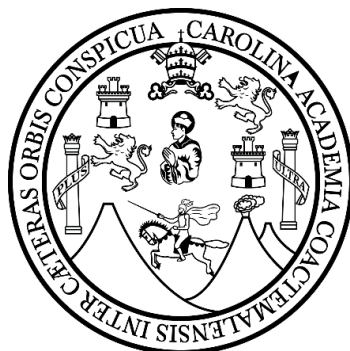


**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
ESCUELA DE TERAPIA FÍSICA, OCUPACIONAL Y ESPECIAL
“DR. MIGUEL ÁNGEL AGUILERA PÉREZ”
AVALADA POR LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**



Informe Final del Ejercicio Técnico Profesional Supervisado Realizado en la Asociación de Padres y Amigos de Personas con Discapacidad de Santiago Atitlán “Adisa”, Sololá, del 14 de junio al 14 de septiembre 2021

“Importancia de la rehabilitación en personas con Evento Cerebrovascular y el rol del cuidador en programas terapéuticos desde casa”

Informe Presentado por

Ana Yessenia Pérez Barahona

Previo a Obtener el Título de

“Técnico de Fisioterapia”

Guatemala, Julio 2022

Of. Ref. DETFOE No. 257/2022
Guatemala, 19 de julio de 2022

Bachiller
Ana Yessenia Pérez Barahona
Estudiante
Escuela de Terapia Física, Ocupacional y Especial
“Dr. Miguel Ángel Aguilera Pérez”

Señorita Pérez Barahona:

Por este medio me permito comunicarle que esta Dirección aprueba la impresión del Informe Final del Ejercicio Técnico Profesional Supervisado realizado en la Asociación de Padres y Amigos de Personas con Discapacidad de Santiago Atitlán “ADISA”, Sololá, del 14 de junio al 14 de septiembre 2021.

“Importancia de la rehabilitación en personas con Evento Cerebrovascular y el rol del cuidador en programas terapéuticos desde casa”

Trabajo realizado por la estudiante **Ana Yessenia Pérez Barahona**, Registro Académico No. **201800150**, previo a obtener el título Técnico de Fisioterapia.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”



Licda. Bertha Melanie Girard Luna de Ramírez
Directora



cc. Archivo

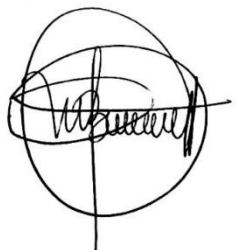
ETPS/10-2022

Guatemala, 20 de junio de 2022

Maestra
Bertha Melanie Girard Luna de Ramírez
Directora
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
Estimada Maestra Girard:

Reciba un saludo cordial. Por este medio hago de su conocimiento que emito la carta de aprobación de revisión de informe final para continuar los trámites correspondientes, del trabajo de graduación de la estudiante **Ana Yessenia Pérez Barahona**, con carné no. 201800150, previo a optar al grado de Técnico en Fisioterapia. Dicho trabajo de graduación lleva por título: **“Importancia de la rehabilitación en personas con Evento Cerebrovascular y el rol del cuidador en programas terapéuticos desde casa”**.

Atentamente,



M.A. Macjorie Beatriz Avila García
Colegiado No. 3154

Guatemala, 18 de diciembre de 2021

Maestra
Bertha Melanie Girard Luna de Ramirez
Directora
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
Presente

Estimada Maestra Girard:

Reciba por este medio un atento saludo, el motivo de la presente es para hacer de su conocimiento que he revisado y aprobado el informe de la señorita ANA YESSENIA PÉREZ BARAHONA con lo que respecta al área de Fisioterapia el cual se titula "IMPORTANCIA DE LA REHABILITACIÓN EN PERSONAS CON EVENTO CEREBROVASCULAR Y EL ROL DEL CUIDADOR EN PROGRAMAS TERAPÉUTICOS DESDE CASA" para que se pueda continuar con los trámites respectivos.

De antemano agradezco mucho su atención.

Atentamente



Lcda. Ligia del Rosario Roma Baquix
Fisioterapeuta

Of. Ref. ETPS No. 082 /2021
Guatemala, 29 de noviembre 2021

Licenciada

Ligia Roma

Revisora de Informe ETPS

Escuela de Terapia Física, Ocup. Y Esp.

"Dr. Miguel Ángel Aguilera Pérez"

Su Despacho

Respetable Licenciada:

Por este medio informo a usted que he revisado y aprobado el trabajo de investigación en fase de PROYECTO titulado "IMPORTANCIA DE LA REHABILITACIÓN EN PERSONAS CON EVENTO CEREBROVASCULAR Y EL ROL DE CUIDADOR EN PROGRAMAS TERAPÉUTICOS DESDE CASA", realizado en ADISA SANTIAGO durante el período del 14 de Junio al 14 de Septiembre 2021 en el municipio de Santiago Atitlán del departamento de Sololá correspondiente a la carrera Técnico de Fisioterapia, presentado por,

1. ANA YESSENIA PÉREZ BARAHONA CARNE 201800150

Mucho le agradeceré continuar con los trámites respectivos.

Atentamente:



Ft. Ana María Márquez
Supervisora Programa ETPS





ASOCIACION DE PADRES Y AMIGOS DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD
DE SANTIAGO ATITLÁN, SOLOLÁ. GUATEMALA. C. A. -ADISA-
E-MAIL: Adisasantiago16@yahoo.com
TEL: 77217919

La dirección de la Asociación de Padres y Amigos de Personas con Discapacidad de Santiago Atitlán, ADISA. Por este medio hace CONSTAR que: **Ana Yessenia Pérez Barahona** quien se identifica con número de identificación personal, 1644 73998 0613. Realizó su servicio técnico profesional supervisado como fisioterapeuta del 14 de junio al 14 de septiembre del año 2021, brindando atención en clínica, atención en puestos de salud, realizando adaptaciones en casa y enseñándoles a los padres como mejorar la calidad de vida de sus hijos, desarrollando actividades en grupo como talleres con padres de familia y participantes, demostrando responsabilidad, empatía, iniciativa, orden y puntualidad.

Y para los efectos legales que al interesado convenga, se extiende la presente en una hoja de papel bond membretada, a los 26 días del mes de abril de dos mil veintidós.

Andrea Sojuel

Coordinadora Salud, ADISA



Asociación de Padres y
Amigos de Personas con
Discapacidad
Santiago Atitlán

"Por un mundo igual para todos y todas"

AGRADECIMIENTOS

A Dios

Por llevarme de su mano guiándome con amor en cada paso, por bendecirme en cada momento de mi vida, darme la inteligencia, la paciencia y la perseverancia para alcanzar una meta más.

A mis Padres

Juan Pérez y Clara Luz Barahona, por criarme e instruirme con amor y paciencia, por su apoyo y creer siempre en mí.

A mis Hijos

Keily Hernández, Eris Manzo e Ian Manzo, por ser mi fuente de inspiración y la motivación de dar lo mejor de mí día con día, por el amor incondicional, comprensión y paciencia que me brindan.

Al Padre de mis Hijos

Mario Estrada, por motivarme a seguir adelante, por brindarme siempre una mano amiga, por sostenerme en los momentos difíciles, por la nobleza de su corazón, gracias sin su apoyo incondicional esto no sería posible.

A Luis Linares

Por la alegría de su corazón, por cada palabra de ánimo y el empuje que me dio siempre que lo necesite, gracias por creer en mí.

A mi Amiga

Yulisa Polanco, por el apoyo inmenso que siempre me brinda, por creer siempre en mí, por las palabras de aliento que me da cada vez que lo necesito, la amistad y el cariño que me motiva a seguir adelante.

A la Escuela de Terapia Física, Ocupacional y Especial “Dr. Miguel Ángel Aguilera Pérez”

Por ser la escuela que me dio la formación profesional con tanta dedicación.

A los Catedráticos

Por compartir conmigo sus conocimientos y darme la motivación necesaria para seguir adelante.

**A la Asociación de Padres y Amigos de Personas con Discapacidad de Santiago Atitlán
-ADISA-**

Por abrirme las puertas para realizar mi ETPS, por brindarme apoyo en todo el proceso y permitirme conocer el trabajo comunitario y llegar a las personas más necesitadas del municipio.

Tabla de Contenido

Introducción

Capítulo I.....	12
Programa de atención.....	12
Diagnóstico poblacional.....	12
Diagnóstico Institucional	21
Diez primeros diagnósticos consultantes	28
Objetivos del programa de atención.....	29
Metodología del orden en la atención en el centro	29
Documentación para la atención de fisioterapia en el centro.....	30
Presentación de estadísticas y resultados.....	31
Capítulo II	35
Programa de investigación	35
Justificación	35
Objetivo general	36
Objetivos específicos	36
Marco teórico	37
El apoyo de la familia tras una lesión cerebral.....	46
La importancia de visibilizar las lesiones cerebrales.....	47
El cuidador.....	48
Fisioterapia	49
Tratamiento fisioterapéutico donde se incluye a la familia	54
Población de muestra	56
Tipo de investigación.....	56
Técnicas de investigación	56
Boletas de investigación y evaluaciones.....	56
Presentación de caso	58
Evaluaciones y procedimientos.....	59
Presentación de resultados	59
Análisis del caso	61

Capítulo III	62
Programa de educación, inclusión o prevención.....	62
Objetivos del programa.....	62
Metodología	63
Capítulo IV	64
Análisis e interpretación de resultados.....	64
Conclusiones	65
Recomendaciones	66
Referencias	67
Anexos	71

INTRODUCCIÓN

En el siguiente informe se encuentra la compilación de datos obtenidos durante el Ejercicio Técnico Profesional Supervisado, realizado en la Asociación de Padres y Amigos de Personas con Discapacidad de Santiago Atitlán “ADISA” en el departamento de Sololá. En un tiempo de tres meses, del 14 de junio al 14 de septiembre de 2,021.

Durante el período del ETPS se brindó atención fisioterapéutica en tres modalidades, siendo la primera, visitas a las casas de los usuarios, segunda atención en la clínica sede y tercera atención en centros de salud y una escuela de educación especial de la Aldea Cerro de Oro que presta un espacio a fisioterapia y psicología para los alumnos que necesiten estos servicios. Se atendió un total de treinta y dos personas entre adultos y niños, con diferentes diagnósticos, siendo los más predominantes la parálisis facial y el evento cerebrovascular.

La investigación se focalizó en el tratamiento para individuos que han sufrido un accidente cerebrovascular, en la importancia y el rol del cuidador en los tratamientos y cuidados en casa. Se tomó como muestra un adulto mayor del sexo masculino, al que se le brindó un tratamiento fisioterapéutico haciendo uso de diversos métodos y técnicas, a la familia se le impartió planes educacionales orales y demostrativos enfocados en los cuidados del usuario.

La educación y prevención se llevó a cabo con cada usuario atendido, dándole información acerca del diagnóstico que presentaba, los cuidados y el tratamiento a seguir en casa, los planes educacionales se impartieron de manera oral y demostrativa. Los resultados del trabajo realizado durante ETPS y las modalidades utilizadas en los tratamientos, se evidencian a través de tablas y gráficas

CAPÍTULO I

PROGRAMA DE ATENCIÓN

Diagnóstico Poblacional

Departamento de Sololá

Departamento de la República de Guatemala, situado en la región suroccidental del país. Tiene una extensión territorial de 1.061 km² y su población es de aproximadamente 361 184 personas. Cuenta con 19 municipios y su cabecera departamental es el municipio de Sololá.

Durante la época prehispánica, el territorio fue ocupado originalmente por los Tzutuhiles, posteriormente por los Kichés y Kakchiqueles quienes originalmente formaban un sólo pueblo para posteriormente dividirse. Durante el período colonial, el territorio estaba dividido por dos corregimientos, Tecpán Atitlán o Sololá y Atitlán, por el año 1730 se formó la Alcaldía Mayor de Sololá.

En 1825 la Asamblea Constituyente del Estado de Guatemala, dividió el territorio del país en siete departamentos, siendo uno de ellos Suchitepéquez-Sololá. Posteriormente en 1849 Suchitepéquez fue creado como un departamento aparte, luego en 1872 se creó el departamento del Quiché desmembrando para ello el territorio de Sololá y Totonicapán. Más recientemente, San Juan Bautista, Santa Bárbara y Patulul fueron anexados a Suchitepéquez.

En la colonia, Sololá fue la cabecera del Corregimiento de Tecpán Atitlán, posteriormente de la Alcaldía Mayor de Sololá. En 1825 se elevó el pueblo a la categoría de villa, luego en 1882 se suprimió el municipio de San Jorge y se anexó a Sololá como aldea, posteriormente en 1951 se le dio a Sololá la categoría de ciudad.

El departamento de Sololá de encuentra dividido por los siguientes departamentos:
 Sololá, Concepción, Nahualá, Panajachel, San Andrés Semetabaj, San Antonio Palopó, San José Chacayá, San Juan La Laguna, San Lucas Tolimán, San Marcos La Laguna, San Pablo La Laguna, San pedro La Laguna, Santa Catarina Ixtahuacán, Santa Catarina Palopó, Santa Clara La Laguna, Santa Cruz La Laguna, Santa Lucia Uatlán, Santa María Visitación y Santiago Atitlán.
 (Arana 1573)

Municipio Santiago Atitlán

Ubicación Geográfica.

El municipio de Santiago Atitlán, localizado a 170 kilómetros de la ciudad capital y 59 kilómetros del departamento de Sololá. Se encuentra ubicado en la región sur occidente del país, colinda al norte con el lago de Atitlán, al este con San Lucas Tolimán, al sur con Santa Bárbara Suchitepéquez y al oeste con Chicacao, Suchitepéquez y San Pedro la Laguna, Sololá. (Zeceña, 2008)

Historia.

Santiago Atitlán, está situado en un área entre las llanuras costeras y las regiones montañosas en la parte suroeste del país de Guatemala a una altura de 1560 metros sobre el nivel del mar a orillas del lago el cual tiene un diámetro de 24 kilómetros y la profundidad máxima se estima alrededor de 330 metros, cuyo nombre significa lugar entre mucha agua, su población es de origen Maya Tzútujil. Su fundación se remonta a la época antes de la colonia, Atitlán era la capital del señorío tz'utuhil, este se originó del tronco común de los Quiches y de acuerdo con los anales de los kaqchikeles, los tz'utuhiles fueron la primera de las siete tribus que llegaron a Tulam, la legendaria ciudad de donde prevenían los señores toltecas.

Al igual que la historia de los otros pueblos mayas de Guatemala, ha estado desde tiempos lejanos, fuertemente influida por diversas intervenciones militares que con el transcurrir del tiempo y de los acontecimientos, han marcado su evolución.

