultos mayores con accidente cerebro vascular en Latinoamérica 2011–2021: una revisión sistemática. Recuperado de: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/104413>
- Castro, W. M. D., & López, Y. C. R. (2019). Método Perfetti como Estrategia Terapéutica en La Rehabilitación de Pacientes Con Enfermedad cerebrovascular: Revisión Bibliográfica. *Movimiento Científico*, 13(1), 65-70. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6985334>
- Celletti, C., Paolucci, T., Maggi, L., Volpi, G., Billi, M., Mollica, R., & Camerota, F. (2021). Pain Management through Neurocognitive Therapeutic Exercises in Hypermobile Ehlers–Danlos Syndrome Patients with Chronic Low Back Pain. *BioMed Research International*, 2021, 1-7. Recovered from: <https://doi.org/10.1155/2021/6664864>
- Chasag Guananga, T. A. (2023). Método perfetti como estrategia de estimulación sensorio-visual para mejorar el equilibrio en los adultos mayores de la parroquia de Quisapincha (Bachelor's thesis, Universidad Técnica de Ambato/Facultad de Ciencias de Salud/Carrera de Fisioterapia). Recuperado de: <https://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/37824>
- Del Carmen, V. (2019). Muestra Probabilística y No Probabilística. Universidad Autónoma de México. Recuperado de: http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/108928/secme-10911_1.pdf?sequence=1

- Del Cuvillo Yges, María, Arranz-Escudero, Adrián, Moreta-de-Esteban, Paloma, López-Marcos, José Javier, & Martín-Casas, Patricia. (2022). Eficacia de la rehabilitación cognitiva multisensorial: revisión sistemática. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 45(3), e1013. Epub 24 de abril de 2023. <https://dx.doi.org/10.23938/assn.1013>
- Gaete, M., Jorquera, S., Bello-Lepe, S., Mendoza, Y. M., Véliz, M., Alonso-Sanchez, M. F., & Lira, J. (2020). Resultados estandarizados del Montreal Cognitive Assessment (MoCA) para cribado neurocognitivo en población chilena. *Neurología*. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.nrleng.2020.08.021>
- Gómez-Moreno, S. M., Cuadrado, M. L., Cruz-Orduña, I., Martínez-Acebes, E. M., Gordo-Mañas, R., Fernández-Pérez, C., & García-Ramos, R. (2022). Validación de la versión española de la Escala Cognitiva de Montreal (MoCA) como herramienta de cribado de deterioro cognitivo asociado a la esclerosis múltiple. *Neurología*, 37(9), 726-734. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2019.11.006>
- Jacho-Guanoluisa, N., Albiol-Pérez, S., Collazos, C. A., Fardoun, H. M., & Cano, S. (2019, September). Cognitive rehabilitation using virtual reality for children with rare diseases. In *Proceedings of the 5th Workshop on ICTs for improving Patients Rehabilitation Research Techniques* (pp. 183-186). Recovered from: <https://doi.org/10.1145/3364138.3364176>
- Kim, K. H., & Jang, S. H. (2021). Effects of Cognitive Sensory Motor Training on Lower Extremity Muscle Strength and Balance in Post Stroke Patients: A Randomized Controlled Study. *Clinics and Practice*, 11(3), 640-649. Recovered from: <https://doi.org/10.3390/clinpract11030079>
- Kim, T. L., Hwang, S. H., Lee, W. J., Hwang, J. W., Cho, I., Kim, E. H., ... & Shin, J. H. (2021). The Korean version of the Fugl-Meyer Assessment: Reliability and validity evaluation. *Annals of rehabilitation medicine*, 45(2), 83-98. Recovered from: <https://doi.org/10.5535/arm.20225>
- Kotaro, N., Nakano, H., Iki, S., Ishigaki, T., & Kawaguchi, T. (2022). Effect of neurocognitive rehabilitation on upper limb function in community-dwelling chronic stroke patients: A pilot study. *Physiotherapy Theory and Practice*, 38(10), 1366-1372. Recovered from: <https://doi.org/10.1080/09593985.2020.1861669>
- Lee, S., Bae, S., Jeon, D., & Kim, K. Y. (2015). The effects of cognitive exercise therapy on chronic stroke patients' upper limb functions, activities of daily living and quality of life. *Journal of physical therapy science*, 27(9), 2787-2791. Recovered from: <https://doi.org/10.1589/jpts.27.2787>
- León Carrión, J. (2015). *Fundamentos de neuropsicología humana*. Recuperado de: <https://biblioteca.uazuay.edu.ec/buscar/item/84896>

- Lifeder. (2020). Investigación aplicada: características, definición, ejemplos. Recuperado de: <https://www.lifeder.com/investigacion-aplicada/>.
- López Fernández, Raúl, Avello Martínez, Raidell, Palmero Urquiza, Diana Elisa, Sánchez Gálvez, Samuel, & Quintana Álvarez, Moisés. (2019). Validación de instrumentos como garantía de la credibilidad en las investigaciones científicas. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 48(Supl. 1), e390. Epub 01 de diciembre de 2019. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572019000500011&lng=es&tlng=es.
- López Gutiérrez, C. R., Castrillón Taba, M. M., & Lopera Vásquez, J. P. (2022). Effect of a neuropsychological rehabilitation program focused on executive functions in a case of multiple sclerosis. *CES Psicología*, 15(3), 97-114. Recovered from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S2011-30802022000300097&script=sci_abstract&tlng=en
- Martín, N. T. (2015). Método Perfetti para el tratamiento de la hemiplejía desde terapia ocupacional. *Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia, TOG*, 1(10), 2. Recuperado de: <https://www.revistatog.com/suple/num10/perfetti.pdf>
- Martínez, Á. R., González, P. S., Cuervo, A., & Albiol, L. M. (2020). Efficacy of cognitive rehabilitation in a patient with primary progressive multiple sclerosis Eficacia de la rehabilitación cognitiva en un paciente con esclerosis múltiple progresiva primaria. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 15(1), 5. Recovered from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7851108>
- Martínez, E. F., Pérez, A. E. P., & Moineo, M. C. C. (2021). Fundamentos teóricos, metodológicos y prácticos de la rehabilitación cognitiva en adultos con daño cerebral adquirido. *Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación*, 13(2), 1-21. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=107718>
- Mendoza & Ramírez. (2020). Aprendiendo metodología de la investigación. Recuperado de: <http://142.93.18.15:8080/jspui/bitstream/123456789/523/1/LISTO%202.pdf>
- Morreale, M., Marchione, P., Pili, A., Lauta, A., Castiglia, S. F., Spallone, A., ... & Giacomini, P. (2016). Early versus delayed rehabilitation treatment in hemiplegic patients with ischemic stroke: proprioceptive or cognitive approach. *Eur J Phys Rehabil Med*, 52(1), 81-9. Recovered from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26220327/>

