

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
ESCUELA DE TERAPIA FÍSICA, OCUPACIONAL Y ESPECIAL

“DR. MIGUEL ÁNGEL AGUILERA PÉREZ”

Avalada por la Facultad de Ciencias Médicas

Universidad de San Carlos de Guatemala



INFORME FINAL DEL EJERCICIO TÉCNICO PROFESIONAL SUPERVISADO DE FISIOTERAPIA; REALIZADO EN, ASOCIACIÓN INTEGRAL DE DESARROLLO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD -AIDEPCE-, RABINAL, BAJA VERAPAZ, EN EL PERÍODO COMPRENDIDO DE FEBRERO A JUNIO DEL AÑO 2019

“Importancia de los cuidados básicos en casa para niños con discapacidad física; dirigida a las familias de los beneficiados de AIDEPCE de Baja Verapaz”

Informe presentado por

Eleazar David García Fortín

Previo a obtener el título de

Técnico de Fisioterapia

Guatemala, octubre de 2020



**GOBIERNO de
GUATEMALA**
DR. ALEJANDRO GIAMMATTEI

MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA
Y ASISTENCIA
SOCIAL

Guatemala 22 de octubre de 2020

Maestro
Eleazar David García Fortín
Escuela de Terapia Física, Ocupacional y Especial
"Dr. Miguel Ángel Aguilera Pérez"

Señor García Fortín:

Atentamente me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que esta Dirección aprueba la impresión del trabajo titulado **INFORME FINAL DEL EJERCICIO TÉCNICO PROFESIONAL SUPERVISADO DE FISIOTERAPIA, REALIZADO EN ASOCIACIÓN INTEGRAL DE DESARROLLO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD -AIDEPCE-, RABINAL, BAJA VERAPAZ, EN EL PERÍODO COMPRENDIDO DE FEBRERO A JUNIO DEL AÑO 2019, "Importancia de los cuidados básicos en casa para niños con discapacidad física; dirigida a las familias de los beneficiados de AIDEPCE de Baja Verapaz"**, realizado por el estudiante **ELEAZAR DAVID GARCÍA FORTÍN**. Con registro académico **201517706** y CUI **3186631391508**, previo a obtener el título de Técnico de Fisioterapia. El trabajo fue revisado por la fisioterapeuta Magnolia Vásquez de Pineda.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Licenciada Bertha Melanie Girard Luna de Ramirez
Directora





GOBIERNO de
GUATEMALA
DR. ALEJANDRO DIAMMATTEI

MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA
Y ASISTENCIA
SOCIAL

Guatemala 21 de octubre de 2020

Licda. Bertha Melanie Girard Luna de Ramírez
Directora
Escuela de Terapia Física, Ocupacional y Especial
"Dr. Miguel Ángel Aguilera Pérez"
Avalada por la Universidad de San Carlos de Guatemala
Pte.

Apreciable Señora Directora:

De la manera más atenta me dirijo a usted para notificarle que he revisado el **INFORME FINAL DEL EJERCICIO TÉCNICO PROFESIONAL SUPERVISADO DE FISIOTERAPIA REALIZADO EN ASOCIACIÓN INTEGRAL DE DESARROLLO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD -AIDEPCE-, RABINAL, BAJA VERAPAZ, EN EL PERÍODO COMPRENDIDO DE FEBRERO A JUNIO DEL AÑO 2019; con el tema: Importancia de los cuidados básicos en casa para niños con discapacidad física; dirigida a las familias de los beneficiados de AIDEPCE de Baja Verapaz. Realizado por el alumno ELEAZAR DAVID GARCÍA FORTÍN. Con registro académico 201517706 y CUI 3186631391508, previo a obtener el título de Técnico de Fisioterapia y que el mismo cuenta con los requisitos necesarios para su aprobación.**

Agradeciendo su atención a la presente, atentamente:

Orieta Magnolia Vásquez de Pineda
Supervisora de Práctica Clínica

Cubulco, Baja Verapaz Junio 2019

Licda. Berta Melania Girard de Ramírez
Directora.

Escuela de Terapia Física Ocupacional y Especial "DR. Miguel Ángel Aguilera Pérez "
Guatemala C.A

Desde nuestras oficinas de la Asociación Integral de Desarrollo para Personas con Capacidades Especiales "AIDEPCE" con sede en el municipio de Cubulco, del Departamento de Baja Verapaz, reciba un cordial y fraterno saludo, deseándole éxitos en sus actividades administrativas al frente de la entidad que honorablemente representa.

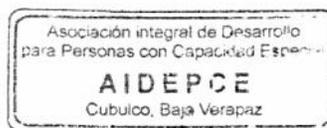
A través de la presente le hacemos llegar nuestro más sincero agradecimiento, por el apoyo recibido por parte de la escuela ya identificada, durante cuatro meses del presente año, a través del alumno **ELEAZAR DAVID GARCÍA FORTÍN**, que prestó sus servicios de fisioterapia para la atención de los beneficiarios con discapacidad como parte de su formación profesional del Ejercicio Técnico Supervisado (ETS), el cual ha concluido de forma satisfactoria demostrando su capacidad y profesionalismo, logrando resultados que se reflejan en los beneficiarios.

Sin otro en particular aprovecho para suscribirme de su persona.

Cordialmente:



Mario Alonzo Teletor.
Director General.
AIDEPCE



DEDICATORIA Y RECONOCIMIENTOS

A Dios por guiar mis pasos en el camino de la felicidad y por la oportunidad de terminar la formación. Por haber permitido convivir en armonía con mis compañeros, porque sin su apoyo no podría alcanzar la meta. Gracias infinitas a nuestro creador.

A mi centro educativo: Escuela Nacional de Terapia Física, Ocupacional y Especial, “Dr. Miguel Ángel Aguilera Pérez” por abrigarme en sus aulas durante la duración de la carrera y brindarme la oportunidad de ser un profesional útil para Guatemala. Gracias a los docentes por tener paciencia y ayudar a forjar mi profesión.

A mi asesor de ETPS por la paciencia que ha brindado, por el apoyo que me proporcionó y por guiarme para tomar las mejores decisiones en todas las fases del proyecto de ETPS. Y sobre todo por su profesionalismo y esmero.

A mis amigos, por brindarme sus sabios consejos y su apoyo en cada momento que necesité de una mano amiga, que me levantara y ayudara a seguir adelante y poder continuar luchando en busca de mi sueño.

Especialmente a mis padres que han sido mi mayor apoyo, brindado sus consejos, su amor y comprensión para ser una persona que contribuya al desarrollo de una mejor sociedad. Por enseñarme el valor de la responsabilidad, el respeto y la solidaridad. Y sobre todo por haberme brindado su apoyo moral, económico y espiritual, por estar presentes en el momento oportuno para alcanzar mis sueños. A ustedes mil gracias, los quiero infinitamente.

Por último, a la asociación de AIDEPCE, por darme la oportunidad de formarme como profesional.

TABLA DE CONTENIDO

| | Página |
|---|----------|
| Introducción..... | X |
| CAPÍTULO I | |
| Diagnóstico poblacional..... | 1 |
| - Datos del lugar. | 1 |
| - Formas de atención en salud. | 2 |
| - Tipo de gobierno..... | 3 |
| - Otras instituciones que brindan apoyo a la población..... | 3 |
| - Barreras de entendimiento entre profesionales de la salud y sus pacientes..... | 4 |
| - Utilización de medicina natural por parte de los pacientes en AIDEPCE..... | 4 |
| - Diagnóstico moderno..... | 4 |
| - El fisioterapeuta frente al contexto sociocultural de su trabajo y los servicios los servicios informales de la salud..... | 5 |
| Datos institucionales..... | 5 |
| - Historia del centro..... | 5 |
| - Filosofía..... | 7 |
| - Tipos de atención en salud que se presta..... | 7 |
| - Población que se atiende..... | 8 |
| - Diagnósticos consultantes..... | 8 |
| Investigación local..... | 9 |
| - Problema detectado..... | 9 |
| - Necesidad de la investigación dentro del servicio..... | 10 |

| | |
|--|----|
| - Enfoque de la investigación..... | 10 |
| - Objetivos propuestos..... | 11 |
| Educación para la salud..... | 12 |
| - Cuidados en casa para niños con discapacidad..... | 12 |
| Marco teórico..... | 12 |
| - Discapacidad..... | 12 |
| - Discapacidad motora..... | 13 |
| - Etiología..... | 14 |
|) Clasificación según el origen de la lesión..... | 15 |
|) Clasificación según el déficit de movimiento..... | 17 |
|) Clasificación según la cantidad de miembros afectados..... | 18 |
|) Clasificación según el tono muscular..... | 19 |
| - Dependencia..... | 20 |
| - Persona dependiente..... | 20 |
| - Instrumentos de valoración de la capacidad funcional..... | 21 |
| - Índice de Katz..... | 21 |
| - Índice de Barthel..... | 23 |
| - Cuidados básicos en casa..... | 24 |
| - Cinesiterapia..... | 26 |
| - Tipos de cinesiterapia..... | 28 |
| Atención comunitaria en fisioterapia..... | 29 |
| - Integración de los padres en el proceso de rehabilitación..... | 29 |

CAPÍTULO II

| | |
|--|----|
| Población atendida..... | 30 |
| Tipos de investigación..... | 30 |
| - Investigación exploratoria..... | 30 |
| - Investigación de campo..... | 30 |
| Técnicas de recolección de datos..... | 31 |
| Responsabilidad del fisioterapeuta ante la problemática de salud encontrada..... | 31 |
| Metodología..... | 32 |

CAPÍTULO III

| | |
|--|----|
| Análisis e interpretación de los resultados..... | 34 |
| - Número de casos atendidos de acuerdo a la edad..... | 34 |
| - Número de sesiones brindadas..... | 35 |
| - Número de casos atendidos de acuerdo al sexo..... | 36 |
| - Procedencia..... | 37 |
| - Tratamientos aplicados..... | 38 |
| - Evaluaciones realizadas..... | 39 |
| - Resultados obtenidos al final del tiempo asignado al centro..... | 40 |
| Procesamiento de resultados y presentación de datos..... | 41 |
| - Resultados de la encuesta..... | 41 |
| Presentación de casos..... | 52 |
| Muestra estadística de la conferencia y taller impartido..... | 54 |
| - Primera reunión de padres de familia..... | 54 |
| - Segunda reunión de padres de familia..... | 56 |

CAPÍTULO IV

| | |
|-----------------------------|-----------|
| Conclusiones..... | 58 |
| Recomendaciones..... | 60 |
| Bibliografía..... | 61 |
| Egrafía..... | 62 |
| Anexos..... | 64 |

INTRODUCCIÓN

La falta de educación es una barrera detonante con respecto al conocimiento de la discapacidad, permite que muchos aún piensen que las personas con discapacidad física no puedan moverse libremente y que la silla de ruedas es el único medio para poder vivir, esto sumado a que, en muchas comunidades los padres de familia esconden a los niños con discapacidad, pensando que es fruto de algún pecado y lo ven como un castigo divino, siendo esta la causa por la que la mayoría de los niños en las comunidades sufren complicaciones físicas debido al abandono en los hogares.

Las contracturas musculares, la rigidez articular, las malformaciones de las extremidades o la debilidad muscular, son algunas de las complicaciones físicas producidas por las posiciones en las que regularmente se mantienen los niños con discapacidad en los hogares. Esto es debido a la falta de movilización hacia los niños con discapacidad, dejándolos incluso todo el día en el mismo lugar y solo moviéndolos cuando les dan de comer.

Los movimientos no sólo contribuyen en el hecho de disfrutar la vida, sino que son muy esenciales para la conservación de ciertas funciones.

En este contexto, en esta investigación se busca la manera de educar a los padres de familia, dándoles herramientas y técnicas para contribuir en la rehabilitación de sus hijos, especialmente se les dio a conocer como movilizarlos para evitar deformidades y contracturas.

Además se presentan datos importantes de la comunidad donde se desarrolló el ETPS; datos de la institución donde se llevó a cabo el mismo e información sobre la población atendida.

CAPÍTULO I

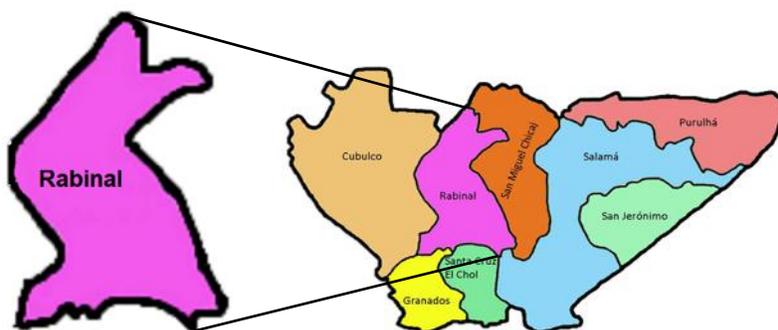
Diagnóstico poblacional

Datos del lugar

Encontramos que Baja Verapaz es uno de los 22 departamentos de la República de Guatemala, situados en la región norte del país. Tiene una extensión territorial de 3,124 km² y su población es de aproximadamente 245,787 personas. Cuenta con 8 municipios y su cabecera departamental el municipio de Salamá (www.ecured.cu, 2019).

Rabinal que se encuentra ubicado en dirección noroeste de la cabecera departamental, tiene una extensión territorial de 504 km². Limita al norte con Uspantán del Departamento del Quiché, al sur con Santa Cruz el Chol, Granados y Salamá, al oriente con San Miguel Chicaj y al occidente con Cubulco también municipios de Baja Verapaz. Cuenta con veintiocho aldeas y cincuenta caseríos y está ubicado en una depresión de la Sierra de Chuacús.

La fiesta patronal del municipio de Rabinal se celebra en la última semana del mes de enero en honor a su Santo Patrono, San Pablo Apóstol, siendo el 25 de enero el día principal de la celebración. Se efectúan diferentes actividades, entre las cuales se destaca la danza del Rabinal Achí (aprende.guatemala.com, 2017).



(Imagen tomada de Google Imágenes®)

Población de Rabinal, BV:

| | |
|--------------------|--------|
| Habitantes | 31,168 |
| Área Urbana | 30% |
| Área Rural | 70% |
| Población Indígena | 82% |
| Población Ladina | 18% |
| Idioma Maya Achi | 80% |
| Idioma Español | 20% |

Religión que profesan:

| | |
|-------------------------------------|-----|
| Católicos | 65% |
| Protestantes (Neo pentecostales) | 25% |
| Otros Protestantes | 6% |
| Creencias Mayas | 4% |

(Según el Censo 2002 del Instituto Nacional de Estadística -INE-).

| Nivel de educación de las personas de Rabinal, BV. | |
|---|--------|
| Nivel de educación primaria | 66.8% |
| Nivel de educación básica o superior | 21.34% |
| Analfabetismo | 11.86% |

(Según cifras del ministerio de educación, publicadas en un boletín informativo a través de la página del INE).

Formas de atención en salud

El municipio cuenta con 17 puestos de salud ubicados en nueve microrregiones. La calidad de servicio que se brinda a la población rural y urbana es calificada como regular y buena debido a la carencia de medicamentos, laboratorio y personal insuficiente. En el municipio se encuentra el Centro de Atención Permanente (CAP-MSPAS) que se encarga de atender a toda la población en conjunto con los centros de salud comunitarios, médicos ambulatorios y comadronas capacitadas.

Tipo de gobierno

El gobierno del municipio está a cargo de un Concejo Municipal. El concejo municipal se integra con el alcalde, los síndicos y concejales. Existen también las Alcaldías Auxiliares, los Comités Comunitarios de Desarrollo (COCODE), el Comité Municipal del Desarrollo (COMUDE), las asociaciones culturales y las comisiones de trabajo.

Otras instituciones que brinden apoyo a la población

Diferentes instituciones de gobierno tienen presencia en el municipio, entre las que destacan el Ministerio de Educación (MINEDUC), Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), Instituto Nacional de Bosques (INAB), Programa Nacional de Desarrollo Rural (PRORURAL), Ministerio de Agricultura Ganadería y Alimentación (MAGA), Academia de Lenguas Mayas de Guatemala (ALMG).

Del mismo modo, existe un Juzgado de Paz, Sub estación de la Policía Nacional Civil, Fiscalía del Ministerio Público y Auxiliatura de la Procuraduría de los Derechos Humanos y el Programa Nacional de Resarcimiento (PNR).

También se adicionan organizaciones no gubernamentales como FUNDAMENO, CARITAS, AGROFORESTAL, ASECSA, FUNCAFE, Proyecto Flor del Naranja, Centro de Integración Familiar (CIF), Colegio de Profesionales de Rabinal, Plan Internacional, Mancomunidad del Valle (MANCOVALLE), Coordinadora de Comunidades Afectadas por la Construcción de la Hidroeléctrica de Chixoy (COCAICH), Fundación Nueva Esperanza, Bufete Jurídico Popular, Equipo de estudios Comunitarios y Acción Psicológica (ECAP), Derechos en Acción, Comité de Unidad Campesina (CUC), entre otros.

Barreras de comunicación entre profesionales de la salud y sus pacientes

La barrera más grande a la hora de rehabilitar a un niño con discapacidad en el área rural se encuentra cuando se intenta convencer a los padres que la discapacidad no es una maldición o castigo de Dios, debido a las creencias de la gente, llegando al extremo de no querer que alguien vea a sus hijos y los ocultan de la sociedad.

Otra barrera fue el idioma, la mayoría de la población del área rural de Rabinal hablan Achí y no comprenden el castellano; esta barrera fue superada gracias a la intervención de personas que laboran en la misma asociación, quienes servían de intérpretes cuando era necesario.

Utilización de medicina natural

Según la tradición en las comunidades, se utilizan con frecuencia hojas, raíces y semillas como medicina tradicional, ya sea para el tratamiento de algunas enfermedades, problemas físicos o como limpias. En AIDEPCE se trabaja únicamente con medios físicos, por lo que el uso de medicina natural queda a criterio de cada persona.

Diagnóstico moderno

Las personas procedentes del centro del municipio y comunidades cercanas, tienen a su disposición centros de salud, clínicas médicas, hospitales públicos y privados, por lo que el control de su salud es más completo, teniendo acceso a diagnósticos precisos y tratamientos inmediatos.

En cuando a la población de las comunidades lejanas, en años anteriores AIDEPCE ha brindado jornadas médicas y ha facilitado a las personas beneficiadas los chequeos médicos constantes.

Todo esto en pro de la prevención y promoción de la salud.

El fisioterapeuta frente al contexto sociocultural de su trabajo y los servicios informales de salud

El rol del profesional de la salud dentro de las comunidades de Rabinal tiene como fin principal la construcción social de la salud, implementando el concepto de la prevención y promoción de la salud, dando a conocer la importancia de la atención temprana.