El distrito permaneció dentro de la jurisdicción territorial de Sololá. Fue hasta el 12 de agosto de 1872 en los años de la reforma liberal, que el mismo se elevó a la categoría de "pueblo". Es actualmente el núcleo de población maya-tz'utuhil más importante del país. Aproximadamente 40 mil personas habitan en el municipio.

La fiesta titular se celebra a finales del mes de julio en honor al patrón del pueblo, el apóstol Santiago el Mayor, siendo el día principal el 25, fecha en que la iglesia católica conmemora ha dicho apóstol. (Yol, 2008)

División Territorial de Santiago Atitlán.

Cantones Urbanos: Panul, Pachichaj, Xechivoy, Panaj, Chu'ul y Chuc Muk.

Cantones Rurales: Panabaj y Tzanchaj.

Aldeas: Cerro de Oro con sus cantones: La Cumbre, Paguacal, Tzanguacal, Patzilin, Abaj y Tzanchalí. San Antonio Chacayá.

Fincas: San Isidro Chacayá, El Carmen Metzabal, Monte Quina, Olas de Mocá, Monte de Oro, El Brote, El Rosario, La Armonía, Las Cascadas, La Providencia, El Recuerdo y Santa Amalía. – INE- (1994)

Población.

La Municipalidad de Santiago Atitlán (2017) indicó: La Población total de Santiago Atitlán es de 49,631 habitantes.

Santiago Atitlán tiene una densidad poblacional de 364 personas por kilómetro cuadrado. La tasa de crecimiento poblacional del municipio es de 2.90%.

La Distribución Urbana y Rural de Santiago Atitlán es mayoritariamente urbana, 70% vive en esta zona, mientras que el área rural representa el 30 % de su población.

Condiciones climatológicas.

En Santiago Atitlán se constituyen distintos períodos climáticos tales como: época seca, lluviosa, cálida, fría. La temperatura media de Santiago Atitlán oscila entre los 17 y 20 grados centígrados. La humedad relativa es de un 75% y la nubosidad es alta especialmente en los meses cercanos a la época lluviosa. El sistema de precipitación pluvial es variado (lluvia suave y lluvia intensa), los meses de precipitaciones más altas son junio y septiembre, mientras que disminuyen en julio y agosto. Se sitúa entre los 1000 a 2000 milímetros por año, en los meses de mayo a octubre.

Con un clima generalmente frío, posee una variedad de climas debido a su topografía, por lo que su suelo es naturalmente fértil, inmejorable para toda clase de cultivos. Se clasifica entre las áreas subtropicales y profundos de textura mediana y liviana del país, con una temperatura anual entre 18 a 24 grados, situación que varía por factores climáticos, deforestación y la contaminación ambiental. (Zeceña, 2008)

Etnia.

La población de este municipio es predominantemente indígena el 98% tiene ascendencia tz'utujil, y tan solo el 2% es ladina o de otras etnias de municipios circunvecinos.

Religión predominante.

Durante el conflicto armado, la libertad de expresión quedó en suspenso. Muchas de las ceremonias y actividades propias de la cosmovisión del pueblo de Santiago tuvieron que limitarse a la clandestinidad, pues tenían miedo de ser víctimas de represión por parte del Ejército. Por si fuera poco, surgió una nueva cruzada de conversión cristiana pero esta vez a cargo de las iglesias protestantes.

Maximón o San Simón, en castellano, es una deidad en Santiago. Representada en una efigie de madera, adornada con trapos, maíz, su cabeza es cubierta con una máscara también de madera. En Santiago, Maximón está bajo el resguardo de la Cofradía de la Santa Cruz y se mantiene activo durante todo el año al servicio de los pobladores y visitantes.

Actualmente hay muchas iglesias evangélicas. La más grande, “Palabra Miel”, fundada en los 80, fue una de las que introdujo la idea de que Maximón era el diablo. En Santiago Atitlán predomina las religiones católicas, evangélicas y protectores de la cosmovisión maya. (Toro, 2019)

Formas de Atención en Salud y Cómo es la Atención.

Los servicios estatales están a cargo del Centro de Salud, Tipo “B”, con sede en la cabecera municipal y se encuentra integrado de la siguiente manera: un médico, un enfermero graduado, cinco auxiliares de enfermería, un técnico en salud, un auxiliar en saneamiento ambiental, un conserje y un secretario y personal del programa de enfermedades transmitidas por vectores.

Se localizaron tres puestos de salud en el área rural, específicamente en el cantón Tzanchaj, el cual tiene capacidad de atención para 8,700 habitantes; en la aldea Cerro de Oro, se

estima que su capacidad de cobertura es de 5,008 11 habitantes y aldea San Antonio Chacayá que no funciona por falta de equipamiento, insumos y personal asignado. En total en el municipio prestan servicio médico cinco doctores particulares, dos enfermeras profesionales, siete enfermeras auxiliares, 30 comadronas dispersas en todo el municipio, 15 técnicos en salud y 33 promotores de salud rural. (Salazar, 2008)

Grupos Líderes Poblacionales.

El municipio cuenta con organizaciones que buscan el bienestar social de la población y entre las que se destacan 11 comités de vecinos, cinco comités pro-mejoramientos, uno de educación, uno seguridad, uno desarrollo, uno pro-salud, uno pro-ampliación energía eléctrica, uno pro-mejoramiento de las calles y uno pro-agua potable. Cuenta con 12 asociaciones de todo tipo y tres cooperativas. Todas las instituciones requieren del aporte de los vecinos, que puede ser en mano de obra o en materiales existentes en la comunidad. (Yol, 2008)

Otras Instituciones que brindan apoyo a la Salud.

Organizaciones gubernamentales

Municipalidad, Sub-delegación Municipal del Tribunal Supremo Electoral, Juzgado de Paz, Estación Policía Nacional Civil, Programa Nacional de Autogestión para el Desarrollo Educativo (PRONADE), Auxiliatura de la Procuraduría de los Derechos Humanos, Funcionamiento del centro de operaciones de emergencias, Comité Nacional de Alfabetización –CONALFA, Centro de salud. (Salazar, 2008)

Organizaciones No gubernamentales

45° Compañía de Cuerpo de Bomberos Voluntarios, Cruz Roja Guatemalteca de Atitlán. Dentro de las instituciones de apoyo que se establecieron después de la tormenta tropical Stan se encuentran: asociación de desarrollo comunitario del cantón de Panabaj (ADECCAP), Save The Childrens, Médicos Sin Fronteras, Amigos del Lago, Orden de Malta, OXFAM, Christian Foundation for Children and Aging (CFCA). (Salazar, 2008)

Dificultades de Comunicación

Las dificultades existentes en la comunicación en el municipio de Santiago Atitlán se deben que al existir una etnia que predomina en el 98% como lo es la Tz'utujil, la comunicación con personas que no dominan este idioma se ve interrumpida, resultando difícil tanto para las personas del lugar, como para los que visitan el municipio, encontrar una vía que haga llegar y entender los mensajes entre ambos.

Las personas que no hablan castellano regularmente van acompañadas de sus hijos, que sirven como traductores entre personal de salud y el usuario que consulta, pero también consultan personas que asisten solas y no hablan castellano, lo cual dificulta darle instrucciones y que esta las entienda, convirtiéndose el idioma en una barrera que dificulta la comunicación.

Utilización de Medicina Natural.

El uso de la medicina natural en Guatemala ha existido, desde hace varios años, personas que se han dedicado a la medicina tradicional. Es del conocimiento de los guatemaltecos que se puede encontrar en la idea popular un apartado de distintas personas que utilizan un cúmulo de conocimientos para ayudar a los miembros de sus comunidades. (Nicolás, 2013)

En la actualidad existen curanderos, comadronas, hueseros, curadores de nahuales, sacerdotes mayas, guías espirituales, entre otros.

La medicina natural básicamente se da a través de infusiones de distintas plantas con la finalidad de proveer alivio a diferentes síntomas entre los cuales podemos encontrar los siguientes: empacho, fiebre, quebraduras, diarrea, dolor de cabeza, detectar si el recién nacido llora mucho por medio de técnicas frías, mantener la leche materna caliente, por lo que se aconseja tomar agua tibia, prevención de infecciones, prevención de aborto, dolor de parto, posicionar al niño durante los 9 meses, quince días previos al nacimiento o alumbramiento se acompaña a la madre en la realización de rezos para obtener la bendición de Dios. (Nicolás, 2013)

La mayoría de enfermedades son susceptibles de ser atendidas por la medicina tradicional, las plantas medicinales más utilizadas son:

- Té de manzanilla: esta planta puede comprarse en los mercados y es usada para hemorroides, heridas y picazón en las partes bajas de la mujer: hacer lavados, insomnio, nervios, dolor de estómago, gastritis, aire, náusea y vómitos.
- Té rosa de Jamaica: también llamada flor de Jamaica y es usada para infección urinaria, estreñimiento, gota y alergia.
- Té de pericón: se usa para tratar diarrea, disentería, cólera, cólicos del mes y dolor de estómago.
- Hojas de aguacate: se usan como cicatrizante de heridas, neuralgia o dolor de cabeza fuerte, resequedad del pelo y de la piel y menstruación atrasada.

- Té pimpinela: esta planta favorece la secreción gástrica, antiespasmódico, vómitos, tos, falta de leche, diarrea y en los niños bronquitis.
- Canela: el uso de la canela es como antibacteriano, antidiarreico, astringente, tónico del sistema simpático, relajante de la musculatura uterina, para el tratamiento del dolor de estómago, digestión difícil, hinchazón, menstruación insuficiente y dolor menstrual.

(Ayala 1997)

El Fisioterapeuta frente al contexto Sociocultural de su trabajo y los Servicios Informales en Salud.

En el municipio de Santiago Atitlán, hay instituciones que han trabajado por décadas dando a conocer entre los pobladores la labor del fisioterapeuta en la comunidad.

A pesar de que la terapia física es conocida por la mayoría de personas en el municipio, eligen ir antes con un huesero, lo que lleva al terapeuta a no poder tratar al usuario en un cuadro agudo, sino cuando el padecimiento es crónico y se han derivado otros problemas.

Algunos usuarios son atendidos por el fisioterapeuta sin tener un diagnóstico establecido, porque no hay servicios de salud gratuitos que brinden la atención de un médico especialista, por lo cual los objetivos del tratamiento deben basarse en la sintomatología.

La labor que en ADISA se realiza es sumamente altruista, se toma en cuenta las capacidades económicas que la persona posee, si es necesario se realiza un estudio socioeconómico, para asegurarse que la persona reciba el servicio de manera gratuita si el caso amerita.

Santiago Atitlán es un municipio grande, tiene áreas urbanas y rurales, esto hace que la movilización de personas con discapacidad se dificulte un poco más de lo usual; los centros de salud, a excepción de uno, no cuentan con un espacio físico disponible para un área de fisioterapia, por lo que se hace necesario ir a la casa de los usuarios, los tratamientos muchas veces suelen ser limitados debido al lugar y herramientas, no se cuenta con lo necesario para brindar un buen servicio, en ocasiones el entorno se vuelve incómodo, porque la familia se vuelve un distractor debido a las interrupciones o el espacio donde se realiza la terapia es muy reducido.

Diagnóstico Institucional

Asociación de padres y Amigos de personas con Discapacidad de Santiago Atitlán -ADISA-

Creación.

Francisco Sojuel y su esposa María Argentina Figueroa, esperaban el nacimiento de su tercera hija: Nila Eliza, quien nació con hidrocefalia y posteriormente se complica con meningitis. A raíz de esta experiencia y a la falta de servicios para personas con discapacidad en Santiago Atitlán, contactan a otros padres con las mismas necesidades para organizarse y brindar apoyo a sus hijos.

De la unión de este grupo de padres, logran iniciar acciones a nivel comunitario; como jornadas neurológicas, jornadas de fisioterapia y educación especial los fines de semana. En febrero de 1998 se inaugura el Centro de Educación Especial, anexo a la escuela Oficial Mateo Herrera No. 1 del municipio de Santiago Atitlán y se formaliza la clínica de fisioterapia, con el

apoyo de Médicos del Mundo de España. Finalmente, en 2003 se logró el registro de ADISA como una asociación legalmente constituida.

Adisa trabaja con la estrategia de la “Rehabilitación basada en la Comunidad” -RBC- la cual permite desarrollar acciones de forma integral e involucra a las comunidades a promover la inclusión social de las personas con discapacidad.

Gracias a la ardua labor de ADISA, ahora es reconocida tanto dentro de Santiago Atitlán como a nivel nacional e internacional. Actualmente ADISA es miembro activo del Consejo Nacional para la atención de las personas con discapacidad CONADI, miembro impulsor de la red nacional de RBC y de la Coordinadora de Organizaciones de personas con Discapacidad Corazón Rehabilitación del departamento de Sololá. (ADISA, 2018)

Misión.

Empoderar a las personas con discapacidad y sus familias a través de una atención integral para su inclusión plena y mejorar su calidad de vida. (ADISA, 2018)

Visión

Ser una organización líder, referente y modelo en el tema de discapacidad que promueve el desarrollo inclusivo y la incidencia, empoderando a organizaciones y personas en general para la inclusión de las personas con discapacidad en la sociedad. (ADISA, 2018)

Ubicación del Centro.

ADISA se encuentra ubicado en el Cantón Tzanchicham, Santiago Atitlán.

Tipos de atención que presta.

Salud

- **Fisioterapia:** se brinda terapia física a niños, niñas, jóvenes y adultos que necesitan de este apoyo, se hace a nivel de clínica y a nivel comunitaria visitando a los hogares.
- **Seguimiento clínico:** Este programa apoya las necesidades médicas de los usuarios de ADISA en sus diferentes programas, a través de la referencia y el acompañamiento de los padres de familia con: Médicos Especialistas, Centro de Diagnósticos, Centros Asistenciales y organizaciones afines, que proveen asistencia en: neurología, ortopedia, medios de diagnóstico, medicamentos, etc.
- **Medicamentos:** proveer medicamentos a usuarios de acuerdo a diagnóstico y necesidades de los usuarios y personas de la comunidad a bajo costo de acuerdo al estudio socioeconómico.
- **Terapia asistida con animales:** a los niños y niñas que por su discapacidad requieren de mayor apoyo se cuenta con un perro y una entrenadora especializada.
- **Dispositivos de asistencia:** se gestiona y se dona: Sillas de ruedas, muletas, andadores, bastones, audífonos, prótesis, etc. así como la elaboración de estabilizadores, paralelas, etc.
- **Tratamiento pie equino varo:** programa dirigido a Traumatólogos y Fisioterapeutas de 6 departamentos del país, para capacitarlos en el Método Ponseti para niños con pie equino varo. Con el aval del Ministerio de Salud. Programa de 2017-2019.