- Mucha et al. (2020). Evaluación de procedimientos empleados para determinar la población y muestra en trabajos de investigación de posgrado. *Desafíos*, 12(1), e253. <https://doi.org/10.37711/desafios.2021.12.1.253>
- Pastor Zaplana, J. A. (2017). Rehabilitación de los miembros inferiores tras un ictus: Intervención desde terapia ocupacional en caso único. Recuperado de: https://www.conadisperu.gob.pe/observatorio/wp-content/uploads/2019/10/03_201.pdf
- Pazmiño Baca, J. A. (2019). Beneficio del método Perfetti en adultos mayores con problemas cognitivos del Hogar de la Paz “Hermanas de la Caridad Madre Teresa de Calcuta” Quito 2018 (Bachelor's thesis, PUCE-Quito). Recuperado de: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/16681>
- Quispe Arias, J. G. (2023). Programa de ejercicios basado en el Método Perfetti para el deterioro cognitivo leve en adultos mayores (Master's thesis, Universidad Técnica de Ambato/Facultad de Ciencias de la Salud/Centro de Posgrados). Recuperado de: <https://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/38883>
- Ranzani, R., Lambercy, O., Metzger, J. C., Califfi, A., Regazzi, S., Dinacci, D., ... & Gassert, R. (2020). Neurocognitive robot-assisted rehabilitation of hand function: a randomized control trial on motor recovery in subacute stroke. *Journal of neuroengineering and rehabilitation*, 17, 1-13. Recovered from: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12984-020-00746-7>
- Sallés, L., Martín-Casas, P., Gironès, X., Durà, M. J., Lafuente, J. V., & Perfetti, C. (2017). A neurocognitive approach for recovering upper extremity movement following subacute stroke: a randomized controlled pilot study. *Journal of physical therapy science*, 29(4), 665-672. Recovered from: <https://europepmc.org/article/MED/28533607>
- Sánchez-Villavicencio, I., Hernández-Franco, J., Sucar, E., & Leder, R. S. (2009). Actividades simuladas de la vida diaria para rehabilitación motora del miembro superior en pacientes con enfermedad vascular cerebral. *Archivos de Neurociencias*, 14(4), 237-242. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=26073>
- Sarabia Santamaría, A. J. (2020). Abordaje fisioterapéutico en adultos mayores con deterioro cognitivo a través del método perfetti en el centro geriátrico del cantón Salcedo (Bachelor's thesis, Universidad Técnica de Ambato/Facultad de Ciencias de la Salud/Carrera de Terapia Física). Recuperado de: <https://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/30990>
- Sarmati, Valerio (2022). Rehabilitación neurocognitiva según Perfetti. *Neurocognitive Academy*. Recovered from: <https://neurocognitiveacademy.org/rehabilitacion-neurocognitiva-segun-perfetti/>

- Sebastiano, S., & Anina, C. (2021). Análisis y descripción de la rehabilitación neurocognitiva en la rehabilitación pediátrica. Recuperado de: <https://repositorio.uai.edu.ar/handle/123456789/268>
- Veloz Betancourt, D. N., & Osorio González, N. L. (2022). Eficacia del Método Perfetti en adultos con tren superior hemipléjico (Bachelor's thesis, Universidad Nacional de Chimborazo). Recuperado de: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/9855>
- WHO (2020) Neurological Disorders: Public Health Challenges. World Health Organization. Recovered from: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=198:2008-trastornos-neurologicos&Itemid=0&lang=en#gsc.tab=0
- WHO (2023) Rehabilitation. World Health Organization. Recovered from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>
- Yucra & Bernedo. (2020). Epistemología e Investigación Cuantitativa y Cualitativa. IGOBERNANZA, 3(12), 107–120. Recuperado de: <https://doi.org/10.47865/igob.vol3.2020.88>

Anexos.

1. Matriz de operacionalización de variables

Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Ítems	Escala de Medición
Variable 1: Método Perfetti.	Castro et al. (2019) técnica que rehabilitar mediante experiencias, repeticiones, reorganización, atención, sentidos, percepción y reestructuración, la función motora del paciente con secuela de un daño neurológico.	Sebastiano & Anina (2021) señalan que en la aplicación práctica del método Perfetti se incluye: a) Ejercicios terapéuticos neurocognitivos para desarrollar información que conduzca a realizar un movimiento; b) Hipótesis perceptiva: paciente analiza e interioriza la información para desarrollar el movimiento correcto; c) Imágenes motoras acción simulada anticipando un movimiento mediante: a) Discriminación presoria vía sensación táctil de un estímulo sobre determinada superficie del cuerpo, b) Discriminación cineástica paciente identifica la zona donde recibe un determinado estímulo, c) Discriminación viso-táctil que desarrolla la capacidad de percepción y reconocimiento táctil de un estímulo sobre los miembros superiores e inferiores.	Valoración Fulg - Meyer	Extremidad superior	Ordinal
				Muñeca	
				Mano	
				Coordinación/Velocidad	
				Sensación	
				Movimiento articular pasivo	
			Dolor Articular		
			Montreal Cognitive Assessment (MOCA)	Visuoespacial / Ejecutiva	
				Identificación	
				Memoria	
				Atención	
				Lenguaje	
				Abstracción	
				Recuerdo diferido	
Orientación					

Variable 2: Secuelas neuroológicas	Definición Conceptual: Antonino (2022) lo define como aquellas lesiones del sistema nervioso central que puede ser de tipo degenerativo, Ictus, o traumáticas que producen alteración del desempeño neuromotor en una persona y le afecta el desempeño de sus actividades de la vida diaria.	Definición operacional: Antonino (2022) hace referencia al paciente que, según género, edad, padezca de una alteración neurocognitiva y requiere de rehabilitación con la propuesta del método Perfetti.	Tipo de Lesión	ACV	Nominal
				Traumatológico	
				derivada de complicación	
			Miembro afectado	Superior	
				Inferior	
			Grupo etario	Edad	
			Genero	Hombre	
				Mujer	
			Comorbilidad	Diabetes	
				HTA	
Obesidad					