El objetivo del fisioterapeuta frente al contexto sociocultural consta en evaluar y ofrecer un servicio que permitan satisfacer las necesidades de las personas, este sentido, dentro de este contexto existe la necesidad de que los padres de familia contribuyan en la rehabilitación de sus hijos, debido a que es necesario estar atento a sus posturas y movilización, también debido a las distancias entre el municipio y las aldeas; la situación económica precoz, costumbres, entre otras, se determinó, el tomar como tema la importancia de los cuidados básicos en casa para niños con discapacidad física, con el fin de disminuir los riesgos de sufrir alteraciones del movimiento y mejorar su calidad de vida.

Datos institucionales

Historia del centro

La Asociación de AIDEPCE en sus inicios se le conocía con el nombre de CAPEDI, un comité de padres de familia y amigos de personas con discapacidad, fue fundada en el año 1999, en el municipio de Cubulco, Baja Verapaz, por un grupo de personas voluntarias y padres de

familias de personas con discapacidad, que viendo la necesidad de que en el municipio no se contaba con un centro de atención integral que ayudara a dichas personas.

Inició sus actividades con una recaudación de fondos para apoyar a las personas que necesitaban de cirugías o tratamientos para su rehabilitación, luego se realizó un censo a nivel municipal con el apoyo del magisterio local y en base al diagnóstico, se procedió en la gestión de ayuda al Centro de Salud y Fundabiem de la cabecera Departamental.

CAPEDI como se le denominaba en ese entonces, fue inscrito en la Gobernación Departamental en agosto del 2000 como un Comité de Apoyo para las Personas con Discapacidad, posteriormente a su inscripción empezó a perfilarse como organización con sentido humanístico, de apoyo a personas con discapacidad y de escasos recursos económicos, en búsqueda de su desarrollo para esta población.

No fue hasta el año del 2007, cuando se constituyó en una asociación civil no lucrativa, denominándose Asociación Integral de Desarrollo Para Personas con Capacidades Especiales, con sus siglas “AIDEPCE”, lo que permitió iniciar a ejecutar proyectos de desarrollo con financiamiento de cooperación internacional.

Dado a que el término “Capacidades Especiales” ya no es tomado como correcto para referirse a las personas con discapacidad, el nombre se cambió internamente a: “Asociación Integral de Desarrollo Para Personas con Discapacidad” debido a que al estar legalmente reconocido, el cambio oficial del nombre supone un costo extra.

AIDEPCE no cuenta con instalaciones propias, actualmente se ubica en el barrio Santiago entre la 2da calle y 4ta avenida del municipio de Cubulco, en el departamento de Baja Verapaz.

Además en febrero del 2019, AIDEPCE inauguró una clínica de Fisioterapia en el municipio de Rabinal, BV, para ampliar su cobertura y mejorar la atención brindada a la población de dicho municipio. La clínica se encuentra ubicada en la 1ra avenida y 2da calle de Rabinal, en el interior del Centro Comercial Q'anil, primer nivel, local número 2 (código de ética institucional, AIDEPCE 2012).

Filosofía

Misión

-) Ser una institución de beneficio social para la atención a las personas con discapacidad, brindándoles el servicio adecuado y especializado en sus necesidades básicas.

Visión

-) Integración de las personas con discapacidad en el ámbito familiar, educativo, social, cultural y laboral.

Tipos de atención en salud que presta

AIDEPCE brinda la atención integral a personas con discapacidad, actuando de manera estratégica con 3 diferentes programas que la asociación desglosa de la siguiente manera:

) Rehabilitación

- Z Prestar los servicios de fisioterapia y terapia de lenguaje, así como un acompañamiento en los diferentes centros hospitalarios que prestan atención especializada, sufragando los gastos de tratamiento, cirugías, aparatos ortopédicos y auditivos para su rehabilitación.

) Educación

- Z Se brinda apoyo en asesoría técnica y transporte para la movilización de los niños desde sus hogares hacia los centros educativos de educación especial y viceversa.
- Z Talleres de sensibilización y capacitación a comunidades.
- Z Concientizar y facilitar herramientas metodológicas a los padres de familia de la población beneficiaria y personas voluntarias.
- Z Impartir talleres de capacitación y diplomado en educación especial e inclusiva para docentes de cada sector para la atención de la niñez.

) Infraestructura

- Z La asociación invierte en el mejoramiento de la vivienda de la niñez y adolescencia con discapacidad, a través de la adaptación de los alrededores para la independencia y movilización en sus actividades diarias.
- Z Construcción de la Escuela de Educación Especial para la niñez y adolescencia con necesidades educativas en el municipio, para fortalecer los niveles de aprendizaje.

Población que se atiende

Se brinda atención a personas con discapacidad, comprendidas desde niños recién nacidos hasta jóvenes de 25 años de edad; también se realiza un trabajo integral con padres de familia, docentes de educación preprimaria y primaria, entidades privadas y gubernamentales.

Diagnósticos consultantes

Dentro de los servicios que brinda la asociación, tenemos como atención principal hacia personas con discapacidad (discapacidad física, discapacidad sensorial, discapacidad intelectual

y discapacidad múltiple) así como también, lesiones físicas diversas causadas por accidentes cotidianos.

Entre los diagnósticos más frecuentemente trabajados en la clínica de fisioterapia de AIDEPCE de Rabinal, encontramos:

- Parálisis Cerebral (el más común).
- Retraso Psicomotor.
- Microcefalia.
- Hidrocefalia.
- Astigmatismo.
- Malformaciones en extremidades.
- Pie plano.
- Pie equino varo.
- Genu valgo.
- Luxación congénita de cadera.

Investigación local

Problema detectado

El principal problema observado en el municipio, recae en la falta de conocimiento de la población en cuanto a la forma de actuar ante la discapacidad. La mayoría de personas sigue enfrascada en las creencias antiguas, las cuales tienen como pensamiento que las personas con discapacidad son una maldición o castigo divino, por lo que deben permanecer ocultas. Esto nos lleva a que crecen con limitantes físicas debido a la falta de terapia en el transcurso de su vida.

Otra problema muy grande es el transporte, porque la mayoría de estas personas viven en comunidades lejanas y para poder ir al centro de la ciudad tienen que caminar varias horas o esperar los días jueves y domingo, que son los únicos días que existe transporte desde sus comunidades hacia el mercado municipal.

A causa de la situación económica en la que viven, la forma de pensar y por las creencias que tiene la gente de las comunidades, los niños no son llevados a chequeos médicos y no manejan un diagnóstico preciso, por lo que en la mayoría de los casos utilizan la palabra “especial” cuando se les pregunta el motivo o problema por el cual acuden al servicio.

Necesidad de la investigación dentro del servicio

La falta de atención hacia las personas con discapacidad es un problema que afecta a toda la sociedad, en el municipio no se cuenta con otra entidad que brinde ayuda y acompañe a las personas con discapacidad en todo el camino de su rehabilitación.

Los recursos son limitados por lo que existe el programa de atención, pero no el de seguimiento y/o educación a los padres de familia, para integrarlos en este camino de la rehabilitación, es importante reforzar en los padres de familia, el cuidado básico en el hogar, el cual consiste en la ejecución de aquellas actividades de la vida diaria, que contribuyen a su salud o al restablecimiento de la misma.

Enfoque de la investigación

Teniendo en cuenta el alto número de pacientes que se encuentran por la región, es casi imposible que el programa de AIDEPCE logre dar atención a los niños día tras día, además que

las familias beneficiadas son de escasos recursos y viven en comunidades alejadas de la ciudad, se les dificulta estar asistiendo con regularidad hasta las instalaciones.

A raíz de ello, las terapias no son suficientes para ayudar en la rehabilitación de nuestros pacientes, por lo que al ubicar el problema se decidió implementar un plan de educación donde se involucre más a las madres, padres y encargados de los niños con discapacidad, para que aprendan sobre el abordaje de los cuidados y actividades que deben de realizar en casa con sus niños y mejorar su calidad de vida.

El enfoque de la investigación será: Educar a los padres, madres o encargados, a través de charlas y talleres sobre el cuidado que deben de tener casa y la importancia de la movilización diaria de los miembros superiores e inferiores de los niños con discapacidad, como parte de su labor de mantener un seguimiento complementario de la terapia en cada uno de sus hogares.

Objetivos propuestos

Objetivo general

-) Aportar con atención fisioterapéutica y establecer un programa de cuidados básicos en casa para niños con discapacidad física, dirigida a las familias de los beneficiados de AIDEPCE de Baja Verapaz.

Objetivos Específicos

-) Complementar las terapias brindadas, con las técnicas de cuidados en casa.
-) Educar a los padres de familia con respecto al tema de la discapacidad.
-) Brindar herramientas de apoyo para lograr el objetivo general.

-) Establecer una guía de ejercicio para los padres en casa, para lograr la mejoría del niño.
-) Mejorar actividades de convivencia entre padres, madres o encargados y los hijos.

Educación para la salud

Cuidados en casa para niños con discapacidad

El tema de investigación en sí, integra la educación para la salud de los niños y la educación para la salud del cuidador, al brindarle la oportunidad de cuidar de sí mismo, al aprender a utilizar su biomecánica de una mejor manera, también salud mental al ser informado de la no culpabilidad del nacimiento de un niño con discapacidad.

De acuerdo al convenio 169 la OIT del Derecho a los Servicios de Salud Interculturales: “Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales”.

Marco teórico

Discapacidad

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) define la discapacidad como un término genérico que abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación. Se entiende por discapacidad la interacción entre las personas que padecen alguna enfermedad (por ejemplo, parálisis cerebral, síndrome de Down

y depresión) y factores personales y ambientales (por ejemplo, actitudes negativas, transporte y edificios públicos inaccesibles y un apoyo social limitado).

Se calcula que más de mil millones de personas están aquejadas por la discapacidad en alguna forma. Eso no es todo, pues las tasas de discapacidad están aumentando debido en parte al envejecimiento de la población y al aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas.

La discapacidad es muy diversa. Si bien algunos problemas de salud vinculados con la discapacidad acarrear mala salud y grandes necesidades de asistencia sanitaria, eso no sucede con otros. Sea como fuere, todas las personas con discapacidad tienen las mismas necesidades de salud que la población en general y en consecuencia, necesitan tener acceso a los servicios corrientes de asistencia sanitaria. En el artículo 25 de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad se reconoce que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación (www.who.int, 2019).

Discapacidad motora

La denominación discapacidad motora, tal y como reconoce la CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades), se refiere a cualquier restricción o falta de capacidad (como consecuencia de una deficiencia física) para llevar a cabo una actividad de la manera o el nivel considerado normal para un individuo en su situación sociocultural específica (López, Fernández y Polo, 2005).

Varios autores (Babío, 1991; Rosa, Martín-Caro y Montero, 2003; Olmedo, 2008; Muñoz, 2009; CREENA) coinciden en que discapacidad motora es aquel que presenta de manera transitoria o permanente alteraciones en el aparato motor debido a anomalías de funcionamiento en el sistema

nervioso, muscular, óseo articular o en varios de estos sistemas, y que en grados variables limita algunas o muchas de las actividades que pueden realizar el resto de niños de su edad. Esta alteración sitúa a la persona en una situación de desventaja y genera limitaciones en la postura, coordinación, comunicación y desplazamiento.

Parra y Luque-Rojas (2013), apuntan que la discapacidad motora es un estado de limitación en la movilidad o comunicación, debido a la interacción entre factores individuales (dificultades por un inferior funcionamiento del sistema osteo-articular, muscular y/o nervioso) y aquellos derivados de un contexto menos accesible o no adaptado.

Etiología

Según estudios publicados acerca de este tema, las causas por las que puede producirse una discapacidad motriz son las siguientes:

- Ñ **Trasmisión Genética:** Esta puede darse a raíz de antecedentes familiares sucedidos en la rama directa de consanguinidad de la persona con discapacidad.
- Ñ **Infecciones Microbianas:** El proceso infeccioso resulta de un desequilibrio en la relación entre el microorganismo y el huésped, en este caso el ser humano que contrajo dicha bacteria, la cual posteriormente producirá la patología mencionada.
- Ñ **Traumatismos:** Accidentes de tránsito, accidentes graves dentro de su hogar (por ejemplo, caerse de una escalera), accidentes de trabajo, pueden desembocar en una lesión grave que provoque una discapacidad motriz, momentánea o permanente, según sea el caso.
- Ñ **Causas de origen desconocido:** Hay casos en los que la discapacidad motriz, se produce sin ningún antecedente previo.

En cuanto al origen de la discapacidad motriz, esta puede manifestarse en 4 sectores:

- Z Cerebral: Allí se manifiesta como parálisis cerebral, traumatismo craneoencefálico o tumores.
- Z Espinal: Allí se manifiesta como poliomielitis, espina bífida, lesiones medulares degenerativas o traumatismo medular.
- Z Muscular: Allí se manifiesta como miopatías (de diversa clase).
- Z Óseo-articular: Allí se manifiesta como malformaciones congénitas, distrofias, infecciones microbianas, reumatismos (especialmente manifestados en niños) o lesiones osteo-articulares por desviaciones del caquis (cifosis, escoliosis, lordosis) (www.leydiscapacidad.com, 2019).

Clasificación según el origen de la lesión

| | | |
|----------------------------------|---|---|
| <p>De origen cerebral</p> | <p>Puede ser definida como una lesión del cerebro independientemente de la edad en que se produzca.</p> <p>Una lesión cerebral le puede suponer un impedimento sustancial a la persona que la padece, pudiendo causar diversas formas de deterioro cognitivo como son los problemas en la atención, de memoria o motores.</p> | <p><u>Diagnósticos conocidos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Daño Cerebral Adquirido (DCA) - Parálisis cerebral - Traumatismo cráneo-encefálico - Accidente cerebro-vascular |
|----------------------------------|---|---|

| | | |
|----------------------------------|--|--|
| <p>De origen espinal</p> | <p>La médula espinal es la parte del sistema nervioso que transmite mensajes desde y hasta el cerebro.</p> <p>Normalmente, las vértebras protegen la médula espinal. Cuando eso no ocurre, puede ocurrir una lesión de la médula espinal, produciendo una interrupción total o parcial de la conducción nerviosa.</p> | <p><u>Diagnósticos conocidos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Tumores - Meningitis y poliomielitis - Parkinson - Guillian Barre - Esclerosis lateral amiotrófica - Espina bífida |
| <p>De origen muscular</p> | <p>Podemos definir a la lesión muscular como un daño o alteración en la estructura normal del músculo, tanto en el componente contráctil, como en los componentes conectivos o la unión músculo tendinosa del mismo.</p> <p>Este daño o disfunción puede ser producto de un estiramiento excesivo, la realización de una fuerza intrínseca más allá de la capacidad contráctil del músculo, o una combinación de ambos (Prentice, 2001).</p> | <p><u>Diagnósticos conocidos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Contracturas - Desgarros - Contusiones - Distrofia muscular - Atrofia muscular - Miositis - Poliomielitis |

| | | |
|--|---|---|
| <p>De origen óseo-articular</p> | <p>Estas lesiones son aquellas que afectan los huesos, articulaciones y músculos; y las que ocurren con mayor frecuencia. Estas son dolorosas y raramente mortales; pero si son atendidas inadecuadamente pueden causar problemas serios.</p> | <p><u>Diagnósticos conocidos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Esguinces - Luxaciones - Escoliosis, cifosis y lordosis - Artrogriposis - Osteogénesis imperfecta - Osteomielitis aguda - Reumatismo articular agudo - Reumatismo crónico |
|--|---|---|

(Cuadro de elaboración propia, con datos obtenidos de <https://www.leydiscapacidad.com/etiologia-y-origenes-de-la-discapacidad-motriz/>).

Clasificación según el déficit de movimiento

Un déficit (que puede traducirse como “falta”) es la escasez o la deficiencia de algo que se necesita o que se considera como imprescindible. En discapacidad motriz, encontramos que el déficit de movilidad puede presentarse definido dependiendo la afectación de ésta; utilizándose los sufijos paresia y plejía.

| <p>Paresia</p> | <p>Plejía</p> |
|---|---|
| <p>Es cuando el paciente es capaz de realizar algún movimiento, aunque con menos fuerza que el lado sano.</p> | <p>(También llamada parálisis) es cuando el paciente es incapaz de realizar movimientos con la extremidad afectada.</p> |

(Cuadro de elaboración propia, con datos obtenidos de <https://www.leydiscapacidad.com/etiologia-y-origenes-de-la-discapacidad-motriz/>).

Clasificación según la cantidad de miembros afectados

| | ¿Qué es? | ¿Qué afecta? | Consecuencias |
|-------------------|--|---|--|
| Monoplejía | <p>Consiste en la debilidad motora que compromete a una extremidad.</p> <p>Si el déficit no es completo se habla de monoparesia.</p> | <p>Afecta a una extremidad, debilitando a un solo músculo o a un grupo muscular en concreto.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Espasmos - Dolor - Pérdida de la movilidad de una extremidad del cuerpo |
| Hemiplejia | <p>Es una debilidad muscular en las extremidades de un mismo lado del cuerpo.</p> | <p>Afecta a una extremidad superior y una inferior del hemicuerpo derecho o izquierdo de una persona.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Espasmos - Dolor - Pérdida de movilidad de las extremidades un lado del cuerpo |
| Paraplejia | <p>Se refiere a la debilidad motora en los miembros inferiores.</p> | <p>Afecta solo a las extremidades inferiores.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Espasmos - Dolor - Pérdida de movilidad de ambas piernas - Pérdida de control de esfínteres |

| | | | |
|---------------------|---|--|--|
| Cuadriplejia | Consiste en la debilidad motora que compromete a las cuatro extremidades. | Afecta las extremidades inferiores y superiores. | <ul style="list-style-type: none"> - Espasmos - Dolor - Pérdida total de movimiento en las cuatro extremidades del cuerpo - Pérdida de control de esfínteres |
|---------------------|---|--|--|

(Cuadro de elaboración propia, con datos obtenidos de <https://www.cognifit.com/es/lesiones-cerebrales>).

Clasificación según el tono muscular

El tono muscular es un reflejo controlado por la médula espinal mediante los husos musculares. Los husos musculares son unas en cápsulas que se encuentran en el interior del músculo. Contienen neuronas sensitivas que se activan cuando se produce un estiramiento del músculo y mandan una respuesta a las fibras musculares que están dentro del huso. Estas fibras sensitivas están activas incluso cuando el músculo está en reposo, mandando constantemente una señal de activación al músculo, conocida como tono muscular.

| | | |
|-------------------|---|---|
| Hipertonía | Es un exceso de tono muscular que en consecuencia produce una resistencia del músculo a ser estirado de forma pasiva. Esto se debe a una lesión del SNC, concretamente de la primera motoneurona o haz piramidal. | <u>Consecuencias:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Espasticidad - Dolor - Alteración de la sensibilidad - Rigidez articular - Limitación Articular |
|-------------------|---|---|

| | | |
|------------------|--|---|
| Hipotonía | Es la disminución del tono en forma generalizada o focal, que generalmente se asocia a déficit en el desarrollo psicomotor. Este síndrome se caracteriza por la presencia de posturas anormales y poco habituales, y la disminución de la resistencia de las articulaciones a los movimientos pasivos. | <u>Consecuencias:</u> - Flacidez muscular - Dolor - Alteración de la sensibilidad - Inestabilidad articular - Debilidad muscular |
|------------------|--|---|

(Cuadro de elaboración propia, con datos obtenidos de <https://efisiopediatric.com/hipotonia-vs-hipertonía/>).