Educación

- **Educación especial:** se apoya a la escuela de educación especial, que se construyó y se donó al Ministerio de Educación, en donde se atiende a estudiantes con diferentes discapacidades y se les provee materiales didácticos y transporte desde sus comunidades.
- **Inclusión educativa:** ADISA promueve y da seguimiento a la inclusión de estudiantes con discapacidad en las escuelas regulares en todos los niveles, tanto en el sector público como privado, se les refuerza contenido con apoyo de maestra itinerantes y se les provee de útiles escolares, y se les orienta en áreas que necesitan apoyo.
- **Psicología:**
Se presta este servicio a todos los usuarios, a las familias y a la población en general que lo requiere, también se trabajan terapias con tres grupos de estudiantes, con el fin de mejorar su autoestima para que no sufran de bullying.
- **Terapia de lenguaje:** Para niños con problemas de lenguaje, sordos y usuarios que lo necesitan.
- **Clases de lengua de señas:** Se imparte clases de lenguaje de señas al personal, usuarios, familias y personas de la comunidad.
- **Atención temprana:** este programa está dirigido a los niños con discapacidad menores de 6 años, se realiza a nivel comunitario, visitando a las familias una vez por semana y orientándoles para estimular a sus hijos.

- **Educación no formal:** a través de talleres, diplomados, charlas a los diferentes sectores de la población.
- **Escuela de padres:** cuentan con 3 grupos de padres, quienes se reúnen una vez al mes para realizar talleres sobre temas diversos y empoderarlos en el tema de discapacidad.
- **Formación de maestros:** capacitan a maestros de las escuelas públicas y privadas en diversos temas y métodos de estudio para una mejor intervención en las escuelas locales, con aval del Ministerio de Educación.

Empoderamiento

- **Participación social:** participación a nivel social en diferentes actividades a nivel de la población
- **Participación política:** participación en diferentes redes a nivel nacional y departamental. También se participa en el consejo de desarrollo municipal y en otros espacios de toma de decisiones.
- **Mesa técnica de educación:** conformación y seguimiento de la mesa técnica de educación inclusiva del departamento de Sololá conjuntamente con la dirección departamental del Ministerio Público de Educación del país para contribuir al mejoramiento de la calidad de educación para los niños con discapacidad.
- **Campamentos:** participación en campamentos de intercambio de experiencias entre jóvenes de la comunidad y jóvenes con discapacidad.

Sustento

- **Talleres productivos**
 - **Artesanos de Adisa:** donde trabajan jóvenes con discapacidad elaborando productos decorativos para el hogar, joyería toda a base de reciclar diferentes tipos de papel.
 - **Grupo de madres emprendedoras:** grupo conformado por madres de niños con discapacidad que preparan y ofrecen comida a organizaciones al nivel de la comunidad en sus talleres o diferentes actividades y quienes gestionan su propio negocio, se apoyan entre ellas con asesoría para mejorar su situación económica y social.
 - **Microemprendimiento:** dirigido a personas con discapacidad y madres de familia en extrema pobreza y pobreza, para generar recurso a través de pequeños negocios al otorgarles un capital se milla.
 - **Grupos de ahorro y crédito:** se organizan grupos de ahorro y crédito con los microempresarios, para empoderarlos y para promover hábitos de ahorro y crédito para seguir incrementando sus negocios.

Cuál es la población más atendida

En ADISA se trabaja tanto con adultos, niños, mujeres y hombres con discapacidad en cualquiera de sus tipos, pero a su vez se trabaja de una manera integral involucrando a los familiares de las personas con discapacidad.

Objetivos del programa de Atención en Adisa

Objetivo General:

Contribuir a la construcción de una sociedad justa e inclusiva, empoderando a las personas con discapacidad, sus familias y comunidad para defender y vivir plenamente sus derechos a través de una atención de servicio integral, con amor, compromiso, responsabilidad y respeto, trabajando en equipo.

Objetivos Específicos:

- Fortalecer la capacidad de la organización, gestión y administración.
- Fortalecer la participación y empoderamiento de las personas con discapacidad y sus familias, para lograr sociedades inclusivas.
- Establecer planes de incidencia política, para lograr que el Estado de cumplimiento a la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad y garantizar todos sus derechos.
- Establecer programas de concientización dirigidos a los diferentes sectores de la población para promover el respeto y cumplimiento de los derechos y la inclusión social de las personas con discapacidad.
- Investigación en discapacidad para conocer el contexto y la situación de las personas con discapacidad y sus familias con el objetivo de promover políticas y acciones inclusivas.
- Realizar investigaciones del contexto y situación de las personas con discapacidad y sus familias, para poder crear planes de incidencia política donde el encargado sea el Estado de velar porque se cumplan a través de la Convención de los Derechos de las Personas

con Discapacidad, y de esta manera tener acciones inclusivas en la sociedad que garantice sus derechos.

- Acciones encaminadas al bienestar y garantía de la igualdad de oportunidades e inclusión de las personas con discapacidad, sus familias y comunidades.

Tabla 1. *Diez Primeros Diagnósticos Consultantes*

Estadística de Intervención Servicio de Fisioterapia ADISA 2021

Diagnóstico	Niños	Jóvenes	Adultos
Parálisis Facial	0	0	3
Parálisis Cerebral	1	1	0
Síndrome de Down	1	1	0
Artrogriposis Múltiple Congénita	1	0	0
Artrosis Degenerativa	0	0	1
Evento Cerebrovascular	0	0	3
Amputación de Miembro Superior	0	0	1
Fractura de Fémur	0	0	1
Lumbago	0	0	2
Amputación de Miembro Inferior	0	0	1
Total	3	2	12

Nota: Datos tomados del registro en el servicio de Fisioterapia en ADISA de Santiago Atitlán, Sololá del 14 de junio al 14 de septiembre 2021.

Objetivos del Programa de Atención

Objetivo General

Brindar un plan de tratamiento oportuno para cada usuario que haga uso del Servicio de Fisioterapia en ADISA, Santiago Atitlán.

Objetivos Específicos

1. Determinar las evaluaciones a utilizar dentro del servicio de Fisioterapia.
2. Hacer buen uso de los recursos disponibles dentro de la asociación y la comunidad.
3. Usar las diferentes modalidades y técnicas de abordaje adecuándolas a las necesidades del usuario.

Metodología de Atención en el Centro

El orden de la atención en ADISA se divide por días, entre semana se atiende la clínica un día completo, los otros días se trabaja en la escuela que brinda el espacio para poder atender a niños de los cantones aledaños. Se trabaja haciendo visitas domiciliarias a los usuarios, esto debido a que el diagnóstico no les permite o les limita salir y llegar a recibir la terapia a la clínica ubicada en ADISA. Hay centros de salud que prestan sus instalaciones para que se dé el servicio de fisioterapia, esto debido a que algunos cantones quedan retirados del centro del municipio.

Regularmente, solo el usuario que llega a la clínica sede puede ser atendido más de una vez a la semana, a quien se le hace visita domiciliaria se le da una terapia a la semana porque la cantidad de usuarios en esta modalidad es bastante grande.

Documentación que se usa para la atención de fisioterapia en el centro

Los usuarios vienen a fisioterapia sin hoja de referencia extendida por algún médico, en el centro se llena una hoja donde se colocan datos personales, diagnóstico a descartar y el tipo de discapacidad que tienen.

En la misma hoja hay un espacio donde se anota el historial clínico, cabe destacar que, si la persona que consulta es un menor de edad, tiene que venir acompañado por un adulto, de caso contrario y por normas de la asociación no se le puede brindar tratamiento.

En el centro existen una serie de evaluaciones específicas a las necesidades del usuario y a su diagnóstico, en ellas se evalúa amplitud articular, fuerza muscular, sensibilidad, dolor, evaluaciones precisas para parálisis cerebral, en cada una de estas se establecen los objetivos y el tratamiento a brindar.

Al momento de elaborar la anamnesis, si el fisioterapeuta considera que es preciso reciba atención de un médico especialista, se elabora una hoja de referencia, donde se indica la especialidad y el motivo por el que se refiere.

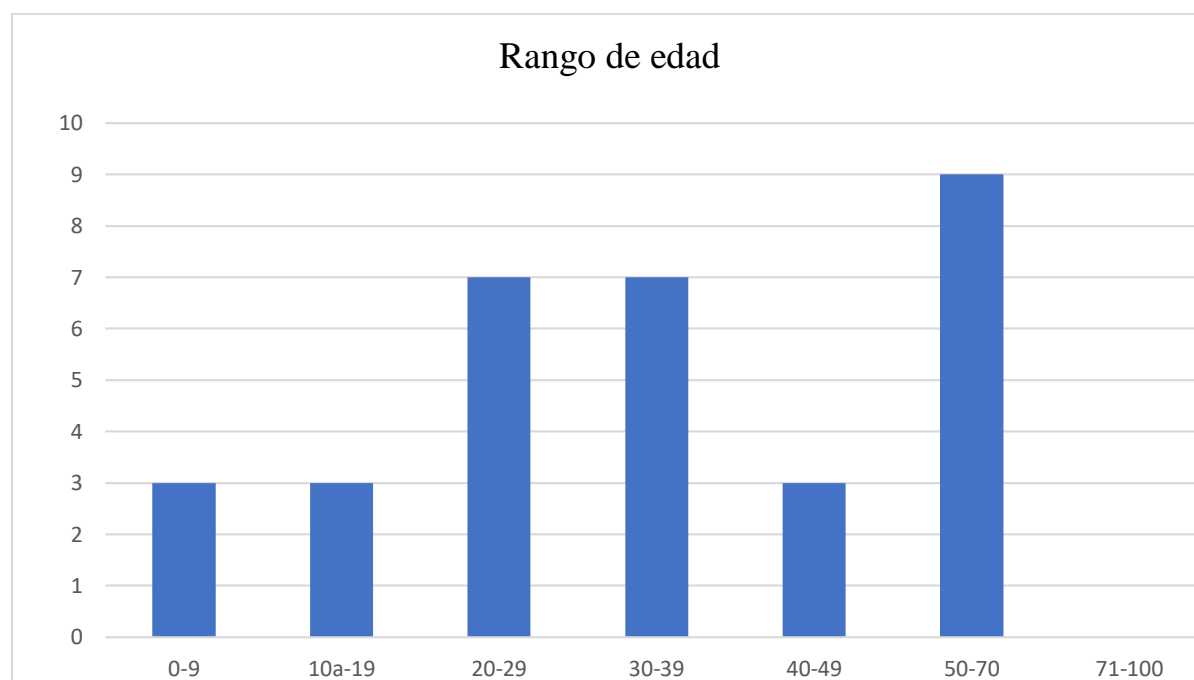
Se atendió un total de treinta y dos personas entre niños y adultos, veintiuno en la clínica sede, con los diagnósticos de parálisis facial, artrosis degenerativa y lumbago no especificado. Cuatro niños en la escuela de educación especial con diagnósticos de parálisis cerebral, síndrome de Down y artrogriposis. En los centros de salud dos personas entre ellas un niño con síndrome de Down y un adulto con fractura de fémur. La atención domiciliaria la recibieron tres personas con evento cerebro vascular y dos usuarios con amputación de miembros.

Presentación de Estadísticas y Resultados

Se dan a conocer los resultados y análisis de los tratamientos que se brindaron en el periodo del Ejercicio Técnico Profesional Supervisado, comprendido de junio a septiembre 2,021, en la Asociación de Padres y Amigos de Personas con Discapacidad, Santiago Atitlán, Sololá.

Gráfica 1.

Cantidad de usuarios atendidos por edad



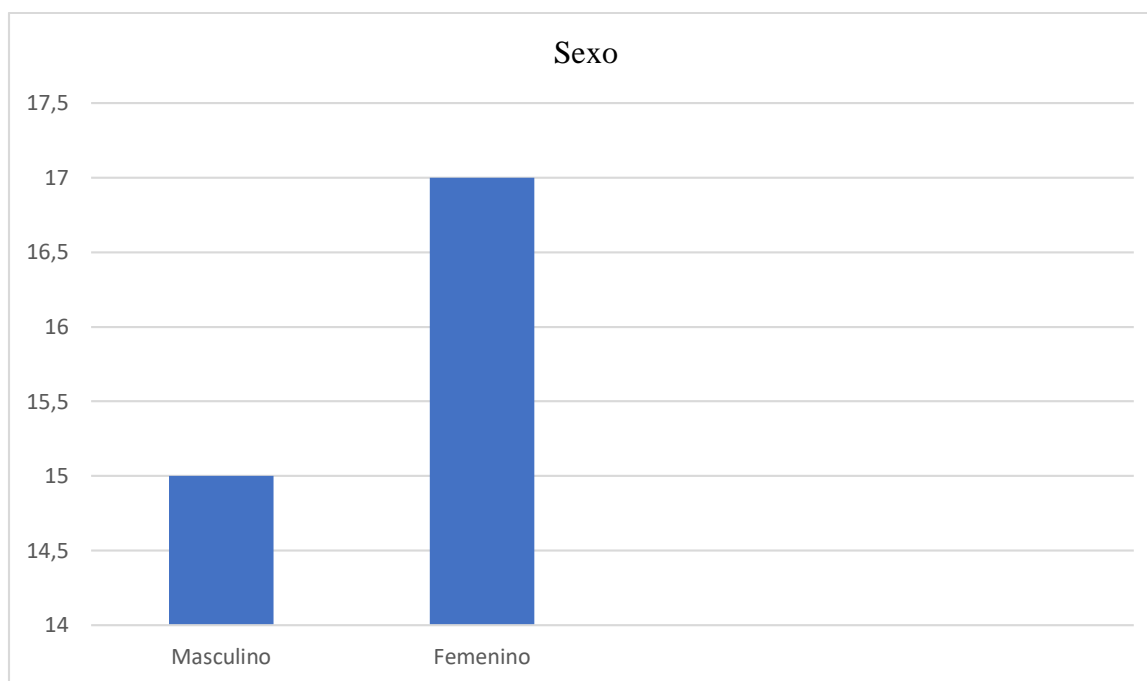
Fuente: Datos tomados del registro en el servicio de Fisioterapia en ADISA de Santiago Atitlán, Sololá del 14 de junio al 14 de septiembre 2021.