2. Matriz de consistencia

Problema	VARIABLES	Objetivos	Hipótesis	Metodología
¿cuáles la eficacia del método Perfetti en el tratamiento de secuelas neurológica en pacientes del Hospital Jerusalén Trujillo 2023?	Variable 1: Método Perfetti.	General: Evaluar el efecto del método Perfetti en el tratamiento de secuelas neurológica en pacientes del Hospital Distrital Jerusalén Trujillo 2023.	H1: el método Perfetti resulta eficaz en el tratamiento de las lesiones neurológicas en pacientes del Hospital de Jerusalén Trujillo 2023. H0: el método Perfetti no resulta eficaz en el tratamiento de las lesiones neurológicas en pacientes del Hospital de Jerusalén Trujillo 2023	<p style="text-align: center;">Tipo de Investigación:</p> <p>Según su finalidad: Aplicada. Lidefer (2020) sostiene que este diseño permite utilizar una alternativa solución o respuesta a un problema que afecta a una población. En esta investigación se aplicará el método Perfetti como tratamiento de lesiones neurológicas en pacientes de un hospital Jerusalén de Trujillo.</p> <p>Según su alcance: Descriptiva: Mendoza & Ramírez (2020) diseño que permite identificar ciertas condiciones neuromotoras y neurocognitivas antes y después del tratamiento según método Perfetti en pacientes con daño neurológico del hospital Jerusalén de Trujillo.</p> <p>No experimental: Álvarez, A. (2020) recomienda que la interacción con los sujetos de estudio debe ser espontanea sin sesgos al igual que los resultados no deben ser manipulados, asimismo se debe garantizar el anonimato y la integridad de los participantes.</p> <p>Cualitativa: Yucra & Bernedo. (2020) sugiere que se deben aplicar instrumento de evaluación estándar para las etapas de pre intervención y de medición de resultados post intervención.</p>

				Población y Muestra
		<p>Específicos <i>Caracterizar</i> los pacientes según edad, género, secuela neurológica atendidos en el Hospital Distrital Jerusalén Trujillo 2023. <i>Estimar</i> la función sensoriomotora y deterioro cognitivo a los pacientes con secuelas neurológicas atendidos en el Hospital Distrital Jerusalén Trujillo 2023. <i>Realizar</i> los ejercicios del método Perfetti a los pacientes con secuelas neurológicas atendidos en el Hospital Distrital Jerusalén Trujillo 2023 <i>Analizar</i> los resultados del método Perfetti en la rehabilitación neurocognitiva en los pacientes con daño neurológico atendidos en el Hospital Distrital Jerusalén Trujillo 2023.</p>		<p>Población: Mucha et al. (2020) se incluirán en el estudio 45 pacientes con diagnóstico neurológico que proceden de los diferentes servicios del hospital Jerusalén de Trujillo 2023. Muestra: Del Carmen (2019) para la presente investigación se aplicará el muestro No Probabilístico a conveniencia, y se incluirán los 45 pacientes de la población.</p>
				Técnica e Instrumento de recolección de datos
	Variable 2: Secuelas neurológicas			<p>Técnica de investigación. Según lo explicado por Cajal (2020) según la finalidad de la investigación se aplicará la técnica de observación directa que permite la evaluación fisioterapéutica, aplicación del método Perfetti y medición de los resultados mediante escalas, y protocolos correspondientes. Instrumento de investigación. López et al. (2019) señalan que los instrumentos considerados estándar no requieren ser sometidos a validación confiabilidad, solo deben validarse por especialistas del área al tema de investigación, Kim et al. (2021) realizó una validación de la escala de evaluación Fugl-Meyer como instrumento que permite la evaluación clínica y funcional de las capacidades neuromotoras de un paciente con secuelas neurocognitivas, asimismo, Gómez et al. (2022) y Gaete et al (2020) realizaron respectivamente estudios poblacionales para validar la escala MOCA en pacientes jóvenes, adultos y adultos mayores con secuelas de daño neurocognitivo, concluyendo ambos que es específico para evaluar deterioro cognitivo, pero no es específico para diagnóstico de daño neurocognitivo.</p>

3. Instrumento de recolección de datos.

Escala Fugl – Meyer.

VALORACIÓN DE FUGL-MEYER		Identificación:			
EXTREMIDAD SUPERIOR (FMA-ES)		Fecha:			
Valoración de la función sensoriomotora		Examinador:			
<i>Fugl-Meyer AR, Jääskö L, Leyman I, Olsson S, Steglind S. The post-stroke hemiplegic patient. A method for evaluation of physical performance. Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine 1975, 7:13-31.</i>					
A. EXTREMIDAD SUPERIOR, posición sedente					
I. Actividad refleja		ning.	puede ser provocada		
Flexores: Bíceps y flexores de los dedos (al menos uno)		0	2		
Extensores: Tríceps		0	2		
Subtotal I (máx. 4)					
II. Movimiento voluntario dentro de sinergias, sin ayuda gravitacional		ning.	parcial	total	
Sinergia flexora: Mano desde rodilla contralateral hasta oído ipsilateral. Desde la sinergia extensora (aducción de hombro/rotación interna, extensión del codo, pronación del antebrazo) hasta la sinergia flexora (abducción del hombro/rotación externa, flexión del codo, supinación del antebrazo).	Hombro	Retracción	0	1	2
		Elevación	0	1	2
		Abducción (90°)	0	1	2
		Rotación externa	0	1	2
	Codo	Flexión	0	1	2
	Antebrazo	Supinación	0	1	2
Sinergia extensora: Mano desde el oído ipsilateral hasta la rodilla contralateral	Hombro	Aducción/rotac. inter	0	1	2
	Codo	Extensión	0	1	2
	Antebrazo	Pronación	0	1	2
Subtotal II (máx. 18)					
III. Movimiento voluntario mezclando sinergias, sin compensación		ning.	parcial	total	
Mano hasta la columna lumbar Mano sobre regazo	No puede realizar, mano en frente a espina iliaca antero-superior	0			
	Mano detrás de espina iliaca antero-superior (sin compensación)		1		
	Mano hasta la columna lumbar (sin compensación)			2	
Flexión de hombro 0°-90° Codo a 0° Pronación-supinación 0°	Abducción inmediata o flexión de codo	0			
	Abducción o flexión de codo durante movimiento 90° de flexión, no abducción de hombro ni flexión de codo		1	2	
Pronación-supinación Codo a 90° Hombro a 0°	No pronación/supinación, imposible posición inicio	0			
	Pronación/supinación limitada, mantiene posición de inicio		1		
	Pronación/supinación completa, mantiene posición de inicio			2	
Subtotal III (máx. 6)					
IV. Movimiento voluntario con poca o ninguna sinergia		ning.	parcial	total	
Abducción de hombro 0°-90° Codo a 0° Antebrazo pronado	Supinación inmediata o flexión de codo	0			
	Supinación o flexión de codo durante movimiento 90° de abducción, mantiene extensión y pronación		1	2	
Flexión de hombro 90°-180° Codo a 0° Pronación-supinación 0°	Abducción inmediata o flexión de codo	0			
	Abducción o flexión de codo durante movimiento 90° de flexión, no abducción de hombro o flexión de codo		1	2	
Pronación/supinación Codo a 0° Hombro a flexión de 30°-90°	No pronación/supinación, imposible posición inicio	0			
	Pronación/supinación limitada, mantiene posición de inicio		1		
	Pronación/supinación completa, mantiene posición de inicio			2	
Subtotal IV (máx. 6)					
V. Actividad refleja normal evaluada solo si se logra puntaje total de 6 en parte IV					
Bíceps, Tríceps, Flexores de dedos	0 puntos en parte IV o 2 de 3 reflejos marcadamente hiperactivos	0			
	1 reflejo marcadamente hiperactivo o al menos 2 reflejos enérgicos		1		
	Máximo de 1 reflejo enérgico, ninguno hiperactivo			2	
Subtotal V (máx. 2)					
Total A. EXTREMIDAD SUPERIOR (máx. 36)					