Dependencia

El Consejo de Europa (Oslo, 2000) definió la dependencia como: "un estado en el que las personas, debido a la pérdida de autonomía física, psicológica o intelectual, necesitan algún tipo de ayuda y asistencia para llevar a cabo sus actividades diarias. La dependencia también podría estar originada, o verse agravada por la ausencia de integración social, relaciones solidarias, entornos accesibles y recursos económicos adecuados para la vida de las personas mayores". Tal y como estipula la OMS "la esencia misma de la dependencia radica en no poder vivir de forma autónoma y necesitar de forma duradera de la ayuda de otros para las actividades de la vida diaria" (scielo.isciii.es, 2017).

Persona dependiente

Un paciente dependiente se define como aquella persona que requiere de apoyo, guía y supervisión total en actividades de la vida diaria (según índice de Katz), como por ejemplo bañarse, vestirse, usar el inodoro, trasladarse, alimentarse, entre otras (www.hipocampo.org/katz.asp, 2007).

Instrumentos de valoración de la capacidad funcional

Según la OMS, definen la capacidad funcional como: "un estado o calidad del organismo humano que expresa su funcionamiento adecuado en condiciones dadas, genéticas o ambientales". Los instrumentos existentes para medir la función física son: el índice de Katz, el índice de Barthel y el índice de Lawton & Brody (scielo.isciii.es, 2011).

Índice de Katz

Es una escala de valoración de las actividades de la vida diaria (AVD) abarca seis funciones humanas básicas. Se utiliza para la medición de niveles elementales y valoración de las AVD; consta de 6 ítems; baño, vestido, uso de W.C, movilidad y alimentación (Gaspar, J. Programa de atención a enfermos crónicos dependientes, capítulo IX).

El índice de Katz se puede puntuar de dos formas. Una considerando los ítems individualmente, de manera que se den 0 puntos cuando la actividad es realizada de forma independiente y 1 punto si la actividad se realiza con ayuda o no se realiza. Otra manera de puntuar es la descrita por los autores en la versión original, considerando los ítems agrupados para obtener grados A, B, C, etc, de independencia. *Atendiendo al orden jerárquico del Índice de Katz, al comparar ambas puntuaciones, se observa que 0 puntos equivale al grado A, 1 punto al grado B, 2 puntos al grado C, 3 puntos al grado D y así sucesivamente.*

De una manera convencional se puede asumir la siguiente clasificación:

- Grados A-B o 0 - 1 puntos = ausencia de incapacidad o incapacidad leve.
- Grados C-D o 2 - 3 puntos = incapacidad moderada.
- Grados E-G o 4 - 6 puntos = incapacidad severa.

(Imagen extraída de: <https://slideshare.net/agherranz/indice-de-katz-68602279>).

Valore cada una de las actividades por anamnesis directa del paciente o, si su estado mental no lo permite, a través de un familiar o cuidador, considerando su capacidad en los últimos 7 días.

BAÑARSE: (Con esponja, en bañera o ducha)

- No recibe asistencia (entra y sale de la bañera por sí mismo si la bañera es el medio de limpieza habitual).
- Recibe asistencia al lavar únicamente una parte del cuerpo (espalda o una pierna).
- Recibe asistencia al lavar más de una parte del cuerpo (o no se lava).

VESTIRSE: (Saca la ropa de los armarios y los cajones - incluyendo la ropa interior, la ropa exterior y el manejo de botones, incluyendo bragueros, si los lleva)

- Saca la ropa y se viste completamente sin asistencia.
- Saca la ropa y se viste sin asistencia excepto al anudarse los zapatos.
- Recibe asistencia al sacar la ropa o al vestirse, o queda parcial o completamente desvestido.

IR AL SERVICIO: (Ir al servicio para eliminar orina y heces; lavarse a sí mismo tras la eliminación y arreglarse la ropa)

- Va al servicio, se lava, se arregla la ropa sin asistencia (puede usar un objeto de apoyo como un bastón o una silla de ruedas y puede manejar la cuña o la silla retrete, vaciándolas por la mañana).
- Recibe asistencia para ir al servicio o a lavarse o arreglarse la ropa tras la eliminación o al usar la cuña o la silla retrete.
- No va a la habitación denominada "servicio" para el proceso de eliminación.

DESPLAZARSE

- Se acuesta y se levanta de la cama así como de la silla sin ayuda (puede utilizar un objeto de apoyo como un bastón).
- Se acuesta y se levanta de la cama o la silla con asistencia.
- No se levanta de la cama.

CONTINENCIA

- Controla la micción y la defecación por sí mismo.
- Sufre accidentes "ocasionalmente".
- La supervisión le ayuda a mantener el control vesical y anal: usa una sonda o es incontinente.

ALIMENTARSE

- Se alimenta sin asistencia.
- Se alimenta solo excepto al requerir asistencia para cortar la carne o untar el pan.
- Recibe asistencia al alimentarse o es alimentado parcial o completamente mediante sondas o líquidos endovenosos.

Categoría

(Imagen extraída del capítulo IX del libro: Programa de atención a enfermos crónicos dependientes).

Índice de Barthel

Es un instrumento utilizado por distintos profesionales sanitarios para la valoración funcional de un paciente y su rehabilitación. La escala mide la capacidad de una persona para realizar 10 actividades de la vida diaria, que se consideran básicas, de esta forma se obtiene una estimación cuantitativa de su grado de independencia (Gaspar, J. Programa de atención a enfermos crónicos dependientes, capítulo IX)

| | | |
|--|--|--------------------|
| ALIMENTACIÓN | <ul style="list-style-type: none"> - Es capaz de utilizar cualquier instrumento, pelar, cortar, desmenuzar (la comida se le puede poner a su alcance). - Necesita ayuda. - Necesita ser alimentado. | 10 5 0 |
| BAÑO | <ul style="list-style-type: none"> - Es capaz de lavarse entero solo, incluyendo entrar y salir de la bañera. - Necesita cualquier ayuda. | 5 0 |
| VESTIDO | <ul style="list-style-type: none"> - Es INDEPENDIENTE: capaz de quitar y ponerse ropa, se abrocha botones, cremalleras, se ata zapatos... - NECESITA AYUDA, pero hace buena parte de las tareas habitualmente. - DEPENDIENTE: necesita mucha ayuda. | 10 5 0 |
| ASEO | <ul style="list-style-type: none"> - INDEPENDIENTE: se lava la cara y las manos, se peina, se afeita, se lava los dientes, se maquilla... - NECESITA ALGUNA AYUDA. | 5 0 |
| USO DE RETRETE | <ul style="list-style-type: none"> - Es INDEPENDIENTE: entra y sale del retrete, puede utilizarlo solo, se sienta, se limpia, se pone la ropa. Puede usar ayudas técnicas. - NECESITA AYUDA para ir al WC, pero se limpia solo. - DEPENDIENTE: incapaz de manejarse sin asistencia. | 10 5 0 |
| DEFECACIÓN | <ul style="list-style-type: none"> - Es CONTINENTE e INDEPENDIENTE: usa solo el supositorio o el enema. - Tiene ALGUNA DEFECACIÓN NO CONTROLADA: ocasionalmente algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o enemas. - INCONTINENTE o necesita que le suministren el enema. | 10 5 0 |
| MICCIÓN | <ul style="list-style-type: none"> - Es CONTINENTE o es capaz de cuidarse la sonda. - Tiene ESCAPE OCASIONAL: máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Necesita ayuda para cuidarse la sonda. - INCONTINENTE. | 10 5 0 |
| DEAMBULACIÓN | <ul style="list-style-type: none"> - Es INDEPENDIENTE: camina solo 50 metros. - NECESITA AYUDA o supervisión física o verbal, para caminar 50 metros. - INDEPENDIENTE EN SILLA DE RUEDAS, sin ayuda 50 metros. Capaz de girar esquinas. - DEPENDIENTE: incapaz de manejarse sin asistencia. | 15 10 5 0 |
| SUBIR Y BAJAR ESCALERAS | <ul style="list-style-type: none"> - Es INDEPENDIENTE. Sube y baja solo. Puede barandilla o bastones. - NECESITA AYUDA física o verbal. - INCAPAZ de manejarse sin asistencia. | 10 5 0 |
| TRANSFERENCIA (Trasladarse de la silla a la cama o viceversa) | <ul style="list-style-type: none"> - Es INDEPENDIENTE. - NECESITA MÍNIMA o Poca AYUDA (un poco de ayuda física o presencia y supervisión verbal). - NECESITA MUCHA AYUDA (una persona entrenada o dos personas), pero se puede permanecer sentado sin ayuda. - Es INCAPAZ, no se mantiene sentado. | 15 10 5 0 |
| TOTAL | | |

De acuerdo al puntaje se hace la siguiente clasificación:

| Puntaje | Clasificación |
|---------|----------------------|
| <20 | Dependencia total |
| 21 – 60 | Dependencia severa |
| 61 – 90 | Dependencia moderada |
| 91 – 99 | Dependencia leve |
| 100 | Independencia |

(Imagen extraída del capítulo IX del libro: Programa de atención a enfermos crónicos dependientes).

Cuidados básicos en casa

Consisten en atender a la persona postrada en la ejecución de aquellas actividades de la vida diaria, que contribuyen a su salud o a su restablecimiento, basado en:

- **Administración de medicamentos:** es un procedimiento mediante el cual se proporciona un medicamento a un paciente. Las reglas para una administración segura son:
 - Asegurarse de que se trata del medicamento correcto.
 - Es muy importante que comprobemos la fecha de caducidad.
 - Administrar la dosis correcta.
 - Comprobar la vía de administración.
 - Administrar el medicamento a la hora correcta.

- **Nutrición (*alimentación e hidratación*):** alimentación es la forma y manera de proporcionar al organismo los alimentos o sustancias nutritivas que necesita. La alimentación es voluntaria y educable. Nutrición es el conjunto de actividades que el organismo realiza para transformar y asimilar las sustancias nutritivas contenidas en los alimentos: digestión, absorción, utilización, eliminación. Hidratación es restablecer el grado de humedad normal de la piel u otros tejidos. Debe aportarse cantidad suficiente de líquidos con la alimentación para favorecer sus acciones fisiológicas y compensar las pérdidas, que aumentan en ambientes de calor, con el ejercicio y en determinadas enfermedades. Para que nuestro organismo tenga buena salud debe incorporar macronutrientes, que son las proteínas, los hidratos de carbono y las grasas, que aportan energía al organismo y micronutrientes que son los minerales y las vitaminas, que no aportan energía al organismo pero son indispensables para su correcto funcionamiento (enfermeriapractica.com, 2012).

- **Higiene:** hace referencia a la rama de la medicina que tiene como fin la prevención de enfermedades y la conservación de la salud, ya sea visto desde los aspectos personales como los ambientales.

En personas en estado de dependencia es vital importancia mantener limpias todas aquellas áreas del cuerpo donde se acumule grasa y polvo, por ejemplo pliegues de la piel o entre extremidades (enfermeriapractica.com, 2012).

La higiene puede ser tipificada dependiendo de sus características:

| | Definición | Actividad o acción |
|----------------------------|---|--|
| Higiene personal | En este caso se habla de una limpieza corporal, fijando especial atención al órgano cutáneo, es decir la piel y también en las uñas y la cabellera. | Remover la piel seca, polvo y asimismo las secreciones de las distintas glándulas del cuerpo. |
| Higiene en el hogar | La suma de todas las medidas para prevenir complicaciones físicas, infecciones y cuidar la salud de los integrantes del hogar. | Hay más gérmenes en el estropajo de la cocina que en la taza del baño. La desinfección es el procedimiento que nunca debe saltarse al momento de limpiar. |

| | | |
|--------------------------------|---|---|
| <p>Higiene postural</p> | <p>Hace referencia a evitar aquellas posturas o esfuerzos que no resultan necesarios y pueden tener efectos nocivos sobre la columna vertebral.</p> | <p>Algunos consejos dados por especialistas son: la distribución del peso en las dos manos o brazos, evitar estirarse para alcanzar objetos que se encuentran muy altos, al agacharse es recomendable doblar las piernas, entre muchos otros.</p> |
|--------------------------------|---|---|

(Cuadro de elaboración propia, con datos obtenidos de <https://concepto.de/higiene/>).

Cinesiterapia

La cinesiterapia, como técnica que nos ocupa, constituye un pilar básico del conjunto de técnicas de la fisioterapia. La cinesiterapia utiliza el movimiento en una gran variedad de modalidades para buscar efectos terapéuticos, tanto desde el punto de vista de la prevención como de la terapéutica o tratamiento cuando ya existe patología.

Etimológicamente, el término cinesiterapia proviene de la combinación de dos palabras griegas: “kinesis” (movimiento) y “therapeia” (curación o cuidado). Por lo tanto, podríamos definir la cinesiterapia como el «conjunto de procedimientos terapéuticos que utilizan el movimiento para el tratamiento y prevención de enfermedades, sobre todo del aparato locomotor».

Biomecánica: Es una disciplina que estudia el movimiento del cuerpo en sus diferentes circunstancias es decir, esta ciencia trata de analizar la actividad del ser humano y la respuesta que tiene nuestro organismo ante esto.

El aparato locomotor logra su acción principal gracias a la interacción del músculo con las demás estructuras que lo conforman. Para cumplir con su función, el músculo cuenta con ciertas propiedades, que son excitabilidad, elasticidad, capacidad de contracción y tonicidad.

- Excitabilidad: Sensibilidad que presentan los músculos ante un estímulo nervioso.
- Elasticidad: Capacidad de los músculos de aumentar su longitud y volver a su forma inicial.
- Capacidad de contracción: Capacidad para modificar la tensión sin modificar su longitud.
- Tonicidad: Cualidad para mantener cierto grado de contracción, aun estando en reposo.

| Tipos de contracción muscular | | |
|--|---|--|
| <i>Tipo</i> | <i>Definición</i> | <i>Ejemplo</i> |
| Contracción isométrica | Cuando la longitud del músculo no se ve modificada, pero sí se produce un aumento de la tensión dentro del músculo. | Presionar un objeto firme contra el suelo. |
| Contracción isotónica concéntrica | Es cuando el músculo se acorta aproximando su origen y su inserción debido a que la fuerza muscular supera a la resistencia externa. | Levantar un objeto por completo. |
| Contracción isotónica excéntrica | Es cuando el músculo se contrae al tiempo que se alarga. Esto es dado cuando la resistencia es mayor que la fuerza desarrollada por el músculo, y el resultado es el aumento de la distancia entre el origen y la inserción muscular. | Frenar la velocidad de un objeto que cae. |

(Cuadro de elaboración propia, con datos obtenidos desde: Fernández, C. Melián, A. (2013). Cinesiterapia).

Tipos de cinesiterapia

| Cinesiterapia pasiva | |
|---|---|
| El movimiento es realizado por una fuerza externa a la que el paciente ni ayuda ni resiste. | |
| <i>Movilización pasiva analítica simple:</i> | Compromete a una sola articulación y suele realizarse en un solo plano de movimiento; empleando una fuerza pequeña. |
| <i>Movilización pasiva analítica específica:</i> | Se socia una única articulación al movimiento, pero se utiliza cuando existe limitación de la amplitud articular. |
| <i>Movilización pasiva funcional o global:</i> | Combina en este caso las diversas posibilidades funcionales de una o varias articulaciones, y asocia movimientos combinados en varios planos para crear un dibujo cinético usual. |
| Cinesiterapia activa | |
| Utiliza el movimiento provocado por el mismo sujeto, con un objetivo terapéutico. | |
| <i>La cinesiterapia activa libre:</i> | Utiliza movimientos realizados por el paciente sin asistencia ni resistencia de ninguna fuerza externa a excepción de la gravedad. |
| <i>La cinesiterapia activa-asistida:</i> | Es la utilización de fuerza externa para acompañar al movimiento realizado por el paciente. |
| <i>La cinesiterapia activa resistida:</i> | Es aquella en la que el paciente realiza un movimiento activo en contra de una resistencia externa. |

(Cuadro de elaboración propia, con datos obtenidos desde: Fernández, C. Melián, A. (2013). Cinesiterapia).

Atención comunitaria en fisioterapia

Integración de los padres en el proceso de rehabilitación

La integración de los padres en la rehabilitación del niño es de vital importancia para lograr un mejor avance y mayor recuperación de sus capacidades físicas, para ello se lleva a cabo un programa de formación familiar en el cual se les brindan herramientas y técnicas para trabajar con sus hijos en casa, ayudando a que ellos tengan una mejor formación en cuanto al tema de discapacidad se refiera.

Cuando hablamos de formación familiar nos referimos a procesos colectivos animados por un profesional orientado a la adquisición y mejora de actitudes, destrezas y conocimientos que serán útiles a los padres y encargados al enfrentar las diferentes situaciones y actividades en que se ven inmersos como padres y encargados de personas con discapacidad.

Este modelo no trata primordialmente de dar a los padres y familiares conocimientos sobre una serie de temas (sobre las discapacidades, etc.), ni tampoco fundamentalmente de intentar que sean pseudoprofesionales y que manejen una serie de técnicas. No es eso lo que esencialmente necesitan los padres. La clave de la formación familiar estriba en crear la posibilidad y aportar los elementos necesarios para que colectivos de padres y familiares puedan construir un discurso propio y una manera propia de vivir con su familiar con discapacidad y responder a sus necesidades.

CAPÍTULO II

Población atendida

36 beneficiarios a quienes se les brindó atención fisioterapéutica, distribuidos entre 32 niños con discapacidad física y 4 adultos con lesiones físicas provocadas por traumatismos; 148 padres de familia y encargados de los niños participantes de la plática de cuidados básicos en casa para niños con discapacidad física, procedentes de los municipios de Cubulco, Rabinal, Granados y Santa Cruz “El Chol”, del departamento de Baja Verapaz.

Muestra

Un total de 148 padres de familia y encargados de los niños participantes de las charlas sobre cuidados básicos en casa para niños con discapacidad física, procedentes de los municipios de Cubulco, Rabinal y Santa Cruz “El Chol”, del departamento de Baja Verapaz.

Tipo de investigación

Tipo de investigación utilizada en este informe: Exploratoria y de Campo.