Análisis: Los usuarios a quienes se le brindó el servicio de fisioterapia, fuera en visitas domiciliarias, asistiendo a la clínica en sede, o bien en centro de salud, estaban comprendidos entre las edades de 1 a 70 años; con un porcentaje del 26%, esto debido a que las personas dentro de este rango están más propensas a sufrir un ictus, o a padecer alguna patología propias de la

edad como los desgastes articulares. Las edades menos atendidas son 0 a 9 años y de 10 a 19 años, con un porcentaje del 10%.

Gráfica 2.

Sexo

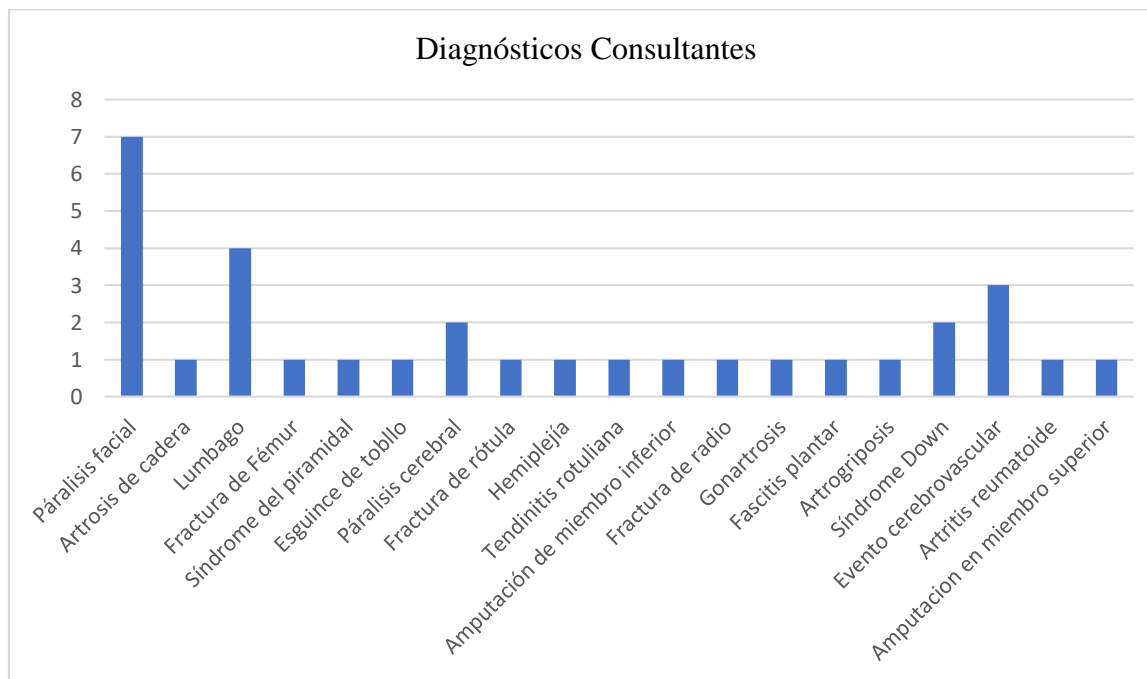


Fuente: Datos tomados del registro en el servicio de Fisioterapia en ADISA de Santiago Atitlán, Sololá del 14 de junio al 14 de septiembre 2021.

Análisis: En la gráfica se observa que el sexo al que más se le brindó el servicio de fisioterapia en ADISA es el género femenino con un porcentaje del 55%, durante los meses de agosto a septiembre 2021.

Gráfica 3.

Diagnósticos Consultantes

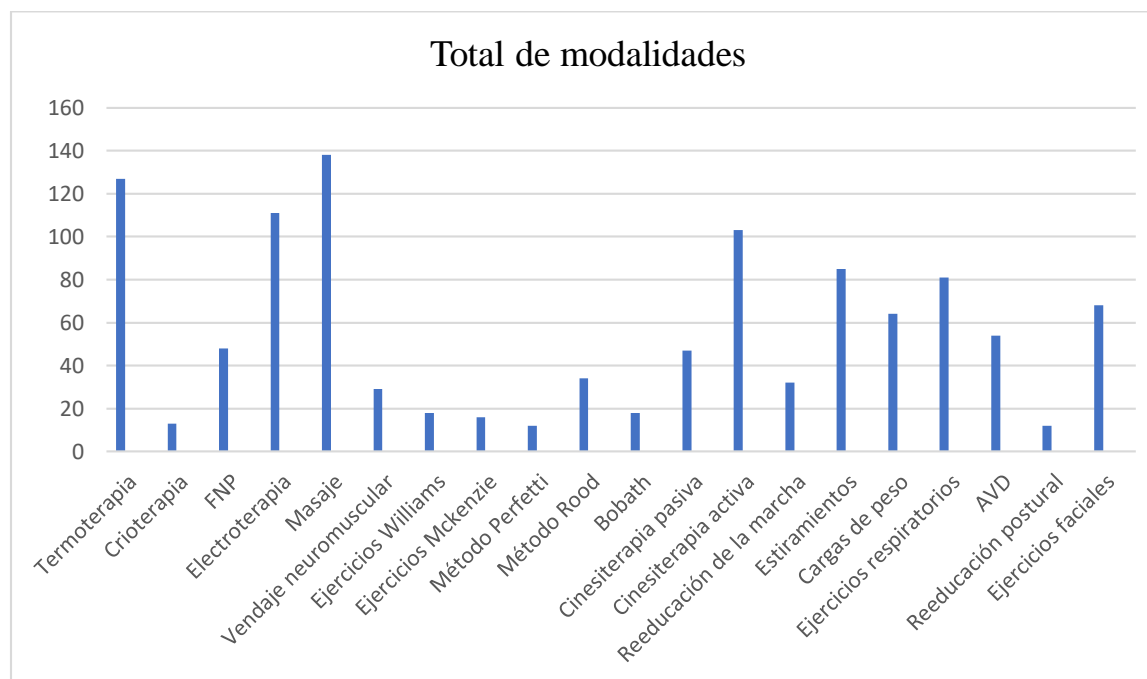


Fuente: Datos tomados del registro en el servicio de Fisioterapia en ADISA de Santiago Atitlán, Sololá del 14 de junio al 14 de septiembre 2021.

Análisis: Según la información recopilada durante los meses de agosto a septiembre 2021, el diagnóstico más frecuente fue la parálisis facial, con un porcentaje del 22%.

Grafica 4.

Modalidades terapéuticas



Fuente: Datos tomados del registro en el servicio de Fisioterapia en ADISA de Santiago Atitlán, Sololá del 14 de junio al 14 de septiembre 2021.

Análisis: Según los datos obtenidos se observa que la modalidad más usada en los tratamientos son el masaje terapéutico con un 13%, esto debido a que el diagnóstico más frecuente es la parálisis facial y en el tratamiento para esta patología el masaje es fundamental dentro del protocolo, seguido por la electroterapia con un porcentaje del 10%.

CAPÍTULO II

PROGRAMA DE INVESTIGACIÓN

Justificación

En ADISA se tuvo la oportunidad de trabajar en tres modalidades, una es que el centro tiene una clínica, al usuario se le asigna día y hora en la que asistirá a las terapias. Otra modalidad son las visitas domiciliarias, se trabaja de esta manera la discapacidad física, que imposibilita salir de las casas. Y la tercera la atención realizada en el CAIMI.

Son muchos los diagnósticos que son motivo de visita domiciliaria, pero captó la atención el evento cerebro vascular en mayores de 50 años, la persona puede presentar una serie de dificultades y limitaciones motoras, sensitivas, así como déficits cognitivos, por lo cual resulta difícil establecer un pronóstico certero.

Este trabajo se realizó con el fin de comprender la importancia de incluir y dar formación a los familiares y cuidadores dentro del plan de tratamiento, para que sean capaces de movilizar, trasladar y motivar de una manera correcta a la persona afectada, para que la rehabilitación sea exitosa y se amenore la carga a los familiares o personas encargadas del cuidado, buscando a través de ello dar al usuario la mayor independencia posible.

Objetivo General

Desarrollar un protocolo de tratamiento para la rehabilitación de personas con Evento Cerebrovascular, incorporando cuidadores y programas terapéuticos desde casa.

Objetivos Específicos

1. Realizar las evaluaciones adecuadas e identificar las necesidades del usuario para establecer el protocolo de tratamiento.
2. Hacer buen uso de la infraestructura que ofrece el domicilio y de las herramientas que dispongan para facilitar la vida en el entorno familiar.
3. Formar a la familia y cuidadores a través de actividades donde se integren las movilizaciones, los cuidados y maneras correctas de hacer los traslados.

Marco Teórico

Sistema Nervioso Central

Es el encargado de recibir y procesar toda la información recogida por las terminaciones nerviosas y elaborar las respuestas correctas. Se denomina así por su ubicación dentro del cuerpo. Está formado por el encéfalo y la médula espinal. El encéfalo se aloja dentro de la cavidad craneana, y la médula, dentro de la columna vertebral. (Gould, 2013)

El sistema central se encuentra envuelto totalmente por tres membranas de tejido conectivo, llamadas meninges. Entre ellas quedan espacios por los que constantemente circula un fluido casi transparente, denominado líquido cefalorraquídeo. Una de sus funciones es la nutrición, pero además impide que los órganos mencionados se golpeen contra las paredes del conducto vertebral y de la caja craneana. (Gould, 2013)

Meninges

- Duramadre, en contacto con el hueso.
- Aracnoides, en la zona intermedia.
- Piamadre, en la zona de contacto con el sistema nervioso.

Las neuronas

Las neuronas son la unidad estructural del sistema nervioso, estas células se han especializado en la transmisión de la información en forma de impulsos nerviosos. Cada neurona se compone de:

- Un cuerpo o soma.

- Dendritas
- Axón
- Polo.

Funciones del Sistema Nervioso Central

- Sensibilidad Consciente
- Motricidad Voluntaria
- Procesos Intelectuales
- Reacciones emocionales

Órganos del Sistema Nervioso Central

Cerebro

Es la parte más desarrollada y voluminosa del encéfalo, está dividido en dos hemisferios, que tienen una estructura simétrica. Cada uno presenta subregiones, delimitadas por las cisuras de Silvio y de Rolando, que se denominan lóbulos: frontal, parietal, temporal, occipital y la ínsula (central e interno). Se conectan entre sí por medio de una región denominada cuerpo calloso. (Gould, 2013)

Los hemisferios cerebrales son los responsables de la inteligencia y el raciocinio. Sin embargo, ciertas funciones intelectuales son desempeñadas por un único hemisferio. Generalmente, el hemisferio dominante de una persona se ocupa del lenguaje y de las operaciones lógicas, mientras que el otro hemisferio controla las emociones y las capacidades

artísticas y especiales. En la mayoría de las personas diestras y en muchas zurdas, el hemisferio dominante es el izquierdo. (Gould, 2013)

El Cerebelo

El cerebelo está ubicado en la fosa occipital del cráneo, por arriba limita con el cerebro (del cual está separado por la tienda del cerebelo-paquimeninge) y por delante con el bulbo raquídeo y la protuberancia.

El cerebelo ejerce una actividad reguladora sobre la motilidad cinética y estática, y lo logra haciendo que el movimiento tenga la necesaria intensidad o fuerza y la medida exacta que requiere la acción, asegurando la coordinación de los músculos cuando deben contraerse simultáneamente, regulando el tono muscular e interviniendo en el mantenimiento de la postura y el equilibrio. (Gould, 2013)

El Bulbo Raquídeo

Constituye la parte terminal del encéfalo. Hacia abajo está en relación con la médula, con la cual continúa; hacia arriba con la protuberancia y hacia atrás con el cerebelo, al cual está unido a través de los pedúnculos cerebelosos inferiores. (Gould, 2013)

Accidente Cerebrovascular (ictus)

Según la OMS (1988) Un ictus o accidente cerebrovascular (ACV) se define habitualmente como un accidente con “aparición rápida de signos clínicos de alteración focal o global de la función cerebral, con síntomas que duran 24 horas o más o que conducen a la muerte, sin una causa aparente aparte del origen vascular”.

El accidente isquémico transitorio (AIT) se denomina a veces miniaccidente cerebrovascular y los pacientes presentan síntomas parecidos, que duran solo minutos a horas y desaparecen antes de 24 horas.

Dado que la mayoría de los accidentes cerebrovasculares afectan uno o los dos hemisferios cerebrales, el signo clínico habitual de una persona que ha sufrido un accidente cerebrovascular es una hemiparesia sensitivomotora o una hemiplejía en el lado contrario al de la lesión cerebral.

La hemiparesia se define como debilidad en un lado del cuerpo, mientras que la hemiplejía es una parálisis total del brazo, la pierna y el tronco en un lado del cuerpo. (Arana et al., 2004)

Ataque Cerebrovascular

Hace referencia a todo evento cerebrovascular agudo, sea isquémico o hemorrágico. Es equivalente al término anglosajón de stroke y a las bellas expresiones españolas apoplejía o ictus. Es un término descriptivo que se usa de preferencia en el servicio de urgencias, hasta cuando el evento es clasificado como infarto cerebral, hemorragia cerebral u otros. (Arana et al., 2004)

Infarto Cerebral

Es la necrosis tisular producida como resultado de un aporte sanguíneo regional insuficiente al cerebro. Es un término tanto clínico como patológico y suele requerir mejores definiciones etiopatogénicas (embólico o lacunar, por ejemplo), o de su curso clínico y naturaleza (en curso, progresivo, con transformación hemorrágica, etc). (Arana et al., 2004)

Clasificación

Hemorrágico: el accidente cerebrovascular hemorrágico puede ser intracerebral o intracraneal. Una hemorragia intracerebral es un accidente cerebrovascular en el que la sangre se vierte directamente en el tejido encefálico, formando un hematoma. Una hemorragia intracraneal es la acumulación de sangre en cualquier zona dentro del cráneo, por lo general entre el cráneo y las meninges que rodean el encéfalo y la médula espinal. Los accidentes cerebrovasculares hemorrágicos son más frecuentes en los vasos pequeños y las causas probables son hipertensión, traumatismo, coagulopatías, drogadicción y malformaciones vasculares.

Isquémico: un accidente cerebrovascular isquémico disminuye la irrigación sanguínea en una región determinada del encéfalo, y esto altera la función en dicha región irrigada por el vaso sanguíneo afectado. (Stokes, Stack, 2013)

Etiología del Infarto Cerebral

El infarto cerebral puede producirse por tres medios:

- Vasoespasma
- Trombo: accidente isquémico causado por un coágulo de sangre que obstruye una arteria cerebral, formado en la pared de la misma.
- Embolia: accidente isquémico causado por la obstrucción de un vaso cerebral, igual que en la trombosis, pero donde el agente obstructor se ha formado a distancia, denominado émbolo. (Stokes, Stack, 2013)

Factores de Riesgo

Podríamos dividirlos entre los que son modificables y los que no. El control de los factores modificables es el primer paso dentro de la prevención secundaria del ictus.