B. MUÑECA se puede dar apoyo en el codo para adoptar o mantener la posición, no apoyo en muñeca, verifique rango pasivo de movimiento antes de realizar prueba		ning.	parcial	total
Estabilidad a flexión dorsal de 15° Codo a 90°, antebrazo pronado Hombro a 0°	Flexión dorsal activa menor de 15° 15° de Flexión dorsal, no tolera resistencia Mantiene flexión dorsal contra resistencia	0	1	2
Flexión dorsal/volar repetida Codo a 90°, antebrazo pronado Hombro a 0° leve (flexión de los dedos)	No puede realizar voluntariamente Rango de movimiento activo limitado Rango de movimiento activo completo, fluido	0	1	2
Estabilidad a flexión dorsal de 15° Codo a 0°, antebrazo pronado Leve flexión/abducción de hombro	Flexión dorsal activa menor de 15° 15° de flexión dorsal, sin resistencia Mantiene posición contra resistencia	0	1	2
Flexión dorsal/volar repetida Codo a 0°, antebrazo pronado Leve flexión/abducción de hombro	No puede realizar voluntariamente Rango de movimiento activo limitado Rango de movimiento activo completo, fluido	0	1	2
Circunducción Codo a 90°, antebrazo pronado, hombro a 0°	No puede realizar voluntariamente Movimiento brusco o incompleto Circunducción completa y suave	0	1	2
Total B (máx. 10)				
C. MANO se puede dar apoyo en el codo para mantener flexión de 90°, no apoyo en la muñeca, compare con mano no afectada, los objetos están interpuestos, agarre activo		ning.	parcial	total
Flexión en masa	Desde extensión total activa o pasiva	0	1	2
Extensión en masa	Desde flexión total activa o pasiva	0	1	2
AGARRE				
a. Agarre de gancho flexión en IFP y IFD (dígitos II – V) Extensión en MCF II-V	No puede realizar Puede mantener posición pero débil Mantiene posición contra resistencia	0	1	2
b. Aducción de pulgar 1er CMC, MCF, IFP a 0°, trozo de papel Entre pulgar y 2da articulación MCF	No puede realizar Puede sostener papel pero no contra tirón Puede sostener papel contra tirón	0	1	2
c. Agarre tipo pinza, oposición Pulpejo del pulgar, contra pulpejo del 2 do dedo, se tira o hala el lápiz hacia arriba	No puede realizar Puede sostener lápiz pero no contra tirón Puede sostener lápiz contra tirón	0	1	2
d. Agarre cilíndrico Objeto en forma cilíndrica (pequeña lata) Se tira o hala hacia arriba con oposición en dígitos I y II	No puede realizar Puede sostener cilindro pero no contra tirón Puede sostener cilindro contra tirón	0	1	2
e. Agarre esférico Dedos en abducción/flexión, pulgar opuesto, bola de tenis	No puede realizar Puede sostener bola pero no contra tirón Puede sostener bola contra tirón	0	1	2
Total C (máx. 14)				
D. COORDINACIÓN/VELOCIDAD después de una prueba con ambos brazos, con los ojos vendados, punta del dedo índice desde la rodilla hasta la nariz, 5 veces tan rápido como sea posible		marcado	leve	ninguno
Temblor	Al menos 1 movimiento completo	0	1	2
Dismetría	Pronunciada o asistemática Leve y sistemática No dismetría	0	1	2
		> 6s	2 - 5s	< 2s
Tiempo Inicio y final con la mano sobre la rodilla	Al menos 6 seg. más lento que el lado no afectado 2-5 seg. más lento que el lado no afectado Menos de 2 segundos de diferencia	0	1	2
Total D (máx. 6)				
Total A-D (máx.6)				


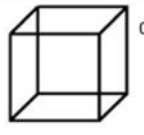

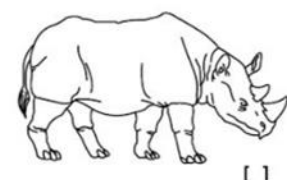
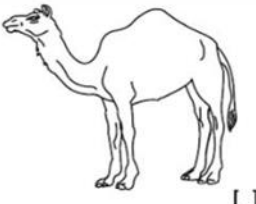
H. SENSACIÓN , extremidad superior con los ojos vendados, comparado con el lado no afectado		anestesia	hipoestesia disestesia	normal
Tacto Suave	Brazo, antebrazo, superficie palmar de mano	0 0	1 1	2 2
		ausencia menos de ¾ correcto	¾ correcto considerable diferencia	correcto 100% poca o no diferencia
Posición Pequeña alteración en la posición	Hombro Codo Muñeca Pulgar (articulación - IF)	0 0 0 0	1 1 1 1	2 2 2 2
Total H. (máx. 12)				

I. MOVIMIENTO ARTICULAR PASIVO , extremidad superior				J. DOLOR ARTICULAR durante movimiento pasivo, extremidad superior		
Posición sedente, compare con lado no afectado	solo pocos grados (menos de 10° en hombro)	disminuido	normal	dolor constante pronunciado durante o al final del movimiento o dolor muy marcado al final del movimiento	algún dolor	no dolor
Hombro						
Flexión (0°-180°)	0	1	2	0	1	2
Abducción (0°-90°)	0	1	2	0	1	2
Rotación externa	0	1	2	0	1	2
Rotación interna	0	1	2	0	1	2
Codo						
Flexión	0	1	2	0	1	2
Extensión	0	1	2	0	1	2
Antebrazo						
Pronación	0	1	2	0	1	2
Supinación	0	1	2	0	1	2
Muñeca						
Flexión	0	1	2	0	1	2
Extensión	0	1	2	0	1	2
Dedos						
Flexión	0	1	2	0	1	2
Extensión	0	1	2	0	1	2
Total I (máx. 24)				Total J (max. 24)		

A. EXTREMIDAD SUPERIOR	/36
B. MUÑECA	/10
C. MANO	/14
D. COORDINACIÓN/VELOCIDAD	/6
TOTAL A - D (función motora)	/66

H. SENSACION	/12
I. MOVIMIENTO ARTICULAR PASIVO	/24
J. DOLOR ARTICULAR	/24

Escala Montreal Cognitive Assessment (MOCA)