Investigación exploratoria: Es un tipo de investigación que se centra en indagar y analizar aspectos concretos de la realidad social que no han sido estudiados a profundidad.

Fundamentalmente se conoce como una exploración o primer acercamiento a determinada eventualidad, que permite que posteriormente otras investigaciones puedan desarrollar análisis profundos de esta temática (www.webyempresas.com/tipos-de-investigacion, 2020).

Investigación de campo: Permite obtener conocimientos reales de la sociedad o bien estudiar determinada situación para establecer un diagnóstico que permita aplicar los conocimientos con

finés prácticos en la búsqueda de soluciones. Toma como criterio el lugar y la forma como se obtiene la información requerida, efectuándose en el propio lugar y tiempo en que ocurren los fenómenos objetos del estudio (webyempresas.com/tipos-de-investigacion, 2020).

Técnicas de recolección de datos

Expedientes de beneficiarios de AIDEPCE e historia clínica, expedientes de beneficiarios de la oficina de discapacidad de Rabinal BV, listado de madres de niños con discapacidad de la oficina de la mujer de la municipalidad de Rabinal BV, hojas de asistencia de beneficiarios de AIDEPCE, evaluaciones a nuevos beneficiarios: evaluación de fuerza muscular, evaluación de amplitud articular, evaluación de neurodesarrollo, evaluación de medición de miembro inferior, evaluación de raíces raquídeas sensitivas, registro de visitas domiciliarias y evaluación socioeconómica.

Así mismo se llevó a cabo la reelección de datos por medio de una encuesta, la cual abordó el tema sobre los cuidados que se deben tener en casa con los niños con discapacidad.

Responsabilidad del fisioterapeuta ante la problemática de salud encontrada

Los problemas encontrados en la investigación realizada se basan en el desconocimiento de los padres sobre los cuidados básicos en el hogar hacia los niños con discapacidad, como por ejemplo, la negligencia en la higiene personal y postural del niño, la falta de un control médico y la mala o nula movilización del niño.

Según los resultados obtenidos en la encuesta, observamos que la mayoría de personas desconoce las consecuencias de no movilizar al niño en casa, creen que si no lo molestan estará

más feliz descansando y por lo mismo, los niños con discapacidad tienden a tener complicaciones para moverse.

Al preguntarles a los padres si movilizan al niño en casa, la mayoría afirmó que lo realizan, pero al momento de preguntarles la manera en la que lo hacen, no tenían conocimiento de los movimientos a realizar. Esto da como resultado que la necesidad es que ellos aprendan a moverlos y el conocimiento de por qué lo hacen, es algo esencial para complementar las terapias brindadas en la clínica de fisioterapia.

Dado que las terapias impartidas en la clínica no son periódicas, la rehabilitación del niño con discapacidad se realiza en conjunto con los padres de familia y el cuidado que ellos les brinden en casa.

Por lo que la responsabilidad del fisioterapeuta ante el problema que causa esta falta de continuidad en el tratamiento y que hace difícil completar los logros de tratamiento propuestos, recae en la realización de talleres y charlas que tienen como fin de concientizar a los padres de familia en la importancia de los cuidados básicos en el hogar y la enseñanza de la forma correcta y completa para realizar la movilización del niño en casa.

Metodología

El horario de atención en la clínica de fisioterapia es de martes a viernes, iniciando la atención a las 8:00 hrs y finalizando a las 16:00 hrs; siendo de una hora cada terapia brindada a los beneficiarios. Todos los días Lunes se realizan visitas domiciliarias a los beneficiarios directos, en la cual se realiza una evaluación de cómo se desenvuelve el niño en su entorno y se anotan las observaciones sobre las condiciones en las que se mantiene el niño.

Una vez por bimestre se tiene planificada una sesión de hidroterapia para los beneficiarios directos, trabajando con ayuda del agua a que el niño logre la bipedestación y se inicie la marcha. También se planifica cada bimestre, la llegada del técnico ortopedista para realizar aparatos ortesicos a los niños; en la cual el papel del fisioterapeuta es indicar al ortopedista los aparatos que necesita cada niño y también se le ayuda a tomar medidas de los aparatos.

A cada trimestre se realizan las reuniones con todos los padres de familia de los niños beneficiados por la institución, dando charlas y talleres al finalizar las reuniones; estas actividades están descritas en la muestra estadística de la charla y taller impartido.

CAPÍTULO III

Análisis e interpretación de resultados

En el presente capítulo se muestran los resultados del trabajo realizado durante el ejercicio técnico profesional supervisado en AIDEPCE, Rabinal, Baja Verapaz, de febrero a junio del 2019.

Número de casos atendidos de acuerdo a la edad

| | <i>Recién nacidos a 3 años</i> | <i>De 4 a 10 años</i> | <i>De 11 a 18 años</i> | <i>Adultos (mayores de 18 años)</i> | <i>Total</i> |
|---------------------------|--------------------------------|-----------------------|------------------------|-------------------------------------|--------------|
| Cantidad de beneficiarios | 21 | 8 | 3 | 4 | 36 |
| Porcentaje | 59% | 22% | 8% | 11% | 100% |

Fuente: De datos estadísticos del servicio de fisioterapia de AIDEPCE. Rabinal.

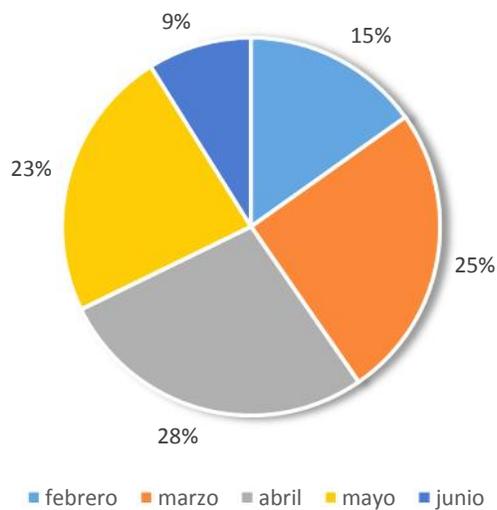


Análisis: La atención en la clínica de fisioterapia durante febrero a junio, fue impartida en su mayoría a niños entre 0 a 18 años, con 32 casos atendidos (89%). Siendo 59% niños entre 0 a 3 años de edad, 22% a niños entre 4 a 10 años, 8% a adolescentes entre 11 a 18 años y el 11% a los beneficiarios mayores de edad. Dándonos un mayor enfoque como clínica pediátrica-terapéutica.

Número de sesiones brindadas

| | <i>Febrero</i> | <i>Marzo</i> | <i>Abril</i> | <i>Mayo</i> | <i>Junio</i> |
|--------------------------|----------------|--------------|--------------|-------------|--------------|
| Beneficiarios Directos | 37 | 55 | 58 | 52 | 21 |
| Beneficiarios Indirectos | 0 | 2 | 10 | 10 | 3 |
| Visitas Domiciliares | 4 | 11 | 6 | 1 | 0 |
| TOTAL | 41 | 68 | 74 | 63 | 24 |
| Porcentaje | 15% | 25% | 28% | 23% | 9% |

Fuente: De datos estadísticos del servicio de fisioterapia de AIDEPCE. Rabinal.

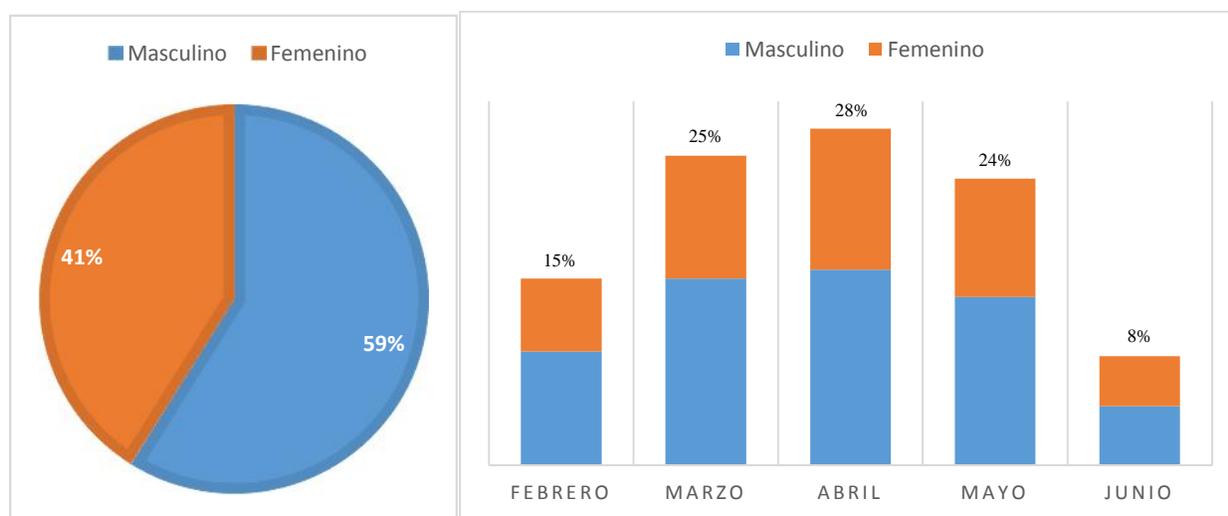


Análisis: En cuanto a las sesiones brindadas, tenemos un total de 270 asistencias o terapias, de las cuales 223 fueron dadas con beneficiarios directos, 25 con beneficiarios indirectos y 24 en visitas domiciliarias.

Número de casos atendidos de acuerdo al sexo

| | <i>Febrero</i> | <i>Marzo</i> | <i>Abril</i> | <i>Mayo</i> | <i>Junio</i> | <i>Total</i> | <i>Porcentaje</i> |
|------------|----------------|--------------|--------------|-------------|--------------|--------------|-------------------|
| Masculino | 25 | 41 | 43 | 37 | 13 | 159 | 59% |
| Femenino | 16 | 27 | 31 | 26 | 11 | 111 | 41% |
| Total | 41 | 68 | 74 | 63 | 24 | 270 | 100% |
| Porcentaje | 15% | 25% | 28% | 24% | 8% | 100% | |

Fuente: De datos estadísticos del servicio de fisioterapia de AIDEPCE. Rabinal.



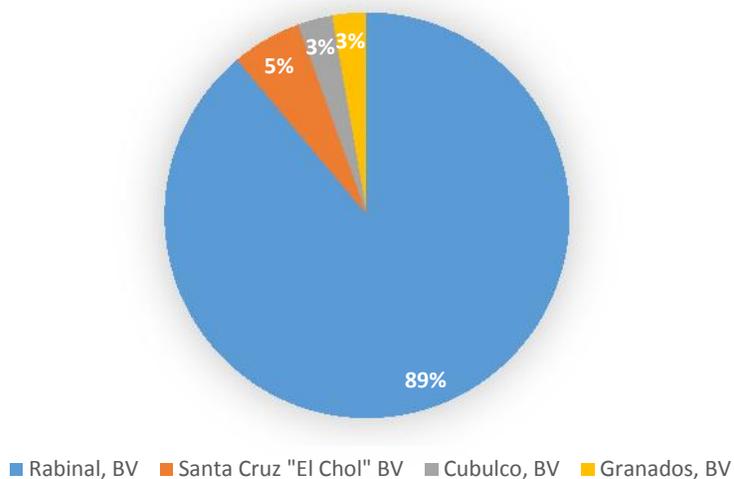
Análisis: Como se puede observar en las gráficas, el número de mujeres que asisten a la clínica de fisioterapia es significativamente más bajo que el de los varones.

Cabe resaltar que en cuanto a la población total, según cifras de la Municipalidad de Rabinal, Baja Verapaz, el 74% de todos los niños con discapacidad en el municipio corresponde al sexo masculino.

Procedencia

| <i>Municipio.</i> | <i>Beneficiarios Directos</i> | <i>Beneficiarios Indirectos</i> | <i>Total</i> | <i>Porcentaje</i> |
|--------------------------|-------------------------------|---------------------------------|--------------|-------------------|
| Rabinal, BV | 28 | 4 | 32 | 89% |
| Santa Cruz "El Chol", BV | 2 | 0 | 2 | 5% |
| Cubulco, BV | 1 | 0 | 1 | 3% |
| Granados | 1 | 0 | 1 | 3% |
| Total | 32 | 4 | 36 | 100% |

Fuente: De datos estadísticos del servicio de fisioterapia de AIDEPCE. Rabinal.

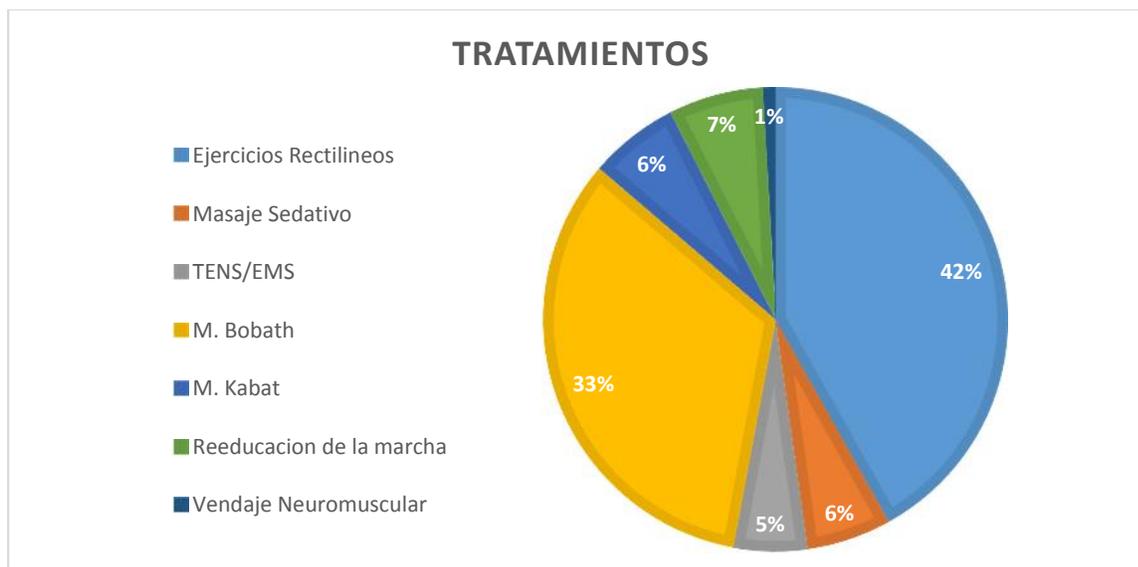


Análisis: Tenemos un total de 36 beneficiarios inscritos en la clínica de Rabinal, de los cuales el 89% son procedentes del mismo municipio, un 5% del municipio de Santa Cruz "El Chol", del mismo departamento, un 3% de Granados, BV y el último 3% perteneciente a Cubulco, BV.

Tratamientos aplicados

| <i>Tratamientos</i> | <i>Total.</i> | <i>Porcentaje</i> |
|------------------------------|---------------|-------------------|
| Ejercicios rectilíneos | 235 | 42% |
| Masaje sedativo | 33 | 6% |
| TENS / EMS | 29 | 5% |
| Método Bobath | 187 | 33% |
| Método Kabat | 35 | 6% |
| Reeducación de la marcha | 37 | 7% |
| Vendaje Neuromuscular | 5 | 1% |
| Total de tratamientos | 561 | 100% |

Fuente: De datos estadísticos del servicio de fisioterapia de AIDEPCE. Rabinal.

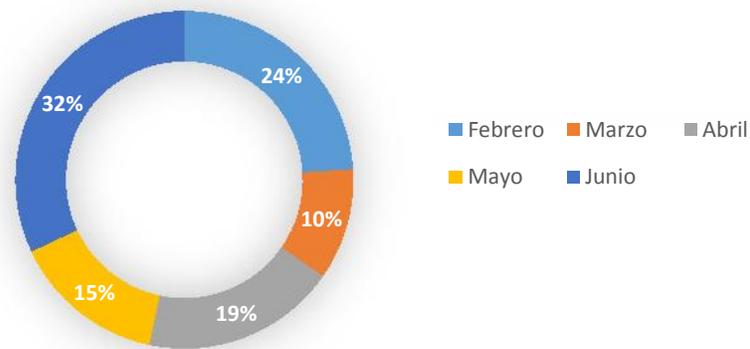


Análisis: Los tratamientos mayormente aplicados, fueron ejercicios rectilíneos y método Bobath, debido a que la clínica va orientada a la rehabilitación niños con discapacidad.

Evaluaciones realizadas

| <i>Mes</i> | <i>Cantidad</i> | <i>Porcentaje</i> |
|------------|-----------------|-------------------|
| Febrero | 18 | 24% |
| Marzo | 8 | 10% |
| Abril | 14 | 19% |
| Mayo | 11 | 15% |
| Junio | 24 | 32% |
| Total | 75 | 100% |

Fuente: De datos estadísticos del servicio de fisioterapia de AIDEPCE. Rabinal.

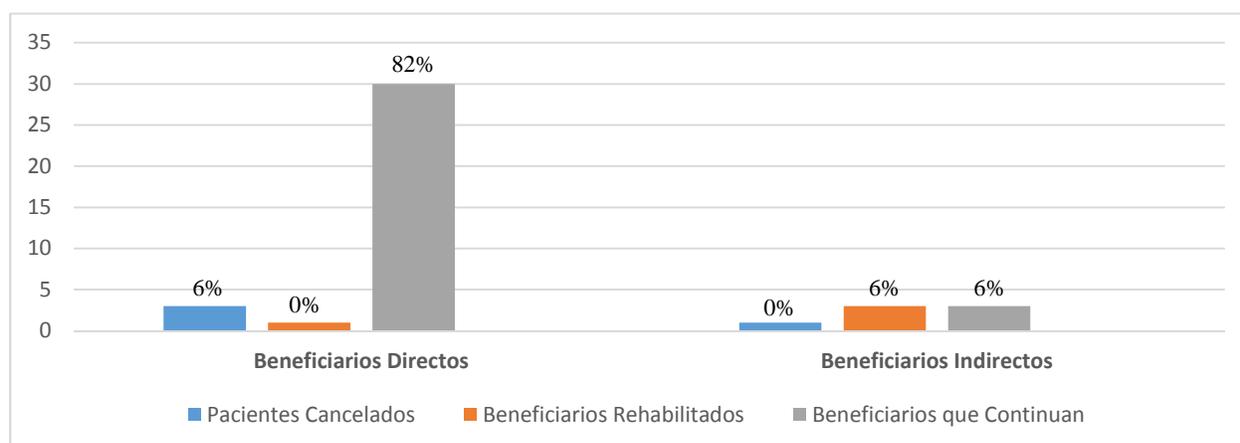


Análisis: En AIDEPCE se busca realizar las evoluciones constantemente a los niños que presentan logros visibles y medibles, pero en algunos casos, por la malnutrición que presentan o por la falta de atención en casa, estos logros no son visibles hasta cumplir con periodos largos de terapia. Por lo cual se aplazan las evaluaciones a un periodo semestral, para poder de este modo anotar los logros que se han tenido o el tiempo que el paciente se ha mantenido estancado en alguna etapa.