- Modificables o potencialmente modificables:

Hipertensión, accidentes isquémicos transitorios, hipertrofia ventricular izquierda, fibrilación auricular, estenosis mitral y prótesis valvulares cardíacas, fallo cardíaco congestivo, enfermedad coronaria e infarto de miocardio reciente, hematrocito elevado, hipercolesterolemia, tabaquismo, diabetes, alcoholismo, abuso de drogas, estrés, sedentarismo, anticonceptivos orales

- No modificables:

Ictus anterior, edad, sexo: el ictus es más frecuente en hombres que en mujeres, raza: mayor incidencia en afroamericanos e hispanos, historia familiar de ictus.

Manifestaciones Clínicas

Cada ictus es diferente, dependiendo de la localización de la lesión, su extensión y el estado de salud previo del usuario. La naturaleza y gravedad de los déficits motores reflejan el tipo, localización y extensión de la lesión vascular.

Las alteraciones motoras pueden ocurrir aisladas o acompañadas por desórdenes sensoriales, cognitivos, o del lenguaje. La paresia o plejía son las manifestaciones más comunes (monoparesia, hemiparesia, tetraparesia); afectan a todos los movimientos voluntarios, pero no los automáticos. (Arana et al., 2013)

Arana refiere diversas alteraciones que se describen a continuación: **Alteraciones**

Neuromusculares: las lesiones que afectan la primera motoneurona ocasionan un cuadro de alteración de la función motora. En una primera fase se observa flacidez, hiporreflexia de las extremidades afectadas, que en un tiempo variable pueden irse sustituyendo por un estado de espasticidad e hiperreflexia.

- **Alteraciones del Tono:** se detecta por la disminución o el aumento de la resistencia al movimiento pasivo.
- **Espasticidad:** aumento del tono debido a la lesión de la vía piramidal. Se caracteriza por el fenómeno de la "navaja": al inicio del movimiento aparece la resistencia al mismo, que decrece rápidamente.
- **Flacidez:** disminución del tono muscular por debajo de lo normal.
- **Alteración de los reflejos:**
 - Hiperreflexia: exageración de los reflejos osteotendinosos en el hemicuerpo afectado, debido a lesión de la vía piramidal.
 - Abolición de los reflejos superficiales: (abdominal y cremastérico) en el lado de la lesión.
 - Reflejo Cutáneo Plantar Positivo (Babinsky).
 - Parálisis Facial: parálisis de la mitad inferior de la cara contralateral a la lesión cerebral (hemisferio izquierdo- hemicara derecha).
 - Sincinesias: activación de los músculos paralizados como parte de la movilidad automática.

- Clonus: contracción involuntaria y rítmica en respuesta a un estiramiento brusco de un músculo.
- **Alteraciones del Equilibrio y la Coordinación:** déficits motores o sensoriales y disfunciones del cerebelo o sistema vestibular pueden producir alteraciones en el equilibrio o la coordinación.
 - Ataxia: incoordinación para movimientos musculares voluntarios en ausencia de pérdida motora o sensorial.
 - Apraxia: discapacidad para llevar a cabo movimientos determinados.
 - Motora: alteraciones en la ejecución del movimiento, más allá del simple déficit motor.
 - Ideatoria: alteraciones en la planificación del acto motor. Los usuarios son capaces de realizar actos motores sencillos, pero no actos complejos que pide el examinador (atar un nudo). (Arana et al., 2013)
- **Alteraciones Somatosensoriales:** pueden variar desde una pérdida sensorial mínima a verdaderas lesiones complejas. Habrá que evaluar diferentes modalidades sensoriales: dolor, temperatura, tacto, propiocepción, kinestesia, palestesia, esterognosia y grafestesia.
- **Problemas de Comunicación:** van referidos a la dificultad lingüística o motora del lenguaje. (Arana et al., 2013)
 - Disfasia/Afasia: la afasia es una dificultad en el lenguaje que afecta a la producción y/o la comprensión del habla, o a la habilidad de leer o escribir.

- Afasia Global: es la forma más severa, pueden producir pocas palabras reconocibles y entienden poco o nada del lenguaje hablado; no pueden leer ni escribir.
- Afasia de Broca: el lenguaje se limita a declaraciones cortas, la producción de sonidos es laboriosa y torpe. Puede entender el lenguaje y ser capaz de leer, pero estar limitado en la escritura.
- Afasia no Elocuente Mixta: similar a la afasia de Broca, los usuarios tienen limitada la comprensión del lenguaje, no pueden leer ni escribir más allá de un nivel elemental.
- Afasia de Wernicke O Afasia Elocuente: está afectada la capacidad de comprender las palabras, pero no su producción.
- Afasia Anatómica: incapacidad de nombrar las cosas de las que quieren hablar.
- Otras: posibles combinaciones de las anteriores ocasionando alteraciones en la lectura (alexia) o en la escritura (agrafia), o en el cálculo (discalculia).
 - Disartria: dificultad para la producción motora o la modulación de las palabras.
 - Dispraxia/Apraxia Articulatoria: dificultad para la planificación y ejecución motora del lenguaje.
- **Alteraciones Cognitivas:** Dentro de las alteraciones cognitivas se encuentran: la demencia, alteraciones en la memoria, atención, negligencia, razonamiento y/o aprendizaje.

- **Disfagia:** es la alteración de la deglución, caracterizada por la dificultad para mover el bolo alimenticio de manera segura desde la boca al estómago sin que se produzca aspiración, y que también puede incluir dificultad para la preparación oral de la saliva.
- **Incontinencia de Esfínteres:** la incontinencia es una de las mayores cargas para los cuidadores tras el alta hospitalaria.
- **Trastornos Emocionales/Psicológicos**
 - Depresión es muy frecuente tras un ictus. Será necesario hacer un diagnóstico diferencial entre los sentimientos de tristeza normales tras el ictus, y un desorden depresivo mayor.
 - Labilidad emocional son menos comunes. Sería la falta de control del llanto, más raramente de la risa.
 - Ansiedad: miedo o aprensión acompañados de síntomas físicos autónomos como dificultad para respirar, palpitaciones y temblores.

El Apoyo de la Familia tras una Lesión Cerebral

Cuando una persona ha sufrido un evento cerebrovascular y tiene secuelas importantes, tanto la persona que lo padece como la familia se ven afectados. Es normal que se tengan sentimientos de incertidumbre, miedo y ansiedad.

Comúnmente se recibe poca información sobre lo que le está sucediendo al usuario y sobre cómo hacerle frente a la situación en la que se encuentran. Otro momento importante es cuando vuelven a casa después de estar en el hospital, el entorno tiene que adaptarse a la nueva situación. En este proceso las personas encargadas del cuidado y sobre todo la persona afectada

necesitarán ayuda de distintos profesionales para lograr que la rehabilitación sea exitosa. (ISEP, 2018)

La importancia de visibilizar las lesiones cerebrales

El visibilizar las lesiones cerebrales y sus posibles secuelas, también es tarea de los fisioterapeutas. Primeramente, dar a conocer de manera precisa, sencilla y fácil de entender, en qué consiste un evento cerebrovascular y sus consecuencias. (ISEP, 2018)

Con cierta frecuencia cuando un individuo sufre un ictus, implica que al mismo tiempo se tendrá como resultado una familia enferma, esto repercute en diferentes áreas del núcleo, como el área laboral, área económica, la interacción social, y los lazos afectivos.

La rehabilitación fisioterapéutica tiene que brindarse de manera integral, en conjunto con un grupo de profesionales de la salud, Neurólogo, Psicólogo, Logopeda, Terapeuta Ocupacional, Nutriólogo, entre otros.

Esto con el fin de mejorar la salud física, emocional y social del individuo, proporcionando a la familia una guía en el camino que debe tomar, para afrontar de la mejor manera a las nuevas situaciones que se presenten y garantizar un aumento en la calidad de vida.

La participación y cuidado de la familia en la rehabilitación

La participación de la familia y de los cuidadores es de vital importancia en el tratamiento rehabilitador en individuos que han sufrido un evento cerebrovascular, la mayor parte del tiempo la persona se encuentra en el hogar, es ahí donde se debe brindar apoyo físico y emocional.

Es necesario que comprendan que tienen que brindar ayuda a la persona afectada sin caer en la sobreprotección, permitir que tenga participación activa en el hogar y en la toma de decisiones, limitarla puede repercutir en la rehabilitación.

La preparación que se le debe dar a la familia y cuidadores tiene que ir enfocada en buscar la mayor participación por parte del afectado, para obtener logros significativos.

El Cuidador

El cuidador suele definirse como “aquel individuo que dedica la mayor parte del tiempo, medido en número de horas al día, al cuidado de dicho enfermo y que ha realizado las tareas de cuidado durante un mínimo de 6 semanas” (Casado y López, 2001, p.82).

Las personas necesitan de un cuidador cuando se les dificulta desarrollar alguna de las actividades de la vida diaria, el tipo de cuidado que se brindará se determina de acuerdo a la situación en la que se encuentra el individuo y contexto en el que este se desarrolla.

Se puede distinguir entre cuidadores formales e informales, los cuales pueden desarrollarse conjuntamente o de forma separada. El cuidado informal es realizado por algún miembro de la familia, un amigo o un vecino, caracterizado por la voluntariedad, sin que medie ninguna institución ni remuneración y no disponen de capacitación. Tienen un grado elevado de compromiso hacia la tarea, definida por el afecto y una atención sin límites de horarios. (Rodríguez-Rodríguez, 2005).

Su objetivo es que las personas enfermas puedan permanecer en el hogar, esta ayuda se puede categorizar en apoyo informativo o estratégico, material y emocional. Es importante

destacar el papel del cuidador principal, que por lo general es desempeñado por el cónyuge o familiar femenino más próximo, puesto que son quienes asumen la totalidad de la responsabilidad en la tarea. (Gómez, 2016).

Fisioterapia

Según la Confederación Mundial de la Fisioterapia (1987). "La Fisioterapia es el conjunto de métodos, actuaciones y técnicas que, mediante la aplicación de medios físicos, curan previenen, recuperan y adaptan a personas afectadas de disfunciones somáticas o a las que se desea mantener en un nivel adecuado de salud".

- Método Perfetti: también llamado ejercicio terapéutico cognoscitivo, es una estrategia que presenta como base contextual, los diferentes principios neurocognitivos y tiene como objetivo la recuperación del movimiento de los usuarios con algún déficit neurológico, trabajando la reagrupación de estrategias basadas en experiencias, repeticiones, reorganización, atención, sentidos, percepción y reestructuración, con la finalidad de realizar un proceso de aprendizaje motor enfatizado en las necesidades y requerimientos del usuario. Se basa en la activación de los procesos cognitivos, para recuperar el movimiento después de una lesión neurológica. (Dialnet, 2019)
- Método Rood: El método de Rood es utilizado para la estimulación sensorio motriz, conformado por un conjunto de técnicas que intentan provocar una respuesta de activación o inhibición. El Método Rood es polifacético, debido a que no solo se utiliza en las alteraciones de tono muscular como lo puede ser la hipertonía o la hipotonía, sino también se puede utilizar para ayudar a normalizar la sensibilidad.

El método Rood establece componentes como la normalización del tono, control sensorio motor basado en el desarrollo, movimiento deliberado y la repetición necesaria para el aprendizaje. (efisioterapia, 2016)

Las herramientas para conseguir los objetivos del método de Rood son una brocha o pincel, un cepillo eléctrico para dientes, hielo, diferentes texturas y pelotas. Las técnicas específicas son el cepillado rápido, el golpeteo, vibración, frío y estiramiento muscular. (Camde, 2020)

- Ejercicios Rectilíneos: son el conjunto de ejercicios analíticos y globales, los primeros en realizarse después de un evento cerebrovascular para crear consciencia del movimiento en el cuerpo del usuario, pueden ser ejecutados con fuerza propia o con ayuda externa, darán la pauta para avanzar a métodos terapéuticos que requieran de más esfuerzo, sus beneficios son llevar más oxígeno a la sangre, aumentar la circulación sanguínea, mantener la flexibilidad y el rango articular, además restablecen el movimiento disminuido o dañado por lesiones en el sistema nervioso.
- Facilitación Neuromuscular Propioceptiva: también conocido como el método Kabat, es un método terapéutico llevado a cabo con el fin de obtener respuestas específicas del sistema neuromuscular a partir de la estimulación de los propioceptores orgánicos. Dentro de los objetivos que se pueden alcanzar con las técnicas de facilitación o estimulación de acuerdo al efecto buscado están el reforzamiento muscular, aumento de la estabilidad, aumento de la amplitud articular, restablecimiento de la coordinación, reentrenamiento del equilibrio y la relajación muscular. (FisioAso, 2012)

Los principios básicos del método Kabat son: los movimientos complejos, la resistencia máxima, los contactos manuales, los comandos y órdenes, la compresión y la tracción y estiramiento. Los movimientos son integrados, tienen un carácter global y se realizan en diagonal y espiral, con componentes de rotación, produciendo de forma muy exacta los movimientos que se realizan en las actividades de la vida diaria y en los movimientos de los deportes. Las técnicas del método Kabat son específicas para refuerzo y potenciación y relajación o estiramiento, con frecuencia estas técnicas se emplean de manera combinada, debiendo ser seleccionadas según el tipo de lesión. (FisioAso, 2012)

- **Iniciación Rítmica:** también llamada técnica de ritmo en principio se le pide al usuario una relajación voluntaria seguida de una contracción isotónica asistida continuando con una contracción isotónica resistida. Esta técnica es empleada para mejorar el momento de inicio del movimiento del usuario. Se utiliza en usuarios espásticos o que no tienen la capacidad para iniciar el movimiento, con el propósito de promover la habilidad para iniciar el movimiento y aumentar la rapidez del mismo. (FisioAso, 2012)
- **FNP Modificado:** esta técnica se utiliza cuando el usuario no puede realizar un patrón de movimiento en contra de la fuerza de la gravedad o soportando una resistencia máxima para lo cual se realizan modificaciones para poder trabajarla.
- **Estabilizaciones Rítmicas:** En esta técnica en un determinado punto del recorrido articular del patrón del movimiento pedimos al usuario que realice una contracción isométrica del patrón agonista y seguidamente una contracción isométrica del patrón antagonista sin realizar recorrido articular. La utilidad de

esta técnica la encontramos en la estabilización de la musculatura de la cintura pélvica o escapular y zona proximal del miembro. Las estabilizaciones rítmicas se realizan con el propósito de estimular un movimiento activo, incrementar la fuerza de sostén y para activar los reflejos de enderezamiento y equilibrio, esta técnica es ideal para aplicarla en actividades de la vida diaria. (FisioAso, 2012)

- **Tratamiento en Colchoneta:** el trabajo en colchoneta se realiza en diferentes posiciones y según la funcionalidad del usuario, iniciando con ejercicios en posiciones bajas, seguido de las posiciones medias, hasta llegar a las posiciones altas. Son ideales para conseguir una irradiación de las zonas fuertes del cuerpo hacia las zonas más débiles, para enseñar y practicar actividades funcionales como los traslados y cambios de una posición a otra, mejorar la coordinación y normalizar el tono muscular. A medida que las capacidades del individuo aumenten se pueden combinar con ejercicios de equilibrio.
- **Actividades de la Vida Diaria:** Las Actividades de la Vida Diaria son todas aquellas tareas que el ser humano realiza de una forma cotidiana y cuya no realización supone mayor o menor grado de discapacidad, lo que le lleva a dependencia de terceras personas. Estas están divididas en tres grupos:
 - Básicas o Físicas: estas son actividades primarias de las personas encaminadas a su autocuidado y movilidad.
 - Instrumentales: estas actividades son las que permiten a la persona adaptarse a su entorno y mantener su independencia.