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA) (EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL)		NOMBRE: _____		Fecha de nacimiento: _____		
		Nivel de estudios: _____		FECHA: _____		
		Sexo: _____				
VISUOESPACIAL / EJECUTIVA						Copiar el cubo [] []
		Dibujar un reloj (Once y diez) (3 puntos)		[] [] [] Contorno Números Agujas		
				Puntos ___/5		
IDENTIFICACIÓN						
						
				___/3		
MEMORIA						
Lea la lista de palabras, el paciente debe repetirlas. Haga dos intentos. Recuérdelas 5 minutos más tarde.		ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO
1er intento						
2º intento						
						Sin puntos
ATENCIÓN						
Lea la serie de números (1 número/seg.) El paciente debe repetirla. [] 2 1 8 5 4 El paciente debe repetirla a la inversa. [] 7 4 2						___/2
Lea la serie de letras. El paciente debe dar un golpecito con la mano cada vez que se diga la letra A. No se asignan puntos si ≥ 2 errores. [] F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B						
Restar de 7 en 7 empezando desde 100. [] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65 4 o 5 sustracciones correctas: 3 puntos, 2 o 3 correctas: 2 puntos, 1 correcta: 1 punto, 0 correctas: 0 puntos.						
						___/3
LENGUAJE						
Repetir: El gato se esconde bajo el sofá cuando los perros entran en la sala. [] Espero que él le entregue el mensaje una vez que ella se lo pida. []						___/2
Fluidez del lenguaje. Decir el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra "P" en 1 min. [] _____ (N ≥ 11 palabras)						
						___/1
ABSTRACCIÓN						
Similitud entre p. ej. manzana-naranja = fruta [] tren-bicicleta [] reloj-regla						___/2
RECUERDO DIFERIDO						
Debe acordarse de las palabras SIN PISTAS		ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO
		[]	[]	[]	[]	[]
Optativo Pista de categoría						
Pista elección múltiple						
						Puntos por recuerdos SIN PISTAS únicamente ___/5
ORIENTACIÓN						
[] Día del mes (fecha) [] Mes [] Año [] Día de la semana [] Lugar [] Localidad						___/6
© Z. Nasreddine MD Versión 07 noviembre 2004 Normal ≥ 26 / 30 www.mocatest.org						
				TOTAL ___/30 Añadir 1 punto si tiene ≤ 12 años de estudios		

4. Consentimiento informado.

UNIVERSIDAD SAN PEDRO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ESTUDIOS DE TECNOLOGIA MEDICA

TERAPIAFISICA Y REHABILITACIÓN

Responsable Bachiller: Sosa Castillo Keyler

*Eficacia del método Perfetti en el tratamiento de secuelas neurológica en
pacientes del Hospital Distrital Jerusalén Trujillo 2023*

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ con
DNI _____ declaro haber sido invitado a participar en una
investigación denominada "Eficacia del método Perfetti en el tratamiento de secuelas
neurológica en pacientes del Hospital Distrital Jerusalén Trujillo 2023 " estudio donde
se reservara el anonimato de mi participacion y de los resultados obtenidos.

Asimismo deajo constancia que el responsable de la investigacion estara supervisado y
atento a los procedimientos de obtencion de muestras , ademas se me explico que me
asiste el derecho de retirame de la investigacion sin expresion de causa

Firma paciente

Bachiller: Vega Rivera Franklin

5. Base de datos.

N°	Datos del paciente				Comorbilidad				
	Edad	Sexo	diagnostico	Grado Instr.	HTA	Diabetes	Obesidad	Cardiopatías	Neurológicas
1	28	F	TEC	S					
2	28	F	ACV	S				1	
3	45	F	TEC	P					
4	32	F	GUILLAN BARRET	S					
5	53	F	TEC	S					
6	71	M	GUILLAN BARRET	SP	1				
7	47	F	GUILLAN BARRET	S					
8	69	F	ANEURISMA	S			1		
9	34	F	PFC	SP					
10	53	F	PFP	P					
11	69	F	TEC	S		1			
12	63	M	TEC	S	1				
13	60	F	ACV	S		1		1	
14	55	M	PFP	S			1		
15	63	F	MTC	S	1				
16	45	F	ACV	S	1	1			
17	25	M	MTLE	S					
18	36	M	TEC	S					
19	35	M	LÉSION MEDULAR	S					
20	47	F	ELA	S	1				
21	18	M	GUILLAN BARRET	S	1				
22	63	F	GUILLAN BARRET	S					
23	58	M	MTC	S					
24	49	M	ACV	S			1	1	
25	59	F	EMA	S					
26	71	F	ALZHEIMER	P	1			1	1
27	35	M	TEC	S					

28	44	M	PFC	SP	1				
29	51	M	ACV	SP			1		
30	29	F	Guillan BARRET	SP					
31	42	F	GUILLAN BARRET	S	1				
32	33	M	ACV	S				1	
33	29	F	TEC	SP					
34	42	F	ACV	S				1	
35	42	F	PFC	S					
36	24	M	Guillan BARRET	SP					
37	59		ACV	P					
38	53	M	GUILLAN BARRET	SP	1				
39	33	F	LÉSION MEDULAR	S					
40	45	M	MT	S					
41	84	M	PARKINSON	S	1			1	1
42	47	M	PFC	S	1				
43	23	F	PFC	S					
44	56	F	ACV	S			1	1	
45	49	F	GUILLAN BARRET	S	1				

N°	Valoración inicial de la escala Fulg – Meyer Miembro Superior							
	Extr. Sup. (36)	Muñeca (10)	Mano (14)	Coor/veloc. (6)	Fun. Mot. (66)	Sensac. (12)	Mov. Art. Pas (24)	Dolor Art. (24)
1	0	0	0	0	0	2	0	0
2	0	0	0	0	0	4	0	1
3	0	0	0	0	0	0	0	2
4	2	0	2	6	10	12	5	3
5	0	0	0	0	0	2	2	4
6	1	2	3	0	6	0	1	0
7	0	1	1	0	2	2	0	2
8	0	0	0	0	0	0	0	0
9	36	10	14	6	66	12	24	24
10	0	0	0	0	0	0	0	0
11	2	0	0	0	2	2	1	0
12	0	0	0	0	0	0	0	0
13	13	5	7	2	27	11	12	12
14	36	10	14	6	66	12	24	24
15	0	0	0	0	0	6	0	12
16	0	0	0	0	0	0	0	0
17	0	0	0	0	0	0	0	0
18	4	5	6	2	17	5	10	12
19	0	0	0	0	0	2	0	0
20	0	0	0	0	0	3	0	0
21	12	4	7	4	27	12	23	12
22	2	0	1	0	3	0	0	0
23	0	0	0	0	0	6	0	0
24	18	5	7	3	33	11	12	12
25	0	0	0	0	0	6	0	0
26	15	6	7	4	32	12	20	20
27	16	8	8	0	32	10	13	12
28	36	10	14	6	66	12	24	24