Resultados obtenidos al final del tiempo asignado al centro

| <i>Resultados Febrero-Junio 2019</i> | | | <i>Porcentaje</i> |
|--------------------------------------|-----------------------------|----|-------------------|
| Beneficiarios Directos | Beneficiarios cancelados | 2 | 6% |
| | Beneficiarios rehabilitados | 0 | 0% |
| | Beneficiarios que continúan | 30 | 82% |
| Beneficiarios Indirectos | Beneficiarios cancelados | 0 | 0% |
| | Beneficiarios rehabilitados | 2 | 6% |
| | Beneficiarios que continúan | 2 | 6% |
| Total de pacientes inscritos | | 36 | 100% |

Fuente: De datos estadísticos del servicio de fisioterapia de AIDEPCE. Rabinal.



Análisis: La asociación enfoca su trabajo principalmente hacia los niños con discapacidad y a la vez, brindando un apoyo a la población en general abriendo sus puertas para ofrecer un servicio de fisioterapia de bajo costo pero de cupo limitado, por ello se observa una mayor participación de beneficiarios directos que son los niños con discapacidad.

Procesamiento de resultados y presentación de datos

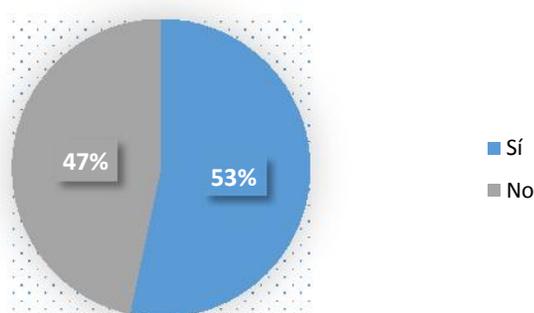
Resultados de la encuesta

Análisis e interpretación de los resultados obtenidos en la encuesta

- 1 ¿Sabe usted cuales son los cuidados básicos que debe tener hacia un niño con discapacidad física en el hogar?

| RESPUESTAS | PARTICIPANTES | PORCENTAJE |
|--------------|---------------|-------------|
| SI | 16 | 47% |
| NO | 14 | 53% |
| TOTAL | 30 | 100% |

Fuente: De datos estadísticos de encuesta realizada en Rabinal, BV.



Interpretación

Con un total de 30 personas encuestadas, encontramos que un 53% de los participantes tienen conocimiento sobre los cuidados básicos en el hogar.

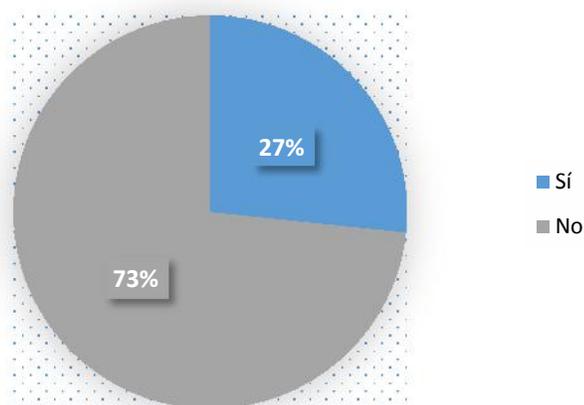
Análisis

Al ver las respuestas, tenemos que el 47% desconoce sobre el tema. Por lo que la necesidad de informarles sobre todos los cuidados y las consecuencias que trae el no realizarlos, es de suma importancia para mejorar la calidad de vida del niño con discapacidad.

2 ¿El niño está bajo prescripción de medicamentos?

| RESPUESTAS | PARTICIPANTES | PORCENTAJE |
|-------------------|----------------------|-------------------|
| SI | 8 | 27% |
| NO | 22 | 73% |
| TOTAL | 30 | 100% |

Fuente: De datos estadísticos de encuesta realizada en Rabinal, BV.



Interpretación

Basados en las respuestas de todos los participantes, encontramos que el 73% de los niños no se encuentran bajo ninguna prescripción médica.

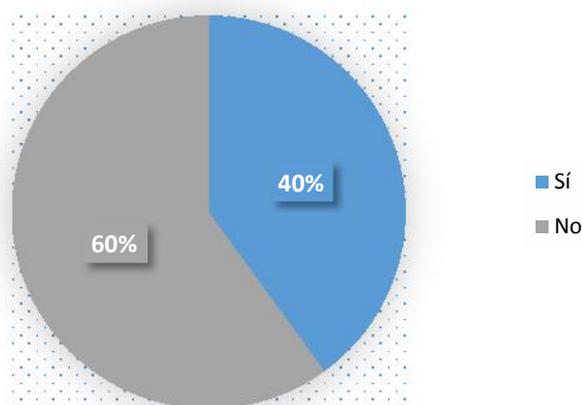
Análisis

Esto nos indica que la mayoría de las madres no llevan un control médico y por ello, los niños no se encuentran bajo prescripción de medicamentos.

3 ¿Administra los medicamentos a la hora prescrita por el médico?

| | RESPUESTAS DE PARTICIPANTES | PORCENTAJE |
|--------------|------------------------------------|-------------------|
| SI | 12 | 40% |
| NO | 18 | 60% |
| TOTAL | 30 | 100% |

Fuente: De datos estadísticos de encuesta realizada en Rabinal, BV.



Interpretación

En esta respuesta encontramos que el 40% de los participantes si administran los medicamentos a la hora que prescribe el médico. Mientras que el resto, administra los medicamentos a una hora especifica que escogen durante el día.

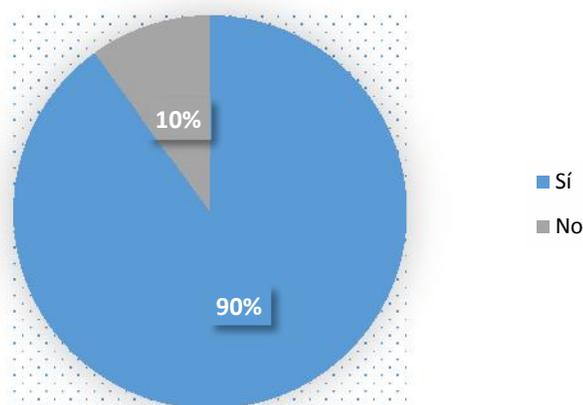
Análisis

A consecuencia de que la mayoría de medicamentos que son consumidos por los niños de las comunidades son vitaminas, los padres refieren desconocer el horario específico de administración, dándonos como referencia por qué más de la mitad responden negativamente a esta interrogante.

4 ¿El niño consume los tres tiempos de comida al día?

| | RESPUESTAS DE PARTICIPANTES | PORCENTAJE |
|--------------|------------------------------------|-------------------|
| SI | 27 | 90% |
| NO | 3 | 10% |
| TOTAL | 30 | 100% |

Fuente: De datos estadísticos de encuesta realizada en Rabinal, BV.



Interpretación

De un total de 30 participantes, el 10% refiere que su niño no consume alimentos los tres tiempos de comida, mientras que el 90% afirman que están alimentados correctamente.

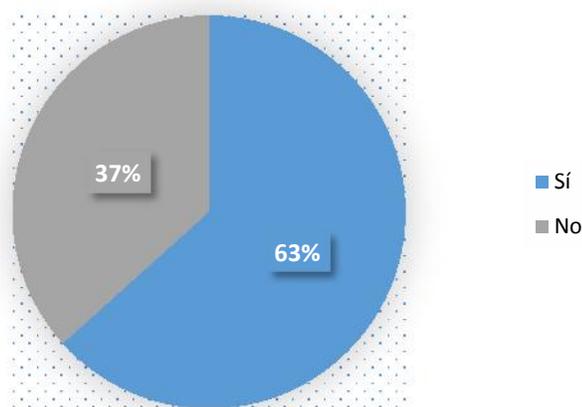
Análisis

Teniendo un margen de error de 2 bebés que se encuentran en etapa de lactancia, el resultado final nos indica que un niño de los 30 participantes, no consume su comida las tres veces al día, dejando como interrogante el porqué de la situación, debido al anonimato de las encuestas.

5 ¿El niño consume uno o más litros de agua al día?

| | RESPUESTAS DE PARTICIPANTES | PORCENTAJE |
|--------------|------------------------------------|-------------------|
| SI | 19 | 63% |
| NO | 11 | 37% |
| TOTAL | 30 | 100% |

Fuente: De datos estadísticos de encuesta realizada en Rabinal, BV.



Interpretación

Según la encuesta realizada, encontramos que el 63% de los participantes afirman que sus niños consumen más de un litro de agua al día, mientras que el 37% indica desconocer la cantidad de agua que bebe su niño.

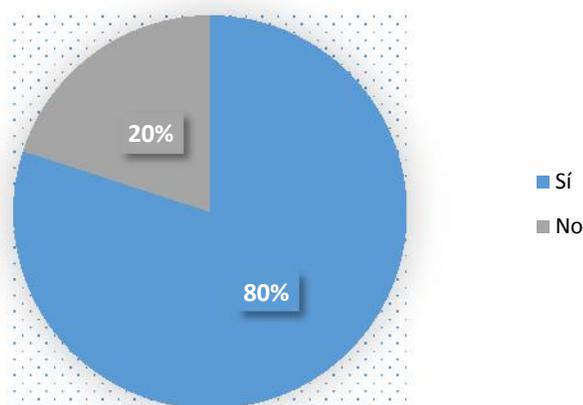
Análisis

Nos podemos dar cuenta el descuido de algunos padres en cuanto a sus niños, pues el agua es un líquido vital para todo ser vivo y la falta de ella causa complicaciones en el organismo; tal es el caso de la llamada enfermedad “mal de orín” que es muy frecuente entre las personas que viven en estas tierras secas y calurosas.

6 ¿El niño duerme 8 o más horas durante la noche?

| | RESPUESTAS DE PARTICIPANTES | PORCENTAJE |
|--------------|------------------------------------|-------------------|
| SI | 24 | 80% |
| NO | 6 | 20% |
| TOTAL | 30 | 100% |

Fuente: De datos estadísticos de encuesta realizada en Rabinal, BV.



Interpretación

El 80% de los participantes afirman que sus niños duermen las 8 horas o más durante la noche, mientras que el 20% de los niños con discapacidad, sus padres refieren que no cumplen con ese dato.

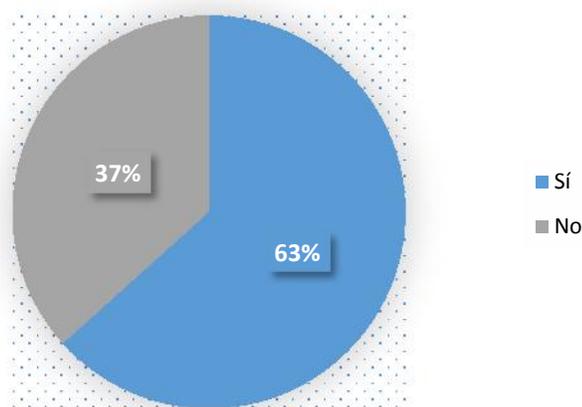
Análisis

Esta cifra negativa es dada según los padres, a niños que se encuentran frecuentemente enfermos, por lo que el mismo malestar ha interrumpido y alterado su ciclo de sueño, despertando a media noche incluso cuando están bien de salud. Otros por el contrario, indican que el niño se levanta a la misma hora que los padres cuando salen a trabajar o vender y que por las noches les cuesta conciliar el sueño.

7 ¿El niño se baña diariamente?

| | RESPUESTAS DE PARTICIPANTES | PORCENTAJE |
|--------------|------------------------------------|-------------------|
| SI | 19 | 63% |
| NO | 11 | 37% |
| TOTAL | 30 | 100% |

Fuente: De datos estadísticos de encuesta realizada en Rabinal, BV.



Interpretación

De acuerdo a la encuesta, el 63% de los padres de familia, refieren que sus niños se bañan todos los días. Mientras que el 37% restante indican que eso es algo que no pueden realizar con regularidad.

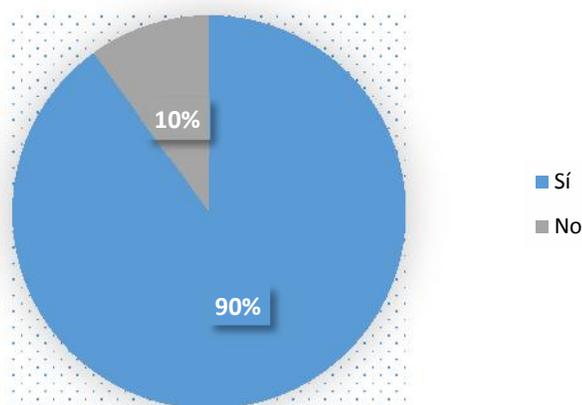
Análisis

Esto es dado en las comunidades lejanas donde el agua potable es sumamente escasa y el acceso a este vital líquido es por medio de los ríos y quebradas que pasan cercanas a ellos. Por lo mismo solo pueden bañarse cuando van al río o cuando acarrear agua hacia sus casas, lo cual es demasiado cansado y lo hacen dos a tres veces por semana.

8 ¿El niño se lava las manos antes de consumir alimentos?

| | RESPUESTAS DE PARTICIPANTES | PORCENTAJE |
|--------------|------------------------------------|-------------------|
| SI | 27 | 90% |
| NO | 3 | 10% |
| TOTAL | 30 | 100% |

Fuente: De datos estadísticos de encuesta realizada en Rabinal, BV.



Interpretación

Basado en los resultados obtenidos en la encuesta, encontramos que el 90% de los participantes, casi su totalidad, controla la higiene de sus niños al momento de ingerir alimentos; mientras que el 10% se muestra indiferente ante la higiene personal del niño.

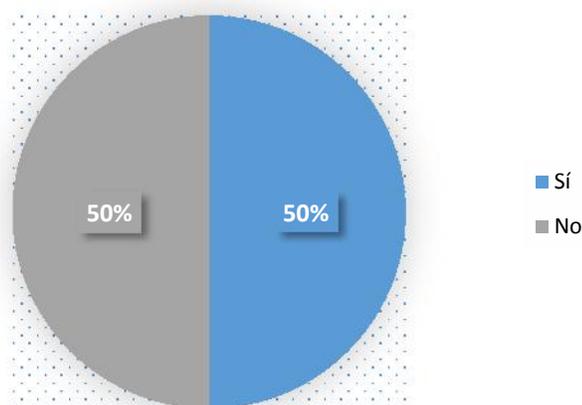
Análisis

Dado a la poca agua que se encuentra en las comunidades lejanas, la gente trata la manera de cuidar más el agua que almacenan en sus casas, por lo que los niños crecen en un ambiente donde el lavarse las manos se realiza al momento de bañarse o tocar algo realmente sucio. Dejando de lado el descuido que puede ocurrir de parte de los padres.

9 ¿El niño se lava los dientes después de cada comida?

| | RESPUESTAS DE PARTICIPANTES | PORCENTAJE |
|--------------|------------------------------------|-------------------|
| SI | 15 | 50% |
| NO | 15 | 50% |
| TOTAL | 30 | 100% |

Fuente: De datos estadísticos de encuesta realizada en Rabinal, BV.



Interpretación

Según la muestra, el 50% de los encuestados afirman mantener una higiene personal cuidadosa con sus hijos; mientras que el otro 50% responde negativo a la pregunta.

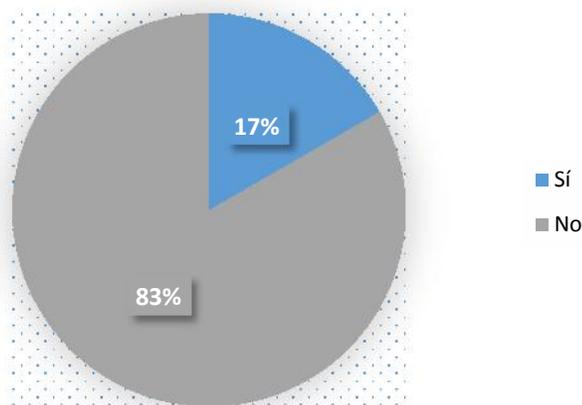
Análisis

El descuido de los padres ante la higiene personal de los niños es algo muy marcado en esta área, dejando de lado la atención primaria del niño, por la necesidad de encontrar una fuente de ingresos para mantener a la familia, que en muchos casos es numerosa. Dado a que esta área del país forma parte del corredor seco, el problema de agua es algo que se ha visto durante años en el municipio y con tal de ahorrar agua, se observa en las aldeas el descuido de la higiene y aseo personal.

10 ¿Sabe usted las consecuencias de no movilizar a un niño con discapacidad física?

| | RESPUESTAS DE PARTICIPANTES | PORCENTAJE |
|--------------|------------------------------------|-------------------|
| SI | 5 | 17% |
| NO | 25 | 83% |
| TOTAL | 30 | 100% |

Fuente: De datos estadísticos de encuesta realizada en Rabinal, BV.



Interpretación

Tan solo el 17% de los participantes respondieron afirmativamente a la pregunta en cuestión, mientras que el 83% de los participantes refiere desconocer las consecuencias que la falta de movilidad supone hacia el niño con discapacidad física.

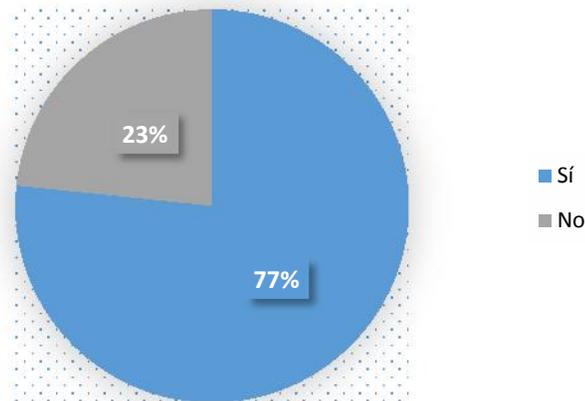
Análisis

La mayoría de los participantes desconocen dichas consecuencias y el resultado de ello es que los padres vienen buscando ayuda cuando el niño ya presenta complicaciones, aun después de iniciar el tratamiento, en casa continúan sin movilizarlos y es aquí donde entendemos por qué la rehabilitación de estos niños, en muchos casos quedan estancadas o se logran solo pequeños avances en la terapia.

11 ¿Moviliza con frecuencia al niño durante el día?

| | RESPUESTAS DE PARTICIPANTES | PORCENTAJE |
|--------------|------------------------------------|-------------------|
| SI | 23 | 77% |
| NO | 7 | 23% |
| TOTAL | 30 | 100% |

Fuente: De datos estadísticos de encuesta realizada en Rabinal, BV.