- Avanzadas: estas actividades incluyen la actividad física y las actividades sociales.

Las actividades de la vida diaria se trabajan de una manera coordinada integrando los sentidos y sistemas del cuerpo, controlando desde los movimientos oculares, faciales, patrones de cabeza y cuello, dependiendo del plano de posiciones en el que se esté trabajando ir integrando tronco, miembros superiores e inferiores.

Dominar las actividades de la vida diaria es un paso importante en el progreso del usuario hacia la independencia. (Davida, 2019)

- **Cargas de peso o reacciones de apoyo:** las cargas de peso deben realizarse siempre que ha existido un período de inmovilización y de pérdida del apoyo, cuando existe un período de inmovilización los mecanismos propioceptores pueden quedar adormecidos o atrofiados. (Junquera, 2012)

Las cargas de peso se trabajan en conjunto con la propiocepción, que es la técnica que tiene el cuerpo para saber cuál es la posición del mismo en el espacio, estos mecanismos se llevan a cabo a través de receptores mecánicos distribuidos a lo largo de todo el cuerpo, las cargas de peso se encargan de equilibrar las fuerzas musculares, proporcionará de nuevo a los centros de gravedad la base de sustentación del cuerpo en cualquier posición en la que este se encuentre, convirtiéndose según en la última línea de defensa antes de sufrir una caída. (Junquera, 2012)

- **Verticalización:** la verticalización no es más que llevar a la persona afecta a la posición bípeda. Cuando una persona padece un daño cerebral adquirido, suele pasar por una fase inicial de encamamiento que se prolonga más o menos en función de su estado, cuando

este es prolongado suele conllevar una serie de complicaciones por las que luego es necesario un período de adaptación progresiva para recuperar la posición vertical. Los beneficios de la verticalización son mantener el contenido de calcio en los huesos, activación de la circulación sanguínea, aumento del consumo de oxígeno, prevenir el estreñimiento, permitir la descarga de la zona isquiática, mejorar y desarrollar el equilibrio en la parte superior del cuerpo y generar fuerza en los músculos anti gravitatorios. Como recomendación siempre hay que mantenerse al tanto del usuario porque la complicación más frecuente es la hipotensión ortostática. (Neurorhb, 2017)

Tratamiento fisioterapéutico donde se incluye a la familia

- **Cuidados Posturales:** la postura es la forma en que cada uno coloca su cuerpo y lo mantiene para que no caiga por la atracción de la ley de la gravedad.

La buena postura corporal es aquella en la que se cumplen una serie de normas que aseguran una correcta distribución del peso del cuerpo y que facilitan el esfuerzo de los músculos para sostenerlo o para realizar una acción.

Los cambios posturales son necesarios para prevenir las úlceras por presión, para mejorar la función cardiovascular y respiratoria, para evitar la rigidez articular y la flacidez muscular. (Ripol, s.f.)

- **Traslados**

Los traslados se realizan partiendo de las capacidades y necesidades físicas del usuario.

El proceso de enseñanza del usuario para que realice un traslado con asistencia se inicia tan pronto como éste es capaz de mantener el equilibrio en la posición de sentado, al

usuario se le deben enseñar secuencias cortas y deberán dominar cada paso antes de proseguir con el siguiente.

Cuando el usuario es dependiente y necesita de un cuidador para poder trasladarse debe existir una buena coordinación y comunicación entre el cuidador y la persona en situación de dependencia, para garantizar que la transferencia se haga correctamente, evitando lesiones tanto al cuidador como a la persona cuidada. (Infomed, 2010)

- **Movilizaciones:** cuando los días de terapia con una persona especializada son limitados es importante enseñar a la familia tipos de movilizaciones que nos ayudarán a no perder los avances alcanzados, las movilizaciones son movimientos sobre una misma superficie, realizando cambios de posición o de situación.

Con las movilizaciones correctas ayudamos al usuario a mantener o a aumentar sus capacidades físicas, a mejorar la circulación, a prevenir atrofas musculares, rigideces articulares y apariciones de úlcera por presión y favorecemos la independencia y la relación social. (Infomed, 2010)

Muestra

Caso único

Se tomó como muestra un usuario masculino de 67 años, residente del municipio de Santiago Atitlán, Sololá, con diagnóstico de “Evento Cerebrovascular” siendo atendido en el Servicio de Fisioterapia de la Asociación de Padres y Amigos de Personas con Discapacidad de Santiago Atitlán “**ADISA**” durante el período del Ejercicio Técnico Profesional Supervisado.

Tipo de Investigación

Investigación aplicada e Investigación exploratoria: con el objetivo de encontrar estrategias que permitan brindar un abordaje específico al problema que se ha planteado, teniendo como fin generar conocimientos prácticos. Nos aproximan al asunto sobre el cual se investiga, para llegar al tema con mayor profundidad. (Etecé, 2021)

Técnica de Investigación

Observación y Entrevista: a través de la observación del usuario y las referencias que la familia brindó, se obtuvo los datos e información que fue determinante a la hora de plantear los objetivos y el abordaje. (Etecé, 2021)

Boletas de Investigación y Evaluaciones

- Hoja de anamnesis: se utilizó para obtener los datos personales del usuario, conocer los antecedentes clínicos personales y antecedentes familiares.
- Evaluación de Fisioterapia del centro: para conocer amplitudes articulares, fuerza muscular, grado de dolor si lo hubiera, y saber si esta alterada la sensibilidad.
- Índice de Barthel: es un instrumento utilizado para medir la capacidad en la realización de diez actividades básicas de la vida diaria, con este se obtiene una estimación cuantitativa del grado de dependencia del individuo.
- El Motricity Index: Este test se utiliza para evaluar la actividad motora voluntaria o fuerza muscular isométrica máxima del brazo y pierna hemiparéticos. Consta de seis movimientos y se gradúan en una escala ordinal de 0 a 33 puntos, la puntuación parcial para el brazo y para la pierna es de 100, con una puntuación total de 200.

- El Trunk Control Test: esta es una prueba con el que se mide aspectos simples del movimiento del tronco. Consta de cuatro maniobras y cada una se puntúa en una escala ordinal que va de 0 a 25 puntos, la puntuación varía entre 0 y 100, cuanto más alta es la puntuación, mejor es el resultado.
- Índice de Esfuerzo del Cuidador: este instrumento se utiliza para conocer la carga de trabajo y el esfuerzo que realiza la familia al brindar los cuidados al usuario. Está compuesto por 13 preguntas dicotómicas (2 únicas posibilidades de respuesta sí o no) administradas durante el transcurso de una entrevista clínica, y cada respuesta verdadera puntúa 1. La puntuación total presenta un rango entre 0 y 13 puntos y una puntuación total de 7 o más sugiere un nivel elevado de esfuerzo.
- Apgar Familiar: esta escala permite valorar la dinámica familiar en las áreas de adaptación, vida en común, crecimiento, afecto y resolución. La valoración del estado de salud incluye información sobre el estilo de vida y creencias sanitarias. El usuario anota una de las tres posibilidades, puntuándose de la siguiente manera: Casi siempre: (2 puntos); Algunas veces. (1 punto); Casi nunca: (0 puntos). Las puntuaciones de cada una de las cinco preguntas se suman. Una puntuación de 7 a 10 sugiere una familia muy funcional, una puntuación de 4 a 6 sugiere una familia moderadamente disfuncional, una puntuación de 0 a 3 sugiere una familia con grave disfunción.

Presentación de Caso

Caso único

Sexo: masculino

Edad: 67 años

Diagnóstico: Evento Cerebrovascular.

Historia clínica: La esposa refiere que hace alrededor de dos años él trabajaba en la ciudad capital de Guatemala, cuando sufrió un “derrame cerebral” y permaneció alrededor de dos semanas en el hospital San Juan de Dios. Indicó que al darle de alta no recibió ninguna información sobre la enfermedad del esposo ni de los cuidados que necesitaba.

Cuando lo trasladan de la ciudad capital hacia su casa de habitación, se dan cuenta de que no puede hacer uso del lado izquierdo del cuerpo, y dependía totalmente de los cuidados de la familia, a raíz de esta situación se ha modificado la vida personal de cada uno de ellos.

Pasó un largo tiempo para que recibiera tratamiento fisioterapéutico, al inicio las sesiones fueron dificultosas porque el estado emocional y anímico del usuario se veía muy comprometido, el enfado y las agresiones verbales hacía el fisioterapeuta eran frecuentes.

El seguimiento médico que se le brindó se hizo a través de un equipo multidisciplinario, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Psicólogo y Terapeuta del Lenguaje.

Evaluaciones y Procedimientos

Las evaluaciones que se utilizaron son específicas para personas que han padecido un evento cerebrovascular, los resultados permitieron conocer el estado del usuario y plantear los objetivos del tratamiento.

Presentación de Resultados:

Primera Evaluación: se efectuó el 01 de julio 2021, con evaluación de fuerza muscular y amplitud articular, el resultado de la fuerza muscular fue mala para todos los movimientos tanto del lado sano como del lado afecto, las amplitudes articulares se conservan dentro de los rangos normales, la sensibilidad superficial, profunda y térmica está conservada.

En la escala de Barthel el resultado fue de total dependencia, no tenía control de tronco para girar al lado sano ni al afecto, no era capaz de realizar un cambio de posición de forma voluntaria.

Necesitaba ayuda para realizar cambios de posición, traslados de un lugar a otro, y siempre tenía asignada a una persona de la familia para ser cuidado.

Objetivos de Tratamiento

- Conservar las amplitudes articulares.
- Aumentar fuerza muscular de ambos hemicuerpos.
- Brindar los conocimientos a la familia para realizar los traslados de manera adecuada.
- Motivar al usuario a ser más independiente.
- Evitar úlceras por presión

- Evitar posturas viciosas

Segunda evaluación: se efectuó un mes después de realizar la primera evaluación el 05 de agosto 2021, los resultados obtenidos fueron positivos, mejoró la fuerza muscular de malo a regular.

Los traslados se realizaron por parte de los cuidadores de una mejor manera, el usuario participa de una manera activa a la hora de movilizarlo de un lugar a otro.

Se trabajó la verticalización, dando instrucciones a los cuidadores de adaptar el entorno de manera segura, para que el usuario obtenga todos los beneficios que la verticalización ofrece.

Evaluación final: se efectuó el 07 de septiembre 2021, los resultados fueron el aumento de la fuerza muscular del lado no afecto pasó de regular a buena, mientras que el lado afecto se conservó en regular. La puntuación para el índice de motricidad fue de 84 puntos y 37 puntos para la prueba de control de tronco.

Logró girar hacia ambos lados, colocarse en decúbito prono y volver a decúbito supino, llegar a la posición sedente necesitando poca ayuda, y mantener esta cuando no hay respaldo.

Al momento de la verticalización necesita del cuidador para llegar a la posición de bipedestación, así como para trasladarse de un lugar a otro.

Análisis del caso

Se eligió a un usuario masculino de 67 años con el diagnóstico de Evento Cerebrovascular.

Dentro plan terapéutico se les otorgó información a los cuidadores sobre el padecimiento del usuario, aclarando las dudas que existían en ellos.

Al realizar la primera evaluación se plantearon los objetivos a alcanzar, se trabajó con el método Rood, método Perfetti y la Facilitación Neuromuscular propioceptiva, se dieron planes educacionales de manera oral y demostrativa a los cuidadores, sobre las movilizaciones, traslados y cuidados posturales.

Como resultado final se ha logrado disminuir el nivel de dependencia de un estado total, a un estado grave de acuerdo con la puntuación del índice Barthel. Se concientizó a cada integrante de la familia que cumple con el rol de cuidador que en cada actividad que se realice se busque siempre la participación del afectado.

Se llevan a cabo las escalas de índice de esfuerzo del cuidador y el APGAR familiar, donde el índice del esfuerzo del cuidador evidenció un nivel elevado de esfuerzo obteniendo una puntuación de 8, y el apagar familiar evidenció que son una familia muy funcional con una puntuación de 9.

A la familia se le hizo entrega de un decálogo del cuidador para que tengan presente que es importante prestar atención a su estado físico, emocional, psicológico y cuidar de ellos.

CAPÍTULO III

PROGRAMA DE EDUCACIÓN, INCLUSIÓN O PREVENCIÓN

El programa de educación, inclusión o prevención pretende que los usuarios se apropien de su proceso rehabilitador a través de planes educacionales, rutinas de ejercicios y folletos informativos.

Objetivos del Programa

Difundir información que genere en las personas el interés por el seguimiento de sus tratamientos y el cuidado de su salud.

Metodología

En el período del Ejercicio Técnico Profesional Supervisado se brindaron planes educacionales para trabajar en casa a usuarios que presentaron diagnósticos que involucraran la columna vertebral, lesiones en miembros superiores o inferiores, esto con el fin de prevenir que las lesiones se hicieran mayores. Se otorgó un total de diez planes que ADISA maneja en hojas bond impresas, donde se describen los ejercicios y repeticiones que debían realizar.

Se trabajó con un grupo de 15 madres que tienen hijos con discapacidad, dándoles talleres prácticos de relajación progresiva, ejercicios de estiramiento, ejercicios de columna y respiraciones profundas, llevados a cabo en las instalaciones del centro, se impartieron cada tres semanas, con el objetivo de crear conciencia en cuidar de su salud tanto física como mental.