29	0	0	0	0	0	6	0	0
30	0	0	0	0	0	0	0	0
31	20	10	10	4	44	11	20	20
32	2	0	0	0	2	12	0	0
33	0	0	0	0	0	0	0	0
34	19	7	11	3	40	10	16	13
35	4	2	3	1	10	12	5	12
36	0	0	0	0	0	2	0	0
37	12	6	8	3	29	4	13	12
38	11	4	6	3	24	7	14	14
39	36	10	14	6	66	12	24	24
40	0	0	0	0	0	3	0	2
41	15	5	7	0	37	12	12	0
42	36	10	14	6	66	12	24	24
43	36	10	14	6	66	12	24	24
44	0	0	0	0	0	6	0	0
45	25	10	13	5	53	12	20	15

N°	Valoración posterior de la escala Fulg – Meyer Miembro Superior							
	Extr. Sup. (36)	Muñeca (10)	Mano (14)	Coor/veloc. (6)	Fun. Mot. (66)	Sensac. (12)	Mov. Art. Pas (24)	Dolor Art. (24)
1	19	9	11	3	42	11	17	12
2	21	8	9	3	41	12	18	15
3	28	9	10	4	51	12	20	20
4	36	10	14	6	66	12	24	24
5	25	9	14	6	54	10	19	19
6	24	10	12	5	51	10	20	20
7	18	9	12	6	45	11	19	19
8	10	5	6	4	25	5	15	15
9	36	10	14	6	66	12	24	24
10	10	4	6	3	23	6	12	12
11	25	7	6	4	42	7	25	25
12	12	6	7	3	28	6	12	12
13	27	8	13	6	54	12	23	22
14	36	10	14	6	66	12	24	24
15	16	5	7	1	29	7	9	12
16	15	5	4	2	26	8	16	17
17	9	2	3	2	16	4	11	12
18	30	9	10	5	54	11	20	22
19	0	0	0	0	0	3	0	0
20	2	0	0	0	2	5	0	0
21	35	10	14	6	65	12	24	24
22	15	6	6	4	31	6	12	12
23	20	5	7	3	35	9	11	18
24	34	9	13	6	62	12	24	24
25	2	0	2	1	5	7	2	4
26	30	10	10	6	56	12	24	24
27	30	10	11	4	55	12	20	20
28	36	10	14	6	66	12	24	24

29	36	10	12	5	63	12	21	22
30	20	10	11	4	45	7	12	12
31	30	10	12	6	58	12	24	24
32	25	8	10	5	48	11	21	21
33	15	3	4	3	25	10	16	20
34	36	10	14	6	66	12	24	24
35	25	6	8	4	43	12	13	20
36	20	8	10	3	41	10	12	15
37	23	7	8	5	43	12	17	18
38	32	8	14	6	60	12	23	22
39	36	10	14	6	66	12	24	24
40	20	3	3	2	28	11	10	10
41	22	10	12	4	50	12	15	20
42	36	10	14	6	66	12	24	24
43	36	10	14	6	66	12	24	24
44	25	6	10	5	46	12	13	16
45	36	10	14	6	66	12	24	24
46								
47								
48								

N°	Valoración inicial de la escala Fulg- Meyer Miembro Inferior					
	Extr. Inf. (28)	Coor/Veloc. (6)	Fun. Mot. (34)	Sensac. (12)	Mov. Art. Pas(20)	Dolor Art. (20)
1	0	0	0	2	0	2
2	0	0	0	0	0	10
3	2	0	2	5	0	3
4	0	0	0	11	0	7
5	10	0	10	10	5	10
6	9	0	9	5	2	8
7	14	3	17	11	7	12
8	0	0	0	0	0	0
9	28	6	34	12	20	20
10	10	1	11	7	7	15
11	15	3	18	10	12	0
12	6	2	8	5	13	0
13	14	0	14	12	10	2
14	28	6	34	12	20	20
15	0	0	0	0	0	0
16	7	0	7	12	5	0
17	0	0	0	0	0	0
18	14	3	17	6	10	2
19	0	0	0	3	0	0
20	10	0	10	11	0	5
21	13	0	13	12	10	0
22	9	0	9	11	8	0
23	0	0	0	2	0	0
24	10	3	13	10	10	0
25	0	0	0	5	0	0
26	27	6	33	11	18	18
27	3	0	3	3	0	0
28	25	5	30	11	20	18
29	0	0	0	3	0	0

30	14	3	17	6	10	8
31	13	3	16	6	9	7
32	0	0	0	5	0	0
33	7	0	7	5	6	0
34	15	0	15	12	10	2
35	13	0	13	11	15	0
36	8	0	8	6	8	0
37	12	0	12	5	8	8
38	16	3	19	10	10	9
39	0	0	0	1	0	0
40	0	0	0	0	0	0
41	25	0	25	7	12	20
42	25	6	31	12	20	20
43	22	4	26	12	17	16
44	14	2	16	6	10	10

N°	Valoración posterior de la escala Fulg- Meyer Miembro Inferior					
	Extr. Inf. (28)	Coor/Veloc. (6)	Fun. Mot. (34)	Sensac. (12)	Mov.Art.Pas(20)	Dolor Art. (20)
1	20	4	24	11	12	17
2	25	5	30	10	13	16
3	15	3	18	7	11	15
4	25	4	29	12	18	20
5	19	4	23	11	15	18
6	23	5	28	11	16	19
7	28	6	34	11	20	20
8	6	0	6	0	2	10
9	28	6	34	12	20	20
10	16	3	19	9	13	19
11	20	5	25	12	16	15
12	16	4	20	10	17	15
13	21	2	23	12	18	15
14	28	6	34	12	20	20
15	14	0	14	12	10	15
16	14	3	17	12	10	16
17	7	0	7	6	6	15
18	20	5	25	10	15	16
19	0	0	0	3	0	0
20	12	0	12	11	3	6
21	20	3	23	12	19	15
22	25	4	29	12	15	16
23	12	3	15	4	10	15
24	26	5	31	12	15	18
25	10	3	13	5	7	18
26	28	6	34	12	20	20
27	14	3	17	6	10	10
28	28	6	34	12	20	20

29	17	5	22	6	15	10
30	26	6	32	6	18	18
31	20	6	26	6	17	17
32	20	3	23	6	10	16
33	20	3	23	8	18	15
34	20	3	23	12	19	15
35	19	3	22	12	20	18
36	24	4	28	12	15	17
37	21	4	25	12	16	16
38	27	5	32	12	17	20
39	0	0	0	0	0	0
40	11	0	11	10	12	13
41	28	3	31	12	16	20
42	28	6	34	12	20	20
43	28	6	34	12	20	20
44	26	5	31	11	18	19
45	20	6	26	12	17	20