Interpretación

El 77% de los participantes afirman movilizar a sus hijos durante el día, mientras que el restante 23% de los participantes refieren que no lo hacen muy seguido.

Análisis

La mayoría de las personas encuestadas afirman movilizar al niño en casa, pero al preguntarles en las terapias como lo movilizan, se quedan sin poder responder. Es aquí donde encontramos que las personas solo movilizan a los niños porque les ha dicho, pero desconocen la forma correcta de realizar dichos movimientos o los realizan una vez a la semana.

Presentación de casos

Se realizó una encuesta para conocer los problemas que afectaban a los niños con discapacidad, siendo el desconocimiento de los padres en cuanto a los cuidados básicos en casa el problema de más recurrente. Por lo cual, para darle solución se incluyeron charlas al finalizar las reuniones de padres de familia, en las cuales se abordaron los temas referentes a cuidados básicos en el hogar, como lo son: administración de medicamentos, nutrición, higiene y movilización; con ello obtuvimos mayor atención de los padres hacia los niños; viéndose reflejado en un mejor estado físico y nutricional, así como también, una mayor asistencia a terapias dado a la mejora de su salud, pues los niños dejaron de enfermar demasiado en comparación al historial médico que llevaba la asociación.

En cuanto a movilidad, se pudo observar que los padres no tenían conocimiento de los movimientos que deben realizar para regular o disminuir la espasticidad de sus bebés; y debido a esto, la mayoría de los niños se encontraban acostados en sus camas o cunas en malas posturas, presentando signos severos de espasticidad y rigidez en sus articulaciones, causado por la falta de movilidad que sufren. Pocos eran los padres que movilizaban a sus hijos, indicando que lo hacían en forma de juego o intentando que sus niños aprendieran a gatear.

Al tener conocimiento del estado de los niños, se citó a los padres a la clínica de fisioterapia, para poder evaluar al bebé. Se realizaron evaluaciones de neurodesarrollo y amplitudes articulares, en donde se pudo observar que varios de los niños con parálisis cerebral no adoptaban la posición de bipedestación, presentando poco control de los movimientos, incoordinación y una torpeza motriz.

Llegando a la conclusión que los padres de familia necesitan ser instruidos en cuanto a un mejor cuidado y manejo de sus hijos se refiere. Por lo que también se incluyeron talleres de capacitación sobre cuidados básicos y movilización en casa para niños con discapacidad.

Estos talleres, sumado a las anteriores charlas y las indicaciones que se impartían en cada sesión de tratamiento en la clínica de fisioterapia, nos ayudaron a mejorar la atención de los padres hacia los niños en sus hogares, dando un mayor apoyo a las terapias y regulando el nivel de espasticidad y rigidez articular en los niños.

Por medio de estas charlas y talleres se les dio a conocer la importancia de su participación en el proceso de rehabilitación, pues son ellos quienes comparten mayor tiempo con los niños; logrando con ello que los padres realizaran los ejercicios previamente practicados en los talleres, consolidando con ello lo realizado en las terapias físicas y observando mayor progreso en la rehabilitación del niño.

Gracias a esto se obtuvo una notable mejora en cuanto a la movilidad del niño y un mayor entusiasmo de los padres al querer aprender nuevas formas de ayudar a sus hijos en el hogar. Se observó por medio de las evaluaciones periódicas realizadas a los beneficiarios, cómo los niños presentaban mejoría en la coordinación de movimientos y una mejor fluidez de estos, debido al buen manejo de la espasticidad y la reducción de rigidez articular en los niños con discapacidad.

Cuando se empezó a impartir las capacitaciones muchas personas seguían escépticas a lo que les platicábamos, debido a la falta de conocimiento sobre fisioterapia y al dominio popular de creencias religiosas o místicas, sin mencionar varios tabúes que existían acerca de la discapacidad por lo que tuvimos que romper estas barreras culturales para poder cambiar su punto de vista y poder ayudarlos de la manera adecuada.

Muestra estadística de la conferencia y taller impartido

Primera reunión de padres de familia

| | Masculino | Femenino | Total |
|--|------------------|-----------------|--------------|
| Padres de familia de los niños de fisioterapia | 12 | 25 | 37 |
| Padres de familia de los niños de PADF y otros programas de AIDEPCE. | 0 | 11 | 11 |

Fuente: De datos estadísticos del servicio de fisioterapia de AIDEPCE. Rabinal.

En esta reunión se contó con la presencia de 48 padres de familia y encargados de los niños beneficiarios del programa de Rehabilitación, de los cuales 37 son pertenecientes al área de fisioterapia, siendo de los municipios de Cubulco, Rabinal y Santa Cruz “El Chol”, del departamento de Baja Verapaz.

Se inició la actividad preparando el área de reunión y realizando el llenado de planillas de asistencia. Se les dieron las palabras de bienvenidas y se presentó ante los padres de familia a los estudiantes de ETPS de Fisioterapia que estarán impartiendo las terapias en la asociación hasta el mes de junio.

En esta reunión se realizó la primera charla en donde se trataron los temas de “Discapacidad” y “Cuidados básicos en el hogar”; se observó que los padres de familia no manejaban la terminología sobre discapacidad, ignorando temas básicos como lo eran la espasticidad y rigidez articular; se les explico estos temas y se les dio conocer sobre los cuidados básicos que deben tener en casa, siendo estos, la higiene del niño, la higiene en el hogar, la importancia de que el

niño con discapacidad lleve una buena nutrición para evitar problemas de salud y sobre todo se les hizo énfasis en las consecuencias que trae la falta de movilidad en el niño.

Se les indico la forma correcta en la que deben recostar al niño en la cama, así como los periodos de tiempo en los que deben movilizarlos.

Se logró despejar las dudas de varios padres de familia, aunque se observó la falta de participación de una gran mayoría de padres de familia, por lo que se les explico que en cada sesión de terapia que asistieran hicieran saber al terapeuta sobre las dudas que tenían para poder ir resolviendo cada una de ellas. Al finalizar, se realizó una dinámica con todos los presentes.



(Foto tomada para AIDEPCE, durante la primera reunión de padres de familia con consentimiento de los participantes).

Segunda reunión de padres de familia

| | Masculino | Femenino | Total |
|--|------------------|-----------------|--------------|
| Padres de familia de los niños de fisioterapia | 22 | 52 | 74 |
| Padres de familia de los niños de PADF y otros programas de AIDEPCE. | 8 | 18 | 26 |

Fuente: De datos estadísticos del servicio de fisioterapia de AIDEPCE. Rabinal.

En la segunda reunión realizada, participaron un total de 100 padres, madres y encargados de los niños con discapacidad del programa de Rehabilitación, de los cuales 74 pertenecen al área de fisioterapia y 26 de los programas de PADF.

En esta segunda reunión se habló sobre lineamientos que se estaban incumpliendo, como la asistencia regular o la justificación de las faltas, dando a conocer que después de 3 faltas sin justificación se les daría de baja del servicio, para poder darles atención a los niños que se encuentran en espera de tratamiento.

Luego se realizó un pequeño repaso de los temas hablados en la charla pasada de padres de familia, realizando una evaluación de lo aprendido con una serie de preguntas y dinámicas. Los resultados fueron satisfactorios, observando que los padres ya dominaban un poco más la terminología adecuada y la mayoría recordaba la importancia de la movilidad en el niño con discapacidad.

Al finalizar la reunión de padres de familia, dio inicio al taller programado, donde se hizo una demostración de la forma correcta y los movimientos que se deben de realizar con el niño en casa, enseñándoles los movimientos básicos a realizar en cada extremidad y la forma de

movilizar a un niño con espasticidad, rigidez articular o hipotonía, las posiciones correctas en las que debe permanecer un niño y como girarlos sobre la cama sin lastimarlos.

Por último, se le pidió a cada uno realizar en parejas lo que se había demostrado, aunque al inicio se dificultó la práctica debido a que la mayoría se negaba a participar, solo querían observar y sentían temor o timidez al pasar al frente, pero con ayuda del personal de AIDEPCE, se logró que fueran participando poco a poco; y por medio de la práctica se consolidó lo visto en el taller.



(Fotos tomadas para AIDEPCE, durante la segunda reunión de padres de familia con consentimiento de los participantes).

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES

-)] Se logró atender a un total de 36 pacientes, entre niños, adolescentes y adultos, de los cuales la mayoría, con un 59 % estaba comprendido entre recién nacidos y niños de 3 años. De estos 36 pacientes, en cuanto a sexo, el 59 % pertenece al sexo masculino, siendo el porcentaje mayoritario. El 89% de beneficiarios inscritos en la clínica de fisioterapia son procedentes del municipio de Rabinal Baja Verapaz. Se brindó un total de 270 sesiones de tratamiento fisioterapéutico, aplicando 561 tratamientos distintos y realizando 75 evaluaciones durante los meses de febrero a junio del año 2019. Obteniendo como resultado 2 beneficiarios cancelados, 2 beneficiarios que fueron rehabilitados y 32 beneficiarios que continúan en tratamiento.
-)] Se estableció un programa en el cual se les capacitó sobre cuidados básicos en el hogar dirigido a los padres y madres de familia, brindándoles las herramientas para complementar las terapias brindadas, movilizándolo a los niños en los hogares. Se trabajó al finalizar las reuniones de familia, impartiendo en la primer reunión, una charla donde asistieron 48 padres de familia y en la segunda reunión de padres de familia, se llevó a cabo un taller donde se contó con la participación de 100 padres de familia, entre ellos 74 padres eran pertenecientes al área de rehabilitación y 26 padres invitados del programa PADF.
-)] Se les dio fortalecimiento sobre el tema de discapacidad, en el cual se les enseñó la terminología adecuada que deben usar y los tipos de discapacidad que existen. Con esto se logró que los padres estuvieran más interesados en el proceso de rehabilitación, porque conocían más sobre la discapacidad de sus hijos.

-) Durante el tiempo trabajado con los niños se logró gestionar con la asociación de AIDEPCE, la realización de aparatos ortesicos; los cuales fueron de mucha ayuda para mantener posturas correctas en los niños y una buena higiene personal, siendo estas unas herramientas de apoyo extra para cumplir con los cuidados básicos en casa.
-) Se estableció una guía de ejercicios para cada beneficiario de la asociación, impartiendo a cada padre de familia en la primera sesión de terapia física una serie de ejercicios que debía memorizar para realizar en sus hogares, evaluando a cada cierto tiempo el desempeño y logros de los niños.
-) Se hizo énfasis en el vínculo que deben tener los padres con sus hijos, realizando dinámicas y hablando sobre la importancia que tiene en el niño la interacción social, pues muchos de los niños se encontraban reclusos en sus habitaciones la mayor parte del tiempo. Con esto observamos durante el proceso de rehabilitación una mejor convivencia entre padre e hijo y un mejor estado de ánimo del beneficiario.

RECOMENDACIONES

-) Que el proyecto de rehabilitación de AIDEPCE se fortalezca mediante gestiones locales e internacionales para continuar con el apoyo a las personas con discapacidad.
-) Que AIDEPCE dé seguimiento y continuidad a los resultados del estudio de los casos detectados de las personas con discapacidad.
-) Que se continúe fortaleciendo la capacidad de los padres de familia para que puedan seguir brindando apoyo y el acompañamiento a sus niños con discapacidad.
-) Que los padres de familia, se capaciten de forma permanente para adquirir los conocimientos básicos y poder brindar una mejor atención y acompañamiento a los niños con discapacidad.
-) Que se les dé mayor acompañamiento a los padres de familia que no asistieron a las terapias programadas, de quienes se observó mostrar indiferencia en la rehabilitación de sus hijos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- AIDEPCE (2012) Código de ética y nuestros valores (pag, 2-9).
- Brazis PW, Masdeu JC, Biller J. (2007) Localization in Clinical Neurology (pp 5-13). Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia. 5th Edition.
- Bradley WG, Daroff RB, Fenichel G, Jankovic J. (2004) Neurology in Clinical Practice (pp 337-343). Philadelphia. 4th Edition.
- Adams y Victor. (2004) Principios de Neurología (pp 58-61). Mc Graw Hill Interamericana. México. Séptima Edición.
- Gaspar, J. (2004). Programa de atención a enfermos crónicos dependientes. Capítulo IX, (316, 331, 337). Zaragoza, España. Cometa, S.A.
- Fernández, C. Melián, A. (2013). Cinesiterapia. Bases fisiológicas y aplicación práctica. Barcelona, España: Fotoletra, S.A.
- González Río, M.J. (1997). Metodología de la investigación social. Técnicas de recolección de datos: Aguacilara.
- Balcells I Jungyent, J. (1994). La investigación social: introducción a los métodos y técnicas. Barcelona: Escuela Superior de Relaciones Públicas, PPU.
- Downie, P. (1989). Cash, Neurología para Fisioterapeutas. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana. Cuarta edición.
- MSPAS (2018) Derecho a los Servicios de Salud Interculturales, publicado en:
<https://www.mspas.gob.gt/images/files/pueblosindigenas/documentos/2018/DerechoaServiciosdeSaludInterculturales.pdf>

EGRAFIAS

- EcuRed, Departamento de Baja Verapaz. Recuperado desde:
[https://www.ecured.cu/Departamento_de_Baja_Verapaz_\(Guatemala\)](https://www.ecured.cu/Departamento_de_Baja_Verapaz_(Guatemala))
- Guatemala.com, Municipio de Rabinal. Recuperado desde:
<https://aprende.guatemala.com/cultura-guatemalteca/fiestas-patronales/fiesta-patronal-de-rabinal-baja-verapaz/>
- OMS. 2018. Discapacidad y salud. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>
- Arcos M. 2013. Causas de Discapacidad Motora. Recuperado de:
<https://cuidadoinfantil.com/causas-de-discapacidad-motora.html>
- Pinos C. 2010. Etiología y orígenes de la discapacidad motriz. Recuperado de:
<http://www.leydiscapacidad.com/etiologia-y-origenes-de-la-discapacidad-motriz/>
- CogniFit. 2017. Lesiones Cerebrales. Recuperado de: <https://www.cognifit.com/es/lesiones-cerebrales>
- MedlinePlus. 2018. Enfermedades de la médula espinal. Recuperado desde:
<https://medlineplus.gov/spanish/spinalcorddiseases.html>
- Prentice, 2001. Lesión muscular. Recuperado de: <https://g-se.com/lesion-muscular-bp-N57cfb26e43669>
- Efisiopediatric. 2018. Alteraciones en el tono muscular: Hipotonía versus Hipertonía. Extraído de: <https://efisiopediatric.com/hipotonia-vs-hipertonia/>
- Hipocampo.org, 2020, Paciente dependiente. Extraído desde:
<https://www.hipocampo.org/katz.asp>

- Enfermería práctica. 2012. Cuidados básicos en casa. Administración de medicamentos y movilización. Recuperado desde:
<https://enfermeriapractica.com/procedimientos/administracion-de-medicacion>
- Docencia Enfermería. Blog. 2010. Movilización de pacientes encamados. Extraído desde la página: <http://docenciaenenfermeria.blogspot.com/2010/05/movilizacion-de-pacientes-encamados.html>
- SCielo.es, 2017, Discapacidad vs Dependencia. Extraído desde:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000200011
- Trabajando con las familias de personas con discapacidad. Extraído desde:
http://www.iin.oea.org/Cursos_a_distancia/Lectura13_disc..UT3.pdf
- Web y empresas, 2020, Tipos de investigación. Extraído desde:
<https://www.webyempresas.com/tipos-de-investigacion/>

ANEXOS

Índice

- Hoja de asistencia (Beneficiarios directos e indirectos).
- Hoja de anotación de datos generales (Beneficiarios directos e indirectos).
- Hoja de evolución (Beneficiarios directos e indirectos).
- Hojas de evaluaciones (Beneficiarios directos e indirectos).
 - o Evaluación de fuerza muscular y amplitud articular, miembros superiores.
 - o Evaluación de fuerza muscular y amplitud articular, miembros inferiores.
 - o Evaluación de Neurodesarrollo.
 - o Medición de miembros inferiores.
 - o Evaluación de paciente hemipléjico.
 - o Evaluación de Dermatomas.
 - o Evaluación de Miotomas, miembro superior.
 - o Evaluación de Miotomas, miembro inferior.
- Hoja de asistencia de hidroterapia.
- Hoja de visita domiciliar y monitoreo de aparato ortésico.
- Instrumento de recolección de datos: Encuesta realizada a los padres de familia.
- Fotografías de la inauguración de la clínica de Rabinal, BV.
- Fotografías de las reuniones de padres de familia.
 - o Primer reunión de padres de familia, conferencia: “Cuidados Básicos en el Hogar”
 - o Segunda reunión de padres de familia, taller: “Importancia de la movilización en niños con discapacidad física”
- Fotografías de las actividades de Hidroterapia.
- Fotografías de atención en la clínica de fisioterapia de Rabinal, BV.
- Fotografías de jornada de medición y entrega de Aparatos Ortésicos.



DATOS GENERALES DEL PACIENTE



Nombre: _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____

Sexo: _____ Diagnóstico: _____

Dirección: _____

Días que asistirá a terapia: _____

Historia Clínica: _____

Evaluación fisioterapéutica inicial: _____

Ft.: _____

DATOS GENERALES

| | | | | |
|---------------|--|--|--|--|
| LUGAR Y FECHA | | | | |
|---------------|--|--|--|--|

DATOS PERSONALES

| | | |
|-------------------------------|-------|--|
| Nombre completo del paciente: | Edad: | |
|-------------------------------|-------|--|

| | | |
|--|-------|--|
| | Sexo: | |
|--|-------|--|

| |
|------------------------------|
| Lugar y fecha de nacimiento: |
|------------------------------|

| |
|--|
| |
|--|

| | | | |
|-----------|---------------|--------------|--------------|
| Religión: | Estado Civil: | No. de hijos | Tel. celular |
|-----------|---------------|--------------|--------------|

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

| |
|------------|
| Dirección: |
|------------|

| |
|--|
| |
|--|

| | |
|------------------|---------------------|
| Grado académico: | Profesión u oficio: |
|------------------|---------------------|

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

| | |
|-------------------|--------------|
| Lugar de trabajo: | Tel. trabajo |
|-------------------|--------------|

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

| |
|---------------------|
| Diagnóstico actual: |
|---------------------|

| |
|--|
| |
|--|

| |
|----------------------------|
| Historia de la enfermedad: |
|----------------------------|

| |
|--|
| |
|--|

| |
|--|
| |
|--|

| |
|--|
| |
|--|

| |
|--|
| |
|--|

| |
|--|
| |
|--|

| |
|--|
| |
|--|

| |
|--|
| |
|--|

| |
|--|
| |
|--|

| | |
|------------------|----------|
| Doctor referente | Teléfono |
|------------------|----------|

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

ANTECEDENTES

| | |
|--------------|--|
| Quirúrgicos: | |
|--------------|--|

| | |
|--------------|--|
| Traumáticos: | |
|--------------|--|

| | |
|------------|--|
| Alérgicos: | |
|------------|--|

| |
|--|
| |
|--|

| | |
|---------------|--|
| Medicamentos: | |
|---------------|--|

| |
|--|
| |
|--|

| | |
|----------------|--|
| Observaciones: | |
|----------------|--|

EVALUACION FISIOTERAPEUTICA

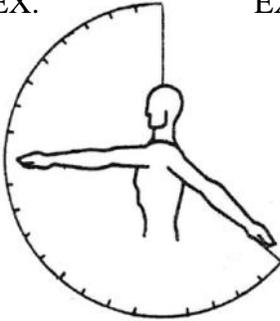
A.A Y F.m. -Miembro Superior-

Nombre: _____

Diagnóstico: _____ Fecha de evaluación: _____

IZQUIERDO

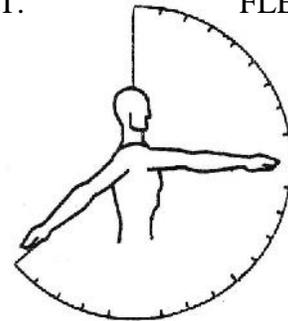
FLEX. EXT.