Se entregó folletos informativos a los participantes que padecían parálisis facial, donde se describió de manera comprensible el síndrome, las causas, los síntomas y la rutina de ejercicios e instrucciones para realizarlo.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Análisis General

Se llevó a cabo el Ejercicio Técnico Profesional Supervisado en el municipio de Santiago Atitlán, Sololá, donde se brindó atención a usuarios de todas las edades, predominando el rango de edad de 50 a 70 años, el diagnóstico más frecuente fue la parálisis facial y el sexo al que se le dio más atención fue el femenino.

Para la investigación se seleccionó un único caso clínico con el diagnóstico de Evento Cerebrovascular, con el tratamiento terapéutico brindado se logró mejorarla movilidad y el nivel de independencia del participante. Conjuntamente se da formación a la familia y cuidadores capacitándolos en los cuidados y adaptaciones del entorno que redujo de manera considerable la carga del trabajo.

El programa de educación, inclusión o prevención se trabajó a través de planes educacionales con el objetivo de prevenir lesiones mayores, talleres con madres de familia para que cuidaran de la salud de sus hijos y la de ellas. También entrega de trifoliales elaborados para un diagnóstico específico.

Como resultado final se obtiene la satisfacción de ayudar a muchas personas, realizando un trabajo con dedicación, profesionalismo y responsabilidad, que se vio reflejado en la mejoría de cada uno de los usuarios.

CONCLUSIONES

- Se hizo uso de distintas evaluaciones y modalidades fisioterapéuticas, adaptándose a los recursos del centro y al entorno de la comunidad.
- En conclusión, los usuarios que asistieron al servicio de fisioterapia recibieron tratamientos adecuados a sus diagnósticos, que ayudaron a mejorar su calidad de vida.
- Se elaboró un protocolo de tratamiento para evento cerebrovascular donde se incluyó los cuidados del usuario, de los cuidadores y el abordaje rehabilitador en casa.
- Se apoyó a la familia dándoles formación de los cuidados y actividades a realizar con el usuario, utilizando las herramientas y la infraestructura que el domicilio ofrecía.
- Se brindaron planes educacionales según el diagnóstico y la necesidad de cada usuario, guiándoles en el seguimiento del tratamiento en casa.
- Se concientizó a las madres de niños con discapacidad a cuidar de su salud física y mental a través del ejercicio.

RECOMENDACIONES

- Ampliar el número de evaluaciones y adaptarlas al contexto del lugar, para obtener datos relevantes que permitan elaborar un plan de tratamiento óptimo y personalizado a las necesidades del usuario.
- Proporcionar al usuario seguimiento del proceso rehabilitador que garantice mejorar su calidad de vida.
- Dentro del tratamiento fisioterapéutico para personas con evento cerebrovascular, incluir los cuidados que debe tener la familia y cuidadores para evitar un desgaste físico y emocional que pueda repercutir en la mejora del usuario.
- Compartir con la familia información que amplíe los conocimientos para un buen cuidado del usuario en casa, utilizando los recursos que el medio ofrece.
- Crear trifoliales de los diagnósticos más comunes tratados en la institución, para que el usuario conozca sobre su padecimiento y la manera correcta de dar seguimiento al tratamiento en casa.
- Fomentar en cada padre o madre de familia el hábito de realizar actividades físicas, a través de charlas y práctica de rutinas de ejercicios.

REFERENCIAS

Apaolaza, I. (2020, 20 febrero). *El papel de la familia en la recuperación del paciente con ACV*.

ISEP. <https://www.isep.es/actualidad-logopedia/papel-familia-acv/>

Arana, J. L., Ortega, M. P., López, F., & Urraca, A. (2004). *Ictus Guía de Práctica Clínica*

(Revisado ed., Vol. 1). Editorial DYKINSON, S.L.

Argimon, J. M., Limón, E., & Abós, T. (2003). *Sobrecarga y calidad de vida de los cuidadores*

informales de pacientes discapacitados. Elseiver.

<https://core.ac.uk/download/pdf/82492333.pdf>

Bargiela, C. A., & Bargiela, M. M. (2005). *Accidente Cerebro Vascular*. Sociedad de Medicina

Interna de Buenos Aires. https://www.smiba.org.ar/revista/vol_02/02_05.htm

C. (2020, 3 diciembre). *El método de Rood una alternativa que te gustará conocer*. Camde.

<https://camde.es/metodo-rood-alternativa-gustara-conocer/>

Castro, W. M. D. (2019). *Método Perfetti como Estrategia Terapéutica en la Rehabilitación de*

Pacientes con Enfermedad Cerebrovascular: Revisión Bibliográfica. Dialnet.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6985334>

Clínica Universidad de Navarra. (2020). *Cuidados tras un accidente cerebrovascular. Cuidados en casa y consejos*. <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/cuidados-casa/cuidados-ictus>

Consejos y Cuidados tras un Ictus. (2012). Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/GPC_466_Ictus_AP_Lain_Entr_paciente.pdf

F. (2016, 6 septiembre). *Método Kabat dentro de la Facilitación Neuromuscular Propioceptiva*. Neurofuncion. <https://neurofuncion.com/metodo-kabat-dentro-de-la-facilitacion-neuromuscular-propioceptiva/>

García, B. F. (s. f.). *Medicina ancestral de las comadronas de santiago atitlán, sololá*. Centro de estudios folklóricos. Recuperado 2 de octubre de 2021, de http://c4.usac.edu.gt/revindex/articulos/editor5-r138_pi293_pfi311_ra28112.pdf

Gould, D. J. (2014). *Neuroanatomía de Bolsillo* (2.^a ed., Vol. 1). Lippincott Williams & Wilkins.

Hernández, R. A. (2008). *Municipio de santiago atitlán departamento de sololá*. biblioteca.usac.edu.g. http://biblioteca.usac.edu.gt/EPS/03/03_0683_v14.pdf

Km169, P. C. (2019, 15 enero). *Maximón y la controversia religiosa - Santiago Atilán, el pueblo sin ejército*. Medium. <https://medium.com/santiago-atil%C3%A1n-el-pueblo-sin-ej%C3%A9rcito/maxim%C3%B3n-y-la-controversia-religiosa-8cfc01404b12>

Método Rood una alternativa terapéutica. (2016, 2 agosto). eFisioterapia.

<https://www.efisioterapia.net/articulos/metodo-rood-una-alternativa-terapeutica>

Metodología, Equipo editorial, Etecé. (2021). *Concepto*

de. <https://concepto.de/metodologia/#ixzz7QUUiQDXi>

Rehabilitación biomecánica» *Los traslados: ventajas y usos*. (2010, 8 noviembre). Infomed.

<http://articulos.sld.cu/rehabilitacion-bio/2010/11/08/problemas-en-una-decision%E2%80%A6-%C2%BFcomo-puedo-combinar-adecuadamente-la-kinesiologia-y-la-fisioterapia-en-la-rehabilitacion/#:%7E:text=Un%20traslado%20es%20un%20patr%C3%B3n,el%20paciente%20con%20discapacidad%20neuromuscular%20>

Revuelta, M. (2016, abril). *Cuidado Formal e Informal de Personas Mayores Dependientes*.

Universidad Pontificia Comillas Madrid. Recuperado agosto de 2021, de

<https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/13437/TFM000507.pdf?sequence=1>

Rimoldi, M. F. A. L. M. M. V., González, F., Cáceres, M., Pruvost, M., Miranda, A. L., & Viale, M. (todavía no publicado). Programas para familiares de personas que han sufrido un traumatismo craneoencefálico o un accidente cerebrovascular. *Revista Neuropsicología Latinoamericana*.

Ripol, E. (s. f.). *La tarea de cuidar: higiene postural, movilización y transferencias*. Gobierno de Aragón, departamento de servicios sociales y familia. Recuperado 2 de octubre de 2021, https://www.aragon.es/documents/20127/674325/02_La%20tarea%20de%20cuidar_Higiene%20postural.pdf/5b686fff-1e23-263f-6e5c-44d0a09dacad

Sistemas y beneficios de la bipedestación temprana en neurorehabilitación. (2017, 29 marzo).

Centros de Daño Cerebral de Hospitales vithas. <https://neurorhb.com/blog-dano-cerebral/sistemas-y-beneficios-de-la-bipedestacion-temprana-en-neurorehabilitacion/>

T. (2017, 11 julio). *Método Kabat*. Terapia-Fisica.com. <https://www.terapia-fisica.com/metodo-kabat/>

Terapia ocupacional/Davida Rehabilitación Center. (2019, 14 febrero). Rehabilitación Center

Davida. <https://www.davidarehabilitación.com/servicios/terapoa-ocupacional/>



ANEXOS

EVALUACIÓN FISIOTERAPIA

Nombre: _____

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Discapacidad: _____

Diagnóstico: _____

HISTORIA CLÍNICA

AMPLITUD ARTICULAR

--

FUERZA MUSCULAR

--

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

SENSIBILIDAD

--	--

DOLOR

--

OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

TRATAMIENTO

FECHA DE EVALUACIÓN: _____ EVALUÓ: _____



EVALUACIÓN FISIOTERAPIA

Nombre: _____

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Discapacidad: _____

Diagnóstico: _____

HISTORIA CLÍNICA

Supino: _____

Prono: _____

Sedestación: _____

Posición de hincado: _____

Bipedestación: _____

Actividades de la vida diaria:

--

Tratamiento a seguir:

Fecha de evaluación: _____ evaluó: _____



EVALUACIÓN PARA PARÁLISIS CEREBRAL

1. Datos Informativos

Nombre: _____

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

2. Historia Clínica

Edad Gestacional: _____ Control Prenatal: SI _____ NO _____

Amenaza de aborto: SI _____ NO _____ Tomó algún medicamento: _____

Enfermedades o problemas durante el embarazo: _____

Lugar del parto: _____

Tipo de parto: Vaginal: _____ Cesárea: _____ Motivo de Cesárea: _____

Complicaciones en el parto: SI _____ NO _____

Otros: _____

3. Aspectos a Evaluar

Actividad Refleja

Moro: SI _____ NO _____ Reflejo de Búsqueda: SI _____ NO _____

Marcha Automática: SI _____ NO _____ Reflejo de Succión: SI _____ NO _____

Reflejo de Babinski: SI _____ NO _____ Reflejo de Paracaídas: SI _____ NO _____

Tónico Simétrico: SI _____ NO _____ Tónico Asimétrico: SI _____ NO _____

Prensión Palmar: SI _____ NO _____ Prensión Plantar: SI _____ NO _____

Reacciones

De enderezamiento: SI _____ NO _____ De Defensa: SI _____ NO _____

De equilibrio SI _____ NO _____ Tipo de Equilibrio: _____

Tono Postural

Hipotónico: _____ Espástico: _____ Atetósico: _____ Coreoatetósico: _____ Mixto: _____



Patrones Motores

Posición Supina

Seguimiento Visual SI _____ NO _____

Cabeza: _____

Tronco: _____

Pelvis: _____

Miembro superior: _____

Miembro inferior: _____

Posición Prona

Control de cabeza: _____

Adopta la posición: _____

Apoya antebrazos: _____

Comentarios: _____

Sedestación

Adopta la posición: _____

Mantiene la posición: _____

Comentarios: _____

Posición en 4 puntos

Adopta y mantiene la posición: _____

Gateo: _____

Pasa a sentado lateral: _____

Comentarios: _____

Posición Arrodillado

Adopta la posición: _____

Realiza transferencias de peso: _____

Semihincado: _____

Comentarios: _____

Bipedestación

Adopta la posición: _____

Base de sustentación Amplia _____ Normal _____ Disminuida _____

Marcha lateral: _____



Marcha: _____

Baja y sube gradas: _____

Salta: _____

Rangos de movimientos

Miembro superior _____ Miembro inferior _____ Tronco _____

Especifique: _____

Uso de Órtesis

AFOS _____ KAFOS _____ FÉRULAS _____ OTROS _____

Problemas Sensoriales

Propiocepción NORMAL _____ ALTERADO _____

Vestibular NORMAL _____ ALTERADO _____

Tacto HIPOESTESIA _____ HIPERESTESIA _____ ANESTESIA _____

Auditiva ANACUSIA _____ HIPOACUSIA _____ NORMAL _____

Visión NORMAL _____ ALTERADO _____ DISMINUIDA _____

Objetivos del tratamiento:

Tratamiento:

Fecha de evaluación: _____ Evaluó: _____

**EVALUACIÓN PARA PARÁLISIS FACIAL**

Nombre: _____
Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Dirección: _____
Teléfono: _____ Discapacidad: _____
Diagnóstico: _____

HISTORIA CLÍNICA:

Parálisis facial periférica Parálisis de Bell

Derecho Izquierdo

EVALUACIÓN DE TONO

	1ra. Evaluación	2da. Evaluación
Hipotonía fuerte (-2)		
Hipotonía ligera (-1)		
Simétrico y normal (0)		
Hipertonía ligera (1)		
Hipertonía fuerte (2)		

SINCINESIAS

SI NO

Describe _____

PARESTESIAS

SI NO

Describe _____

FUERZA MUSCULAR

	1ra. Evaluación	2da. Evaluación
Occipitofrontal		
Superciliar		
Orbicular de los ojos		
Piramidal de la nariz		
Transverso de la nariz		

	1ra. Evaluación	2da. Evaluación
Elevador del labio superior		
Cigomáticos		
Risorio		
Cuadrado de la barba		
Buccinador		
Orbicular de los labios		

Fecha 1ra. Evaluación: _____ Evaluó: _____

Fecha 2da. Evaluación: _____ Evaluó: _____



EVALUACIÓN DE MUÑÓN

NOMBRE: _____

EDAD: _____ NACIMIENTO: _____ DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: _____ DISCAPACIDAD: _____

OCUPACIÓN: _____ DIAGNÓSTICO: _____

LONGITUD: _____

CIRCUNFERENCIA:

1. A. _____ cms = _____ cms

2. A. _____ cms = _____ cms

3. A. _____ cms = _____ cms

FORMA: _____ PIEL: _____

CICATRIZ QUIRÚRGICA: _____

OBSERVACIONES: (edema, dolor, coloración, parestesias, otros)