N°	Valoración inicial test de MOCA								
	V.E.E (5)	Identif. (3)	Memor.(sp)	Atenc.(6)	Leng.(3)	Abstracc. (2)	Recuer. Dif.(5)	Orientac.(6)	TOTAL
1	0	0	0	1	0	0	0	0	1
2	1	0	0	0	0	0	0	0	1
3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	3	3	0	4	3	2	2	4	21
5	2	1	0	2	1	0	2	2	10
6	5	3	0	6	2	2	5	6	29
7	3	2	0	3	2	1	2	3	16
8	1	2	0	2	1	0	1	1	8
9	3	1	0	2	1	0	2	1	10
10	0	0	0	0	0	0	1	0	1
11	1	1	0	2	1	0	1	1	7
12	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	2	1	0	2	1	0	1	3	10
14	4	3	0	3	3	0	4	3	20
15	3	3	0	3	2	1	3	4	19
16	2	1	0	1	1	0	2	2	9
17	2	2	0	3	2	0	2	2	13
18	0	0	0	0	0	0	0	0	0
19	5	3	0	6	3	2	5	6	30
20	3	2	0	3	2	1	1	2	14
21	2	2	0	2	1	1	2	2	12
22	1	3	0	1	2	0	2	3	12
23	2	2	0	3	1	1	2	1	12
24	3	2	0	1	1	0	1	2	10
25	2	1	0	2	1	1	2	3	12
26	0	0	0	1	0	0	0	0	1
27	3	1	0	2	1	0	1	1	9
28	3	2	0	5	2	1	3	6	22

29	5	3	0	5	3	2	5	6	29
30	2	2	0	3	2	2	3	4	18
31	3	3	0	5	2	1	3	2	19
32	2	1	0	2	2	0	2	3	12
33	0	0	0	1	0	0	0	0	1
34	2	1	0	2	1	0	1	1	8
35	1	1	0	1	0	0	0	1	4
36	4	2	0	4	1	1	1	2	15
37	2	1	0	2	1	0	0	1	7
38	3	2	0	3	2	1	2	2	15
39	5	3	0	6	3	2	2	5	26
40	4	2	0	3	1	2	3	4	19
41	1	1	0	1	1	1	1	2	8
42	5	3	0	6	3	2	5	6	30
43	3	2	0	1	2	1	3	2	14
44	2	2	0	2	1	2	5	2	16
45	3	2	0	5	2	1	4	2	19

N°	Valoración posterior test de MOCA								
	V.E.E (5)	Identif. (3)	Memor.(sp)	Atenc.(6)	Leng.(3)	Abstracc. (2)	Recuer. Dif.(5)	Orientac.(6)	TOTAL
1	2	2	0	3	2	1	3	3	16
2	3	3	0	4	2	2	4	5	23
3	3	3	0	4	2	2	3	4	21
4	5	3	0	4	3	2	4	4	25
5	5	3	0	6	3	2	5	6	30
6	5	3	0	6	3	2	5	6	30
7	5	3	0	5	2	2	5	6	28
8	4	2	0	3	1	1	2	3	16
9	4	3	0	4	2	2	5	4	24
10	3	2	0	3	1	0	1	1	11
11	4	2	0	2	2	0	3	2	15
12	1	3	0	2	0	1	2	3	12
13	3	3	0	3	1	2	2	3	17
14	5	3	0	5	3	2	5	5	28
15	5	3	0	5	3	2	4	6	28
16	4	2	0	3	3	2	3	3	20
17	4	3	0	3	2	1	4	3	20
18	2	1	0	1	1	1	3	3	12
19	5	3	0	6	3	2	5	6	30
20	4	3	0	4	2	2	3	3	21
21	4	3	0	3	2	2	3	3	20
22	3	3	0	2	3	2	3	5	21
23	4	2	0	3	3	2	4	4	22
24	5	3	0	3	2	1	4	6	24
25	4	3	0	4	2	2	3	3	21
26	0	0	0	2	0	0	1	0	3
27	2	3	0	2	1	1	3	2	14
28	3	3	0	6	2	2	4	4	24

29	5	3	0	6	3	2	5	6	30
30	5	3	0	4	2	2	4	4	24
31	4	3	0	3	1	2	2	5	20
32	3	3	0	4	2	1	5	4	22
33	0	1	0	0	0	0	0	0	1
34	3	2	0	2	1	1	3	4	16
35	1	1	0	1	0	0	1	4	8
36	5	3	0	4	1	2	3	3	21
37	2	1	0	3	2	1	3	2	14
38	3	2	0	4	2	2	3	4	20
39	5	2	0	6	3	2	4	6	28
40	5	3	0	4	3	2	5	6	28
41	3	2	0	2	1	1	2	3	14
42	5	3	0	6	3	2	5	6	30
43	4	3	0	6	3	2	5	6	29
44	3	2	0	3	3	2	4	6	23
45	5	3	0	3	3	2	5	6	27

6. Autorización de la institución donde se realizó la investigación.

			
---	---	---	---

"AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO"

CARTA DE ACEPTACION

EL QUE SUSCRIBE DIRECTOR DEL HOSPITAL DISTRITAL JERUSALEN NIVEL II-1 HACE CONSTAR.

Que, la persona **Franklin Abel Vega Rivera**, identificado con DNI N° 47287779 de 32 años de edad, bachiller que aspira a obtener el Título de "Tecnología Médica-Terapia Física y Rehabilitación", el mismo que está siendo autorizado para realizar su proyecto de investigación sobre el tema "**Eficacia del Método Perfetti en el Tratamiento de Secuelas Neurológicas**" en las Instalaciones del Hospital Distrital Jerusalén II-1.

La Esperanza, 15 de mayo del 2023



Gerencia Regional de Salud
Hospital Distrital Jerusalén II-1
M.C. Edwin Villosa Vargas
C.M.P.: 14143; RNE: 7446
DIRECTOR

Hospital Distrital Jerusalén Nivel II-1 - Barrio 3- MZ 20-LT 02- La Esperanza
☎ 963543885
Correo Electrónico: h.d.jerusalen.2011@gmail.com

Escaneado con CamScanner

7. Documento de conformidad de la investigación firmado por el asesor.



INFORME DE ASESORÍA DE TESIS

A : **Dr. Agapito Enriquez Valera**
Director del Programa de Estudios de Tecnología Médica

De : **Dr. Pantoja Fernández Julio Cesar.**
Asesor de Tesis

Asunto : **Culminación de Informe de Tesis**

Fecha : Chimbote, 02 de diciembre de 2023

Ref. RESOLUCIÓN DE DIRECCION DE ESCUELA N° 416-2023-USP-EAPTM/D
(Designación de Asesor)

Tengo a bien dirigirme a usted, para saludarla cordialmente y al mismo tiempo informarle que el Informe de Tesis titulado **“EFICACIA DEL MÉTODO PERFETTI EN EL TRATAMIENTO DE SECUELAS NEUROLÓGICA EN PACIENTES DEL HOSPITAL DISTRITAL JERUSALÉN TRUJILLO 2023”**, del egresado **VEGA RIVERA FRANKLIN ABEL**, del Programa de Estudios de Tecnología Médica en la especialidad de Terapia Física y Rehabilitación, se encuentra en condición de ser evaluada por los miembros del Jurado Dictaminador.