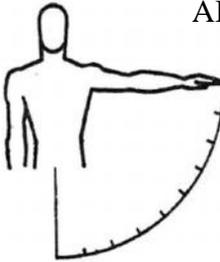
| HOMBROS | | | | | |
|--------------------|--------|---------|-----------|-----------|------|
| Amplitud Articular | | Flexión | Elevación | Extensión | |
| | | 0-90 | 90-180 | | 0-50 |
| Izquierdo | | | Derecho | | |
| Flex. | Eleva. | Ext. | Flex. | Eleva. | Ext. |
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| Fuerza muscular | | | | | |
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |

DERECHO

EXT. FLEX.

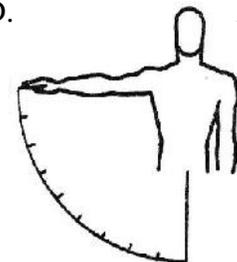


ADD. ABD.



| Amplitud Articular | | Abducción | Adducción | | |
|--------------------|-----|-----------|-----------|-----|--|
| | | 0-90 | 90-0 | | |
| Izquierdo | | | Derecho | | |
| Abd | Add | | Abd | Add | |
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| Fuerza muscular | | | | | |
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |

ABD. ADD.

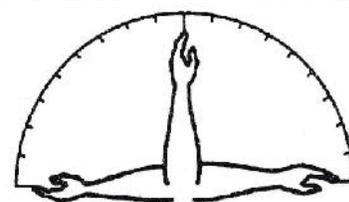


ROT. INT. ROT. EXT.

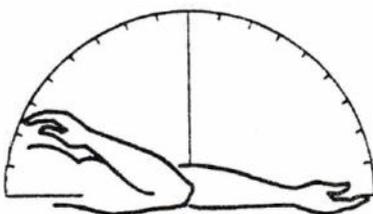


| Amplitud Articular | | Codo flexionado a 90 grados | | | |
|--------------------|----------|-----------------------------|------------------|----------|--|
| | | Rotación Externa | Rotación Interna | | |
| | | 0-90 | 0-90 | | |
| Izquierdo | | | Derecho | | |
| Rot. In | Rot. Ext | | Rot. In | Rot. Ext | |
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| Fuerza muscular | | | | | |
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |

ROT. EXT. ROT. INT.

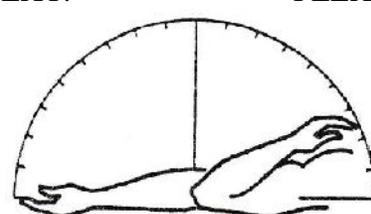


FLEX. EXT.



| Amplitud Articular | | Flexión | Extensión | | |
|--------------------|------|---------|-----------|------|--|
| | | 0-150 | 150-0 | | |
| Izquierdo | | | Derecho | | |
| Flex. | Ext. | | Flex. | Ext. | |
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| Fuerza muscular | | | | | |
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |

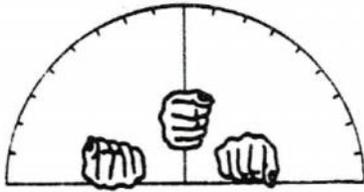
EXT. FLEX.



IZQUIERDO

SUP.

PRON.

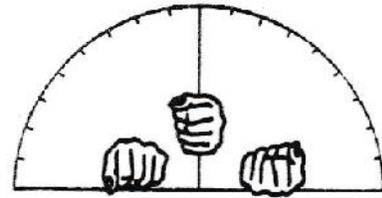


| RADIO - CUBITAL | | | |
|-----------------|------------|---------|------|
| Amplitud | Pronación | 0-90 | |
| Articular | Supinación | 0-90 | |
| Izquierdo | | Derecho | |
| Pron. | Sup. | Pron. | Sup. |
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| Fuerza muscular | | | |
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |

DERECHO

PRON.

SUP.



FL. DORS.

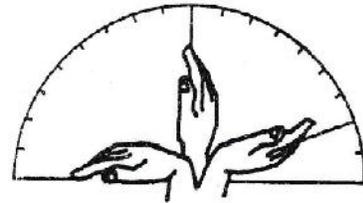
FL. PALM.



| MUÑECA | | | |
|-----------------|----------------|---------|-------|
| Amplitud | Flexión dorsal | 0-70 | |
| Articular | Flexión palmar | 0-90 | |
| Izquierdo | | Derecho | |
| Dors. | Palm. | Dors. | Palm. |
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| Fuerza muscular | | | |
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |

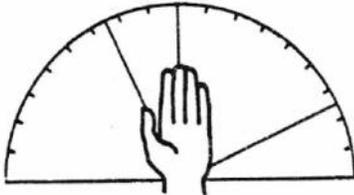
FL. PALM.

FL. DORS.



ABD.

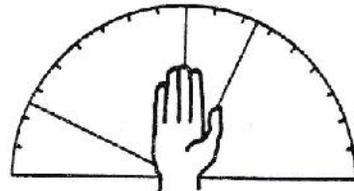
ADD.



| Amplitud | Abducción | 0-25 | |
|-----------------|-----------|---------|------|
| Articular | Aducción | 0-60 | |
| Izquierdo | | Derecho | |
| Abd. | Add. | Abd. | Add. |
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| Fuerza muscular | | | |
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |

ADD.

ABD.



Evaluación: 1ra. Ft.: _____ Fecha: _____

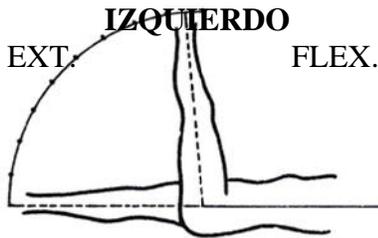
2da. Ft.: _____ Fecha: _____

3ra.: Ft.: _____ Fecha: _____

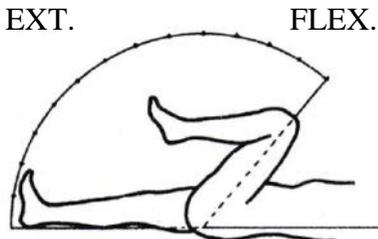
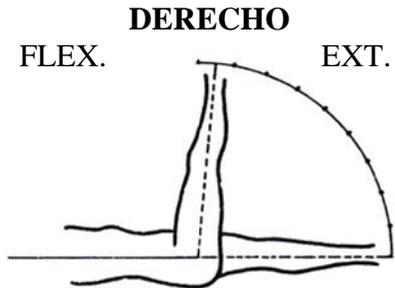
EVALUACION FISIOTERAPEUTICA A.A Y F.m. -Miembro Inferior-

Nombre: _____

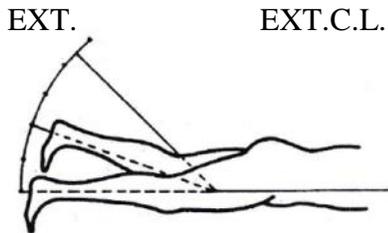
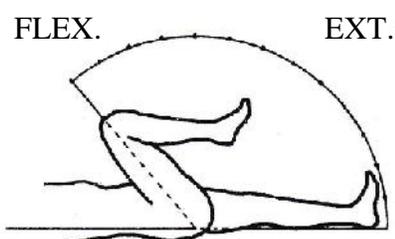
Diagnóstico: _____ Fecha de evaluación: _____



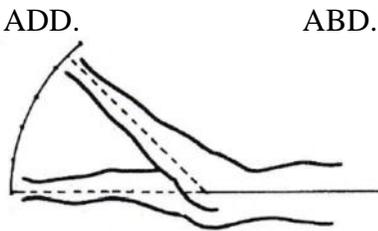
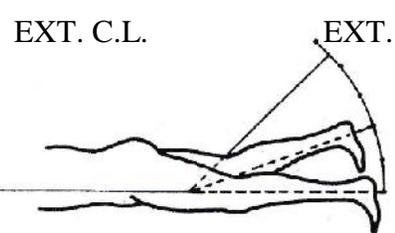
| CADERAS | | | |
|--------------------|-------------------------|---------|------|
| Amplitud Articular | Flexión (rodilla recta) | 0-85 | |
| | Extensión | 85-0 | |
| Izquierdo | | Derecho | |
| Flex. | Ext. | Flex. | Ext. |
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| Fuerza muscular | | | |
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |



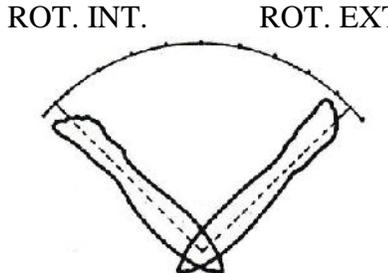
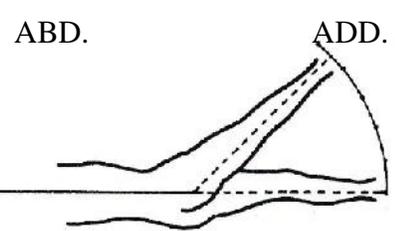
| Amplitud Articular | Flexión (rodilla flex) | 0-130 | |
|--------------------|------------------------|---------|------|
| | Extensión | 130-0 | |
| Izquierdo | | Derecho | |
| Flex. | Ext. | Flex. | Ext. |
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| Fuerza muscular | | | |
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |



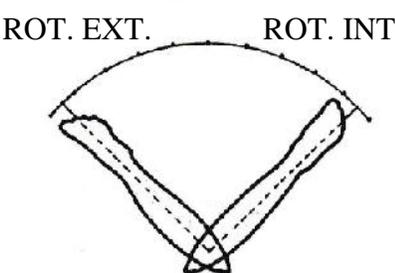
| Amplitud Articular | Extensión | 0-20 | |
|--------------------|---------------------------|---------|--------|
| | Extensión (y Col. Lumbar) | 0-45 | |
| Izquierdo | | Derecho | |
| Ext. | E.C.L. | Ext. | E.C.L. |
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| Fuerza muscular | | | |
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |



| Amplitud Articular | Abducción | 0-45 | |
|--------------------|-----------|---------|------|
| | Adducción | 45-0 | |
| Izquierdo | | Derecho | |
| Abd. | Add. | Abd. | Add. |
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| Fuerza muscular | | | |
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |

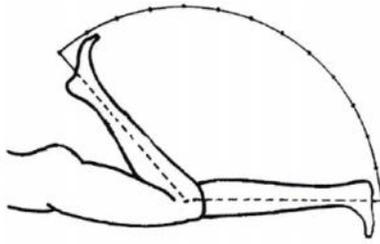


| Amplitud Articular | Rot. Externa | 0-45 | |
|--------------------|--------------|----------|----------|
| | Rot. Interna | 0-45 | |
| Izquierdo | | Derecho | |
| Rot. Ext | Rot. Int | Rot. Ext | Rot. Int |
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| Fuerza muscular | | | |
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |



FLEX.

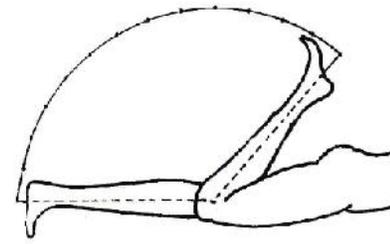
EXT.



| RODILLA | | | |
|-----------------|-----------|-----------|------|
| Amplitud | Flexión | 0-120-130 | |
| Articular | Extensión | 130-120-0 | |
| Izquierdo | | Derecho | |
| Flex. | Ext. | Flex. | Ext. |
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| Fuerza muscular | | | |
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |

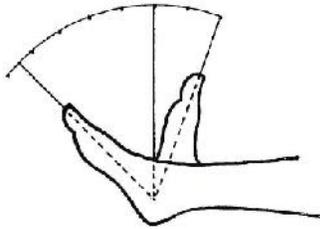
EXT.

FLEX.



EXT.

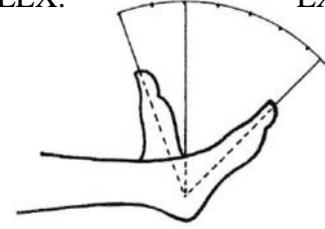
FLEX.



| TOBILLO | | | |
|-----------------|-----------|---------|------|
| Amplitud | Flexión | 0-20 | |
| Articular | Extensión | 0-45 | |
| Izquierdo | | Derecho | |
| Flex. | Ext. | Flex. | Ext. |
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| Fuerza muscular | | | |
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |

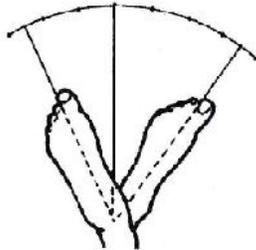
FLEX.

EXT.



EVER.

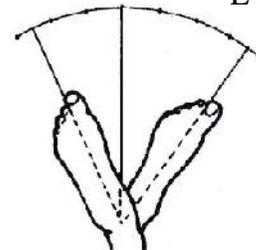
INV.



| Amplitud | Inversion | 0-25 | |
|-----------------|-----------|---------|-------|
| Articular | Eversion | 0-45 | |
| Izquierdo | | Derecho | |
| Inver. | Ever. | Inver. | Ever. |
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| Fuerza muscular | | | |
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |

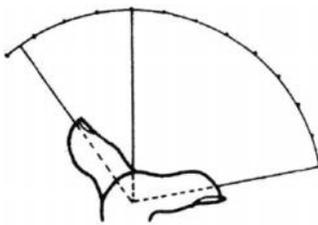
INV.

EVER.



FLEX.

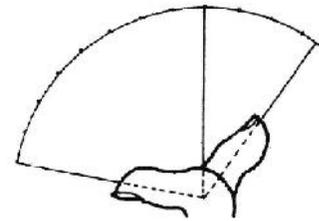
EXT.



| ARTEJOS | | | |
|-----------------------|-----------|---------|------|
| ARTICULACION PROXIMAL | | | |
| Amplitud | Flexión | 0-25 | |
| Articular | Extensión | 0-80 | |
| Izquierdo | | Derecho | |
| Flex. | Ext. | Flex. | Ext. |
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| Fuerza muscular | | | |
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |

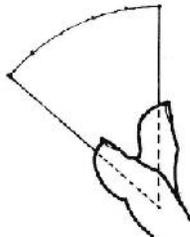
EXT.

FLEX.



FLEX.

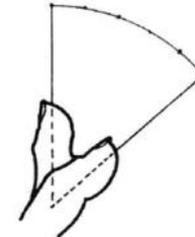
EXT.



| ARTICULACION MEDIA Y DISTAL | | | |
|-----------------------------|-----------|---------|------|
| Amplitud | Flexión | 0-50 | |
| Articular | Extensión | 50-0 | |
| Izquierdo | | Derecho | |
| Flex. | Ext. | Flex. | Ext. |
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| Fuerza muscular | | | |
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |

EXT.

FLEX.



Evaluación: 1ra. Ft.: _____ Fecha: _____

2da. Ft.: _____ Fecha: _____

3ra. Ft.: _____ Fecha: _____

EVALUACION FISIOTERAPEUTICA NEURODESARROLLO

DATOS GENERALES DEL PACIENTE:

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Diagnóstico: _____

Dirección: _____ No. de expediente: _____

Fecha de evaluación: _____ Días que asiste a terapia: _____

| | |
|-------------------------|------------------------|
| DECUBITO SUPINO: | DECUBITO PRONO: |
| | |
| SEDESTACIÓN: | GATEO: |
| | |
| HINCADO: | BIPEDESTACIÓN: |
| | |

ESTIMULOS

Auditivos: _____

Visuales: _____

Táctiles: _____

Amplitudes Articulares: MIEMBROS SUPERIORES: _____

MIEMBROS INFERIORES: _____

REACCIONES

Enderezamiento: _____

Equilibrio: _____

Protección: _____

IMPRESIÓN GENERAL

| | |
|-----------------------|-----------------------------------|
| Relación madre e hijo | Tono básico y patrones de postura |
| | |
| Habilidades | Incapacidades |
| | |
| Problemas principales | Metas del tratamiento |
| | |

Observaciones: _____

Ft.: _____

EVALUACION FISIOTERAPEUTICA

Medición de miembros inferiores

Nombre: _____

Diagnóstico: _____ Fecha de evaluación: _____

| M.I. IZQUIERDO | | MEDIDA | M.I. DERECHO | | |
|---------------------------------|-----------|--|---------------------------------|-----------|--|
| | | Ombliigo a espina iliaca anterosuperior | | | |
| | | Ombliigo a maléolo interno | | | |
| | | Espina iliaca anterosuperior a maléolo interno | | | |
| Volumen muscular | | | | | |
| Muslo | | | Pierna | | |
| Del borde superior de la rotula | Izquierda | | Del borde inferior de la rotula | Izquierda | |
| | a: _____ | | | a: _____ | |
| | Derecha | | | Derecha | |
| | a: _____ | | | a: _____ | |

| M.I. IZQUIERDO | | MEDIDA | M.I. DERECHO | | |
|---------------------------------|-----------|--|---------------------------------|-----------|--|
| | | Ombliigo a espina iliaca anterosuperior | | | |
| | | Ombliigo a maléolo interno | | | |
| | | Espina iliaca anterosuperior a maléolo interno | | | |
| Volumen muscular | | | | | |
| Muslo | | | Pierna | | |
| Del borde superior de la rotula | Izquierda | | Del borde inferior de la rotula | Izquierda | |
| | a: _____ | | | a: _____ | |
| | Derecha | | | Derecha | |
| | a: _____ | | | a: _____ | |