SENSACIÓN DE MIEMBRO FANTASMA: SI NO

CUÁNDO: _____

AMPLITUD ARTICULAR MUÑÓN: _____

FUERZA MUSCULAR MUÑÓN: _____

EQUILIBRIO SENTADO: _____

EQUILIBRIO DE PIE: _____

EQUILIBRIO ESTÁTICO Y DINÁMICO: _____

ASISTENTE PARA LA MARCHA: _____

OBSERVACIONES: _____

FECHA DE EVALUACIÓN: _____ FISIOTERAPEUTA: _____



EVALUACIÓN DE LA MARCHA

Nombre: _____

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Discapacidad: _____

Diagnóstico: _____

1. Observación:

- | | | |
|------------------------------|----------------|--------------|
| a) Claudica | b) Stepage | c) Antalgica |
| d) Tijera | e) Incordinada | f) Equina |
| g) Otra (especifique): _____ | | |

2. Tipo de ayuda externa: _____

3. Tipo de marcha con ayuda externa: _____

4. Tipo de órtesis: _____

5. Base de sustentación:

Normal _____

Amplia _____

Reducida _____

6. Fases de la marcha: (P) Presente

(D) Deficiente

(A) Ausente

a) Fase de apoyo

MII

MID

Choque de talón _____

Apoyo plantar _____

Apoyo medio _____

Elevación de talón _____

Despegue _____

b) Fase de balanceo

MII

MID

Aceleración _____

Balanceo medio _____

Desaceleración _____

7. Ciclo de la marcha

a) Número de pasos por minuto _____

b) Disociación hombro/cadera SI _____ NO _____

Fecha de Evaluación: _____ Evaluó: _____

EVALUACIÓN FISIOTERAPIA

NOMBRE: _____

EDAD: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: _____ DIAGNÓSTICO/AD: _____

DIAGNÓSTICO: _____ DISCAPACIDAD: _____

HISTORIA CLÍNICA: _____

Índice de Motricidad	F	E	C	H	A	
M. Sup (en sedestación)						TEST 1 (Pinch grip) =0 ningún movimiento. 11=inicios de la prensión. 19=Grips cube, pero incapaz de sostener contra la gravedad, pero no contra tirón débil. 26= Grips cube contra el tirón, pero más débil que la otra cara/ normal. 33= Agarre pinza normal.
1. Presión de la pinza 2.5 cm entre el pulgar y el índice.						
2. Flexión de codo Desde 90° contracción voluntaria/movimiento.						
3. Abducción del hombro Desde el pecho						TEST 2 – 6 0= Ningún movimiento. 9= contracción palpable en el músculo, pero no hay movimiento. 14= movimiento visto, pero no completa gama/ no en contra de la gravedad. 19= Gama completa contra la gravedad, no en contra de la resistencia. 25= movimiento contra la resistencia, pero más débil que el otro lado. 33= Energía normal.
M. Inf. (en sedestación)						
4. Flexión dorsal de Tobillo Desde flexión plantar						
5. Extensión de Rodilla Desde 90° contracción voluntaria/movimiento.						
6. Flexión de cadera Desde 90° de flexión.						

PUNTUACIÓN M.SUP. (1+2+3)						
PUNTUACIÓN M.INF. (4+5+6)						
P. HEMILATERAL (brazo+pierna) /2						TEST DE CONTROL DE TRONCO 0=incapaz de hacerlo por sí mismo. 12=Capaz de hacerlo, pero solo con ayuda no muscular (tirando de la ropa de cama, con los brazos a la libre estable cuando está sentado, tirando hacia arriba de mono polo, etc). 25=normal.
<u>Prueba de control de tronco.</u> (En decúbito supino en la camilla)						
7. Rodando hacia lado débil						
8. Rodando hacia lado fuerte						
9. Sentarse desde tumbado						
10. Equilibrarse en sedestación. En el borde de la cama.						
TRUNK SCORE (7+8+9+10)						

Nombre: _____

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____

Diagnóstico: _____

INDICE DE BARTHEL			
Comida			
	10	Totalmente independiente	
	5	Necesita ayuda para cortar carne, pan, etc.	
	0	Dependiente	
Baño			
	5	Independiente. Entra y sale solo del baño	
	0	Dependiente	
Vestido			
	10	Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	
	5	Necesita ayuda	
	0	Dependiente	
Arreglo			
	5	Independiente para lavarse la cara, las mano, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	
	0	Dependiente	
Deposiciones			
	10	Continente	
	5	Ocasionalmente algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	
	0	Incontinente	
Micción			
	10	Continente o es capaz de cuidarse la sonda	
	5	Ocasionalmente, más un episodio de incontinencia en 24h, necesita ayuda para cuidar la sonda	
	0	Incontinente	
Usar el retrete			
	10	Independiente para ir, quitarse y ponerse la ropa	
	5	Necesita ayuda para ir, pero se limpia solo	
	0	Dependiente	
Trasladarse			
	10	Independiente para ir de la silla a la cama	
	5	Mínima ayuda física o supervisión	
	0	Dependiente	
Deambulación			
	10	Independiente, camina solo 50 metros	
	5	Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50m	
	0	Dependiente	
Escaleras			
	10	Independiente para subir y bajar escaleras	
	5	Necesita ayuda física o supervisión	
	0	Dependiente	
			TOTAL

Valoración: _____

FECHA DE EVALUACIÓN: _____ FISIOTERAPEUTA: _____

INDICE DE ESFUERZO DEL CUIDADOR

ITEMS	SI	NO
1. Tiene trastornos de sueño (Ej. Porque el paciente se acuesta y se levanta o pasea por la casa de noche).		
2. Es un inconveniente (Ej. Porque la ayuda consume mucho tiempo o se tarda mucho en proporcionar).		
3. Representa un esfuerzo físico (Ej. Hay que sentarlo, levantarlo de una silla).		
4. Supone una restricción (Ej. porque ayudar limita el tiempo libre o no puede hacer visitas).		
5. Ha habido modificaciones en la familia (Ej. Porque la ayuda ha roto la rutina o no hay intimidad).		
6. Ha habido cambios en los planes personales (Ej. Se tuvo que rechazar un trabajo o no se pudo ir de vacaciones).		
7. Ha habido otras exigencias de mi tiempo (Ej. Por parte de otros miembros de la familia).		
8. Ha habido cambios emocionales (Ej. Causa de fuertes discusiones).		
9. Algunos comportamientos son molestos (Ej. La incontinencia, al paciente le cuesta recordar las cosas, el paciente acusa a los demás de quitarle las cosas).		
10. Es molesto darse cuenta de que el paciente ha cambiado tanto comparado con antes (Ej. Es una persona diferente a la de antes).		
11. Ha habido modificaciones en el trabajo (Ej. A causa de la necesidad de reservarse tiempo para la ayuda).		
12. Es una carga económica		
13. Nos ha desbordado totalmente (Ej. Por la preocupación de persona cuidada o preocupaciones sobre cómo continuar el tratamiento).		

APGAR FAMILIAR

	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA
Estoy contento de pensar que puedo recurrir a mi familia en busca de ayuda cuando algo me preocupa.			
Estoy satisfecho con el modo que tiene mi familia de hablar las cosas conmigo y de cómo compartimos los problemas.			
Me agrada pensar que mi familia acepta y apoya mis deseos de llevar a cabo nuevas actividades o seguir una nueva dirección.			
Me satisface el modo que tiene mi familia de expresar su afecto y cómo responde a mis emociones, como cólera, tristeza y amor.			
Me satisface la forma en que mi familia y yo pasamos el tiempo juntos.			

DECÁLOGO PARA EL CUIDADOR

1. *Pida ayuda sin esperar a que la gente se la ofrezca. Quizá los demás no saben cuándo lo necesita.*
2. *Infórmese y utilice los recursos sociosanitarios y de la comunidad.*
3. *Planifique las actividades, el futuro y organice su tiempo con el fin de buscar un momento del día para usted mismo. Un baño relajante, leer un libro o simplemente descansar es básico para poder seguir cuidando.*
4. *No se automedique.*
5. *No abandone la relación con sus amistades.*
6. *No juzgue sus propios sentimientos; no son buenos ni malos.*
7. *Expresa sus pensamientos y emociones.*
8. *Ponga límites.*
9. *Acuda a las asociaciones de familiares y/o grupos de ayuda mutua, ya que desempeñan un papel indispensable en la provisión de soporte, información y consejo a los pacientes y a sus cuidadores.*
10. *Intervenga en los programas de respiro familiar.*

Routine For:
Created By: Kris Cleveland

Hoja No. 3

Sep 03, 2008
knee strengthening spanish

CADERA / RODILLA - 11 Fortalecimiento: Cuadricéps



Contraiga el músculo en la parte anterior del muslo presionando las rodillas hacia la superficie de apoyo. Sostenga ____ segundos.

Repita ____ veces por rutina. Realice ____ rutinas por sesión. Realice ____ sesiones por día.

CADERA / RODILLA - 12 Fortalecimiento: Isquiotibiales



Con el pie izquierdo apuntando hacia dentro, contraiga los músculos posteriores del muslo presionando el talón hacia la superficie de apoyo. Sostenga ____ segundos.

Repita ____ veces por rutina. Realice ____ rutinas por sesión. Realice ____ sesiones por día.

CADERA / RODILLA - 17 Fortalecimiento:
Elevación de Pierna Extendida (Paso 1)



Contraiga el músculo anterior del muslo derecho, eleve la pierna ____ cm. de la superficie de apoyo, manteniendo la rodilla extendida.

Repita ____ veces por rutina. Realice ____ rutinas por sesión. Realice ____ sesiones por día.

CADERA / RODILLA - 21 Fortalecimiento:
Extensión Terminal de Rodilla (Boca Abierta)



Con la rodilla derecha, apoyada sobre una bola, extienda la rodilla contrayendo el músculo anterior del muslo. Mantenga la parte posterior de la rodilla en contacto con la bola durante todo el ejercicio.

Repita ____ veces por rutina. Realice ____ rutinas por sesión. Realice ____ sesiones por día.

CADERA / RODILLA - 9 Auto-Movilización:
Flexión de Rodilla (Boca Abierta)



Flexione la pierna izquierda lo más posible, luego tire de la otra pierna para apoyar la suavemente hasta sentir un tiramiento. Sostenga ____ segundos. Descanse.

Repita ____ veces por rutina. Realice ____ rutinas por sesión. Realice ____ sesiones por día.

CADERA / RODILLA - 24 Fortalecimiento:
Flexión de Rodilla (de Pie)

De pie con apoyo, doble la rodilla derecha, lo más posible.

Repita ____ veces por rutina.
Realice ____ rutinas por sesión.
Realice ____ sesiones por día.



Hoja No. 3

Routine For:
Created By: Kris Cleveland

Sep 03, 2008
leg stretches spanish

TOBILLO / PIE - 14 Elongación de los Gemelos

De pie, con la pierna derecha, atrás, extendida, talón apoyado y ligeramente girada hacia afuera. Inclínese hacia la pared hasta sentir un estiramiento en la pantorrilla.
Sostenga _____ segundos.
Descanse.

Repita _____ veces por rutina.
Realice _____ rutinas por sesión.
Realice _____ sesiones por día.



TOBILLO / PIE - 13 Elongación del talón

De pie, con el pie derecho, atrás, y ambas rodillas flexionadas inclínese suavemente hacia adelante hasta sentir un estiramiento en la parte inferior de la pantorrilla. Mantenga el talón sobre el piso y apuñalando ligeramente hacia fuera.
Sostenga _____ segundos.
Descanse.

Repita _____ veces por rutina.
Realice _____ rutinas por sesión.
Realice _____ sesiones por día.



CADERA / RODILLA - 40 Elongación Isquiotibial (Sentado)



Con la pierna derecha, extendida, y la otra pierna doblada con el pie cerca de la ingle. Inclínese hacia adelante hasta sentir un estiramiento en la parte posterior del muslo.
Mantenga la espalda recta. Sostenga _____ segundos.

Repita _____ veces por rutina. Realice _____ rutinas por sesión. Realice _____ sesiones por día.

CADERA / RODILLA - 34 Elongación Flexores de la Cadera



Apuñalado sobre la pierna derecha, empuje lentamente la pelvis hacia abajo arqueando levemente la espalda hasta sentir un estiramiento en la parte anterior de la cadera.
Sostenga _____ segundos.

Repita _____ veces por rutina. Realice _____ rutinas por sesión. Realice _____ sesiones por día.

CADERA / RODILLA - 32 Elongación Muslo Externo / Ingle

Coloque los talones juntos y acerque ambos pies hacia la ingle hasta sentir un estiramiento en el muslo interno y la ingle.
Sostenga _____ segundos.



Repita _____ veces por rutina.
Realice _____ rutinas por sesión.

ESPALDA - 32 Elongación del Codoirsgo



Lleve el talón izquierdo hacia los glúteos hasta sentir un estiramiento céntrico en el muslo anterior.
Sostenga _____ segundos.

Repita _____ veces por rutina. Realice _____ rutinas

Hoja No 1

Rutina For:
Created By: Kris Cleveland

Sep 03, 2008
limba estiracion spanish

ESPALDA - 1 - Sober Codos (Boca Abajo)



Apóyese sobre los codos y eleva el tronco tan alto como le sea posible, mantenga la cadera sobre el piso. Sostenga _____ segundos.

Repita _____ veces por rutina. Realice _____ rutinas por sesión. Realice _____ sesiones por día.

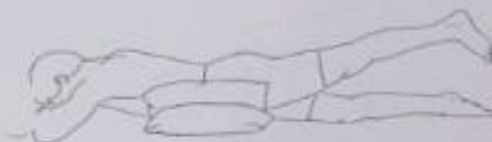
ESPALDA - 2 - Prensión Hacia Arriba



Lleve la parte superior del cuerpo hacia arriba, manteniendo la cadera en contacto con el piso. Mantenga la espalda baja y glúteos relajados. Sostenga _____ segundos.

Repita _____ veces por rutina. Realice _____ rutinas por sesión. Realice _____ sesiones por día.

ESPALDA - 4 - Extensión de Cadera (Boca Abajo)



Eleve la pierna izquierda _____ cm. del piso, mantenga la rodilla extendida.

Repita _____ veces por rutina. Realice _____ rutinas por sesión. Realice _____ sesiones por día.

ESPALDA - 5 - Elevación Brazo-Pierna, Opuesto (Boca Abajo)



Eleve la pierna izquierda y el brazo opuesto _____ cm. del piso, mantenga la rodilla extendida.

Repita _____ veces por rutina. Realice _____ rutinas por sesión. Realice _____ sesiones por día.

ESPALDA - 8 - Extensión de Cadera (de Pies y Manos)



Lleve la pierna derecha, hacia atrás con la rodilla totalmente flexionada. No arquee el cuello o espalda.

Repita _____ veces por rutina. Realice _____ rutinas por sesión