Contando con su amable atención al presente, es ocasión propicia para renovarle las muestras de mi especial deferencia personal.

Atentamente,

Dr. Pantoja Fernández Julio Cesar
Asesora de Tesis

8. Formato de publicación en repositorio.


USP
 UNIVERSIDAD SAN PEDRO

REPOSITORIO INSTITUCIONAL DIGITAL

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE DOCUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

1. Información del Autor			
Vega Rivera Franklin Abel	47287779	franky06_91@hotmail.es	
Apellidos y Nombres	DNI	Correo Electrónico	
2. Tipo de Documento de Investigación			
<input checked="" type="checkbox"/> Tesis	<input type="checkbox"/> Trabajo de Suficiencia Profesional	<input type="checkbox"/> Trabajo Académico	<input type="checkbox"/> Trabajo de Investigación
3. Grado Académico o Título Profesional ¹			
<input type="checkbox"/> Bachiller	<input checked="" type="checkbox"/> Título Profesional	<input type="checkbox"/> Título Segunda Especialidad	<input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado
4. Título del Documento de Investigación			
Eficacia del método Perfetti en el tratamiento de secuelas neurológica en pacientes del Hospital Distrital Jerusalén Trujillo 2023			
5. Programa Académico			
TECNOLOGÍA MÉDICA Terapia Física y rehabilitación			
6. Tipo de Acceso al Documento			
<input checked="" type="checkbox"/> Abierto o Público ² (info/rep/semantic/openAccess)	<input type="checkbox"/> Acceso restringido ³ (info/rep/semantic/restrictedAccess/ *)		
(*) En caso de restringido sustentar motivo			

A. Originalidad del Archivo Digital

Por el presente deajo constancia que el archivo digital que entrego a la Universidad, es la versión final del trabajo de investigación sustentado y aprobado por el Jurado Evaluador y forma parte del proceso que conduce a obtener el grado académico o título profesional.

B. Otorgamiento de una licencia CREATIVE COMMONS ⁴

El autor, por medio de este documento, autoriza a la Universidad, publicar su trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Institucional Digital, al cual se podrá acceder, preservar y difundir de forma libre y gratuita, de manera íntegra a todo el documento. ⁵

Lugar	Día	Mes	Año
Chimbote	12	12	2023



Huella Digital



Firma

Importante

¹ Según Resolución de Consejo Directivo N°033-2010-SUNEDU-CD, Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar Grados Académicos y Títulos Profesionales, Art. 8, inciso 8.2
² Ley N° 30030, Ley que regula el Repositorio Nacional Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación de Acceso Abierto y D.S. 006-2010-PCM
³ Si el autor elige el tipo de acceso abierto o público, otorga a la Universidad San Pedro una licencia no exclusiva, para que se pueda hacer arreglos de forma en la obra y difundir en el Repositorio Institucional Digital, respetando siempre los Derechos de Autor y Propiedad Intelectual de acuerdo y en el Marco de la Ley 822.
⁴ En caso de que el autor elija la segunda opción, únicamente se publicará los datos del autor y resumen de la obra, de acuerdo a la directiva N°694-2010-CONCYTEC-DEDC, Numerales 5.2 y 6.7 que norma el funcionamiento del Repositorio Nacional Digital.
⁵ Las Licencias Creative Commons (CC) es una organización internacional sin fines de lucro que para a disposición de los autores un conjunto de licencias flexibles y de herramientas tecnológicas que facilitan la difusión de información, recursos educativos, obras artísticas y científicas, entre otras. Estas licencias también garantizan que el autor obtenga el crédito por su obra.
⁶ Según el inciso 2.2 del artículo 10º del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales-RENATI "Las universidades, instituciones y escuelas de educación superior tienen como obligación registrar todos los trabajos de investigación y proyectos, incluyendo los metadatos en sus repositorios institucionales prestando el acm de acceso abierto o restringido, los cuales serán posteriormente recolectados por el Repositorio Digital (RENATI), a través del Repositorio ALICIA".

Nota: - En caso de falsedad en los datos, se procederá de acuerdo a ley (Ley 27444, art. 32, num. 32.3)

UNIVERSIDAD SAN PEDRO | Repositorio Institucional Digital

9. Reporte de similitud.



9	revmovimientocientifico.iberu.edu.co Fuente de Internet	1 %
10	hdl.handle.net Fuente de Internet	1 %
11	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1 %
12	repositorio.autonoma.edu.co Fuente de Internet	<1 %
13	repositorio.upads.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
14	worldwidescience.org Fuente de Internet	<1 %
15	www.repositorio.usanpedro.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
16	dokumen.pub Fuente de Internet	<1 %
17	scielo.isciii.es Fuente de Internet	<1 %
18	de.slideshare.net Fuente de Internet	<1 %
19	dspaceapi.uai.edu.ar Fuente de Internet	<1 %
20	repositorio.uncp.edu.pe Fuente de Internet	<1 %

21	gredos.usal.es Fuente de Internet	<1 %
22	publicaciones.usanpedro.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
23	Submitted to Universidad Pontificia de Salamanca Trabajo del estudiante	<1 %
24	repositorio.uwiener.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
25	www.repositorio.autonmadeica.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
26	www.slideshare.net Fuente de Internet	<1 %
27	jmbs.com.ua Fuente de Internet	<1 %
28	www.cienciadigital.org Fuente de Internet	<1 %
29	www.cihr-irsc.gc.ca Fuente de Internet	<1 %
30	www.e-publicacoes.uerj.br Fuente de Internet	<1 %
31	alicanteplaza.es Fuente de Internet	<1 %
32	docplayer.es Fuente de Internet	<1 %

		<1 %
33	repositori.uji.es Fuente de Internet	<1 %
34	repositorio.unid.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
35	repositorioacademico.upc.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
36	revrehabilitacion.sld.cu Fuente de Internet	<1 %
37	vdocumento.com Fuente de Internet	<1 %
38	www.cirujanoplasticoonline.com Fuente de Internet	<1 %
39	www.dspace.uce.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
40	www.oalib.com Fuente de Internet	<1 %
41	www.mocatest.org Fuente de Internet	<1 %

Excluir citas Apagado Excluir coincidencias < 6 words
 Excluir bibliografía Activo