Fecha segunda evaluación: _____

EVALUACION FISIOTERAPEUTICA DEL PACIENTE HEMIPLEJICO

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Diagnóstico: _____

Dirección: _____

POSICION SUPINA

CUELLO Y CARA

NORMAL

AFECTO

| | | |
|---------|--|--|
| Bueno | | |
| Regular | | |
| Malo | | |

MIEMBROS SUPERIORES

NORMAL

AFECTO

| | | |
|---------|--|--|
| Bueno | | |
| Regular | | |
| Malo | | |

MIEMBROS INFERIORES

NORMAL

AFECTO

| | | |
|---------|--|--|
| Bueno | | |
| Regular | | |
| Malo | | |

TRONCO

NORMAL

AFECTO

| | | |
|---------|--|--|
| Bueno | | |
| Regular | | |
| Malo | | |

POSICIÓN SENTADA

TRANSFERENCIA _____

POSTURA _____

EQUILIBRIO _____

POSICION DE PIE

TRANSFERENCIA _____

POSTURA _____

EQUILIBRIO _____

AMBULACION

Ayuda externa

Observaciones

Silla de ruedas

Andador

Bastón

Aparato ortopédico

COORDINACION

MIEMBROS SUPERIORES _____

MIEMBROS INFERIORES _____

AMBULACION _____

ESTEROGNOSIS: _____

LENGUAJE Y TRAGADO _____

SENSIBILIDAD SUPERFICIAL O TACTIL

| | MIEMBRO SUPERIOR hemipléjico | MIEMBRO INFERIOR hemipléjico |
|--------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| Normal en relación al lado no afecto | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aumentado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Disminuido | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Abolido | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

SENSIBILIDAD PROFUNDA O PROPICEPTIVA

SENTIDO DE POSICIÓN _____

APRECIACION DE MOVIMIENTO _____

ESTADO GENERAL DEL PACIENTE

| | | | |
|-------------|--------------------------|-----------|--------------------------|
| Cooperador | <input type="checkbox"/> | Agresivo | <input type="checkbox"/> |
| Indiferente | <input type="checkbox"/> | Eufórico | <input type="checkbox"/> |
| Depresivo | <input type="checkbox"/> | Inestable | <input type="checkbox"/> |
| Negativo | <input type="checkbox"/> | Otro: | <input type="checkbox"/> |

ESTADO DE SALUD

| | |
|-------------------------|--------------------------|
| Hipertenso | <input type="checkbox"/> |
| Insuficiencia Cardíaca | <input type="checkbox"/> |
| Problemas respiratorios | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> |
| Mareos | <input type="checkbox"/> |
| Débil | <input type="checkbox"/> |

Observaciones

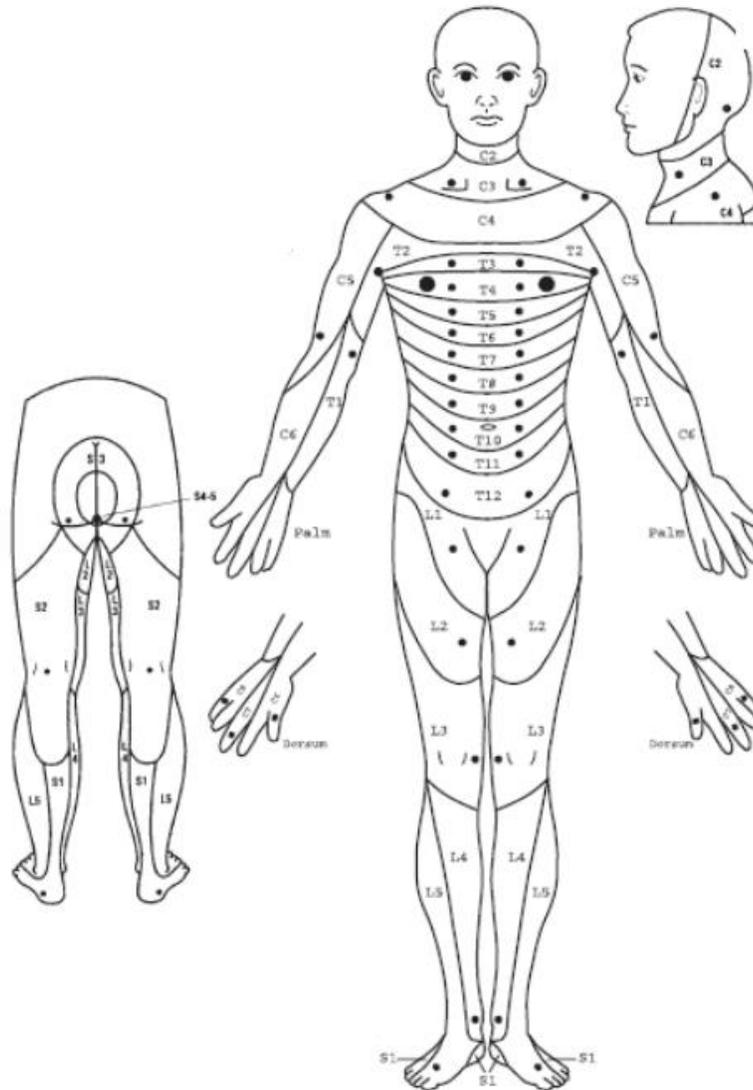
Fecha del examen: _____ Ft.: _____

EVALUACION FISIOTERAPEUTICA

Diagrama de la distribución de las Raíces Raquídeas Sensitivas -Dermatomas-

Nombre: _____

Diagnóstico: _____ Fecha de evaluación: _____



Observaciones: _____

Evaluación: 1ra. Ft.: _____ Fecha: _____

2da. Ft.: _____ Fecha: _____

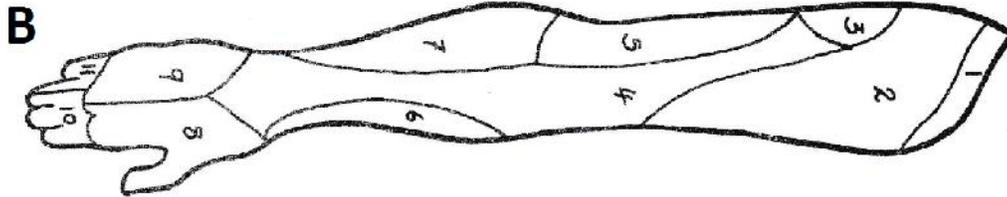
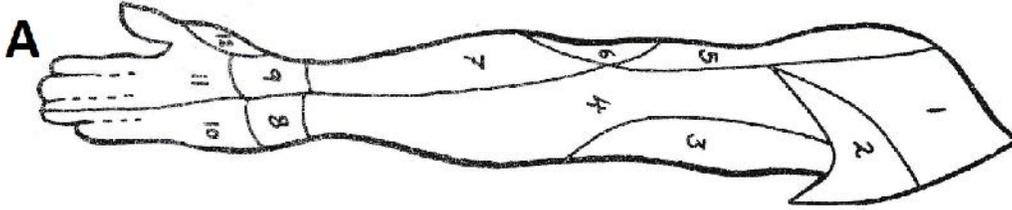
NOTA: Píntese en azul las zonas normales y en rojo las que presentan trastornos de la sensibilidad.

EVALUACION FISIOTERAPEUTICA

Sensibilidad -Miotomas MS-

Nombre: _____

Diagnóstico: _____ Fecha de evaluación: _____



- | A | B |
|-----------------------------------|---------------------------------|
| 1 Plexo cervical superficial | 1 Plexo cervical superficial |
| 2 intercostales | 2 Circunflejo |
| 3 Cutáneo interno | 3 Intercostales |
| 4 Braquial cutáneo interno | 4 Radial |
| 5 Circunflejo | 5 Accesorio del braquial |
| 6 Radial (R. cutánea) | 6 Músculo cutáneo |
| 7 Músculo cutáneo | 7 Braquial cutáneo interno |
| 8 Cubital (R. palmar cutáneo) | 8 Radial (R. anterior) |
| 9 Mediano (R. palmar cutáneo) | 9 Cubital (R. dorsales) |
| 10 Cubital (R. dorsales) | 10 Mediano (digitales dorsales) |
| 11 Mediano (colaterales palmares) | 11 Cubital (R. dorsales) |
| 12 Radial (R. terminales) | |

Observaciones: _____

Evaluación: 1ra. Ft.: _____ Fecha: _____

2da. Ft.: _____ Fecha: _____

3ra.: Ft.: _____ Fecha: _____

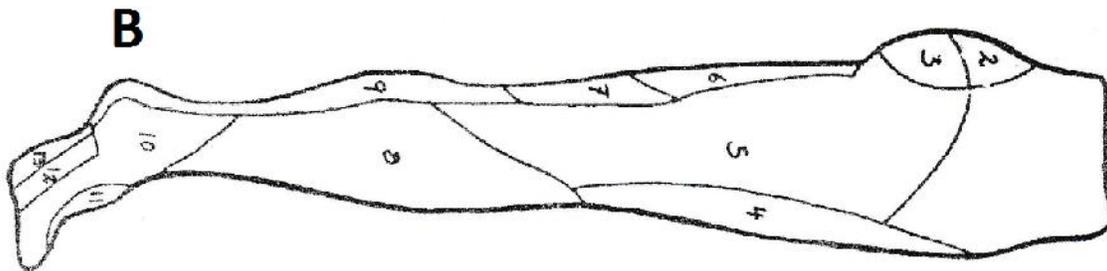
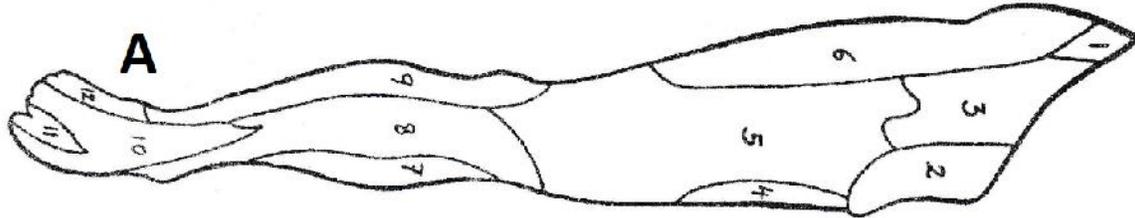
NOTA: Píntese en azul las zonas normales y en rojo las que presentan trastornos de la sensibilidad.

EVALUACION FISIOTERAPEUTICA

Sensibilidad -Miotomas MI-

Nombre: _____

Diagnóstico: _____ Fecha de evaluación: _____



| A | B |
|-------------------------------|-----------------------------|
| 1 Abdominogenital mayor | 1 Nervios lumbares |
| 2 Abdominogenitales | 2 Sacrococcigeos |
| 3 Génitocrural | 3 Ciático menor |
| 4 Obturador | 4 Femorocutáneo |
| 5 Crural | 5 Ciático menor |
| 6 Femorocutáneo | 6 Obturador |
| 7 Safeno interno (ramas post) | 7 Obturador (ramas Cutaneo) |
| 8 Safeno interno (ramas ant) | 8 Cutáneo peroneo |
| 9 Cutáneo peroneo | 9 Safeno interno |
| 10 Musculocutaneo | 10 Safeno externo |
| 11 Tibial anterior | 11 Musculocutáneo |
| 12 Safeno externo | 12 Plantar externo |
| | 13 Plantar interno |

Observaciones: _____

Evaluación: 1ra. Ft.: _____ Fecha: _____

2da. Ft.: _____ Fecha: _____

3ra. Ft.: _____ Fecha: _____

NOTA: Píntese en azul las zonas normales y en rojo las que presentan trastornos de la sensibilidad.



Formato de Hidroterapia



| Actividad | Objetivos | Logros |
|-----------|-----------|--------|
| | | |

Fecha: _____

f. _____

Encargado (a) de beneficiario

f. _____

Ft. Eleazar David García Fortín



VISITA DOMICILIARIA Y/O MONITOREO APARATO ORTESICO



Visita domiciliaria Monitoreo AO
No. _____

Diseño para: Hogar Escuela Laboral
FUNCIÓN: _____ No. de piezas: _____
Tipo de material del AO: _____

Paciente: _____ Edad: _____
Encargado (a): _____ Parentesco: _____
Dirección: _____ Diagnóstico: _____
Fecha de visita: _____ Hora: _____

| Actividad | Logros y dificultades | Recomendaciones/observaciones |
|-----------|-----------------------|-------------------------------|
| | | |

f. _____
Encargado (a) de beneficiario

f. _____
Fisioterapeuta. Eleazar García

Fotografías de la inauguración de la clínica de Rabinal, BV.



(Fotografías tomadas para AIDEPCE, durante la inauguración de clínica de fisioterapia en Rabinal, BV).



(Fotografías tomadas para AIDEPCE, durante la inauguración de clínica de fisioterapia en Rabinal, BV).



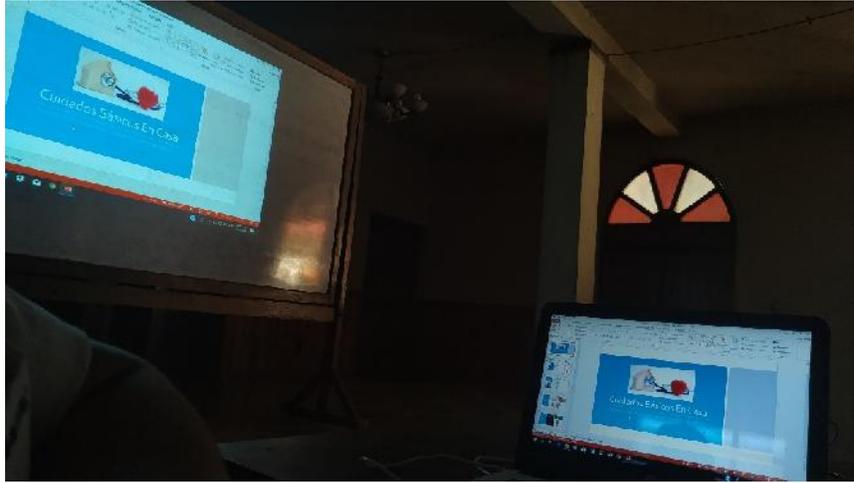
(Fotografías tomadas para AIDEPCE, durante la inauguración de clínica de fisioterapia en Rabinal, BV).



(Fotografías tomadas para AIDEPCE, durante la inauguración de clínica de fisioterapia en Rabinal, BV).

Fotografías de las reuniones de padres de familia.

- Primera reunión de padres de familia, conferencia: “Cuidados Básicos en el Hogar”



(Fotografías tomadas para AIDEPCE, durante la primera reunión de padres de familia con consentimiento de los participantes).



(Fotografías tomadas para AIDEPCE, durante la primera reunión de padres de familia con consentimiento de los participantes).

- Segunda reunión de padres de familia, taller: “Importancia de la movilización en niños con discapacidad física”



(Fotografías tomadas para AIDEPCE, durante la segunda reunión de padres de familia con consentimiento de los participantes).



(Fotografías tomadas para AIDEPCE, durante la segunda reunión de padres de familia con consentimiento de los participantes).

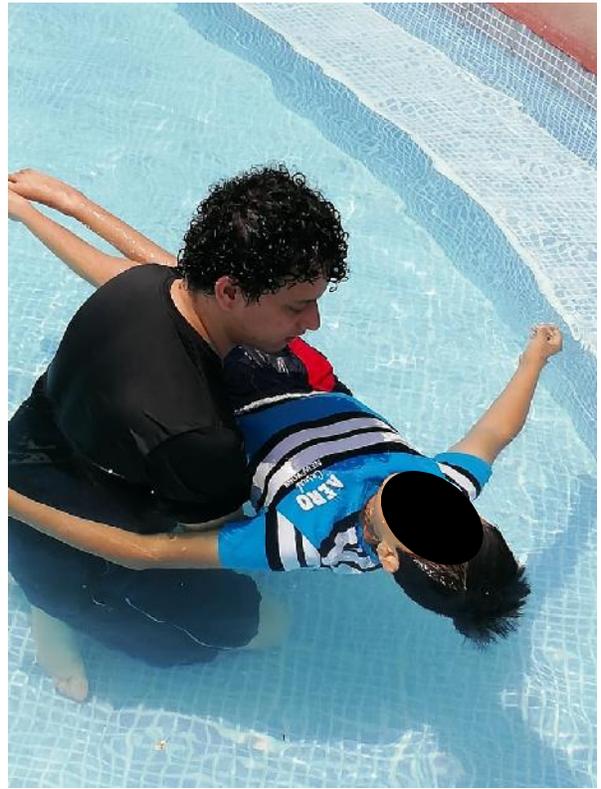


(Fotografías tomadas para AIDEPCE, durante la segunda reunión de padres de familia con consentimiento de los participantes).



(Fotografías tomadas para AIDEPCE, durante la segunda reunión de padres de familia con consentimiento de los participantes).

Fotografías de las actividades de Hidroterapia.



(Fotografías tomadas para AIDEPCE, para documentar el trabajo realizado en hidroterapia).

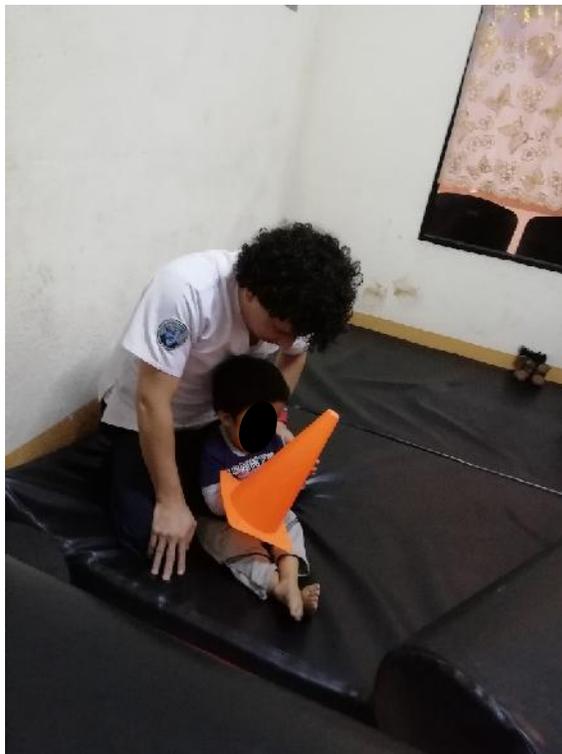
Fotografías de atención en la clínica de fisioterapia de Rabinal, BV.



(Fotografías tomadas para AIDEPCE, para documentar el trabajo realizado durante las sesiones de fisioterapia).



(Fotografías tomadas para AIDEPCE, para documentar el trabajo realizado durante las sesiones de fisioterapia).



(Fotografías tomadas para AIDEPCE, para documentar el trabajo realizado durante las sesiones de fisioterapia).

Fotografías de jornada de medición y entrega de Aparatos Ortesicos.



(Fotografías tomadas para AIDEPCE, para documentar el trabajo realizado en medición y entrega de aparato ortésico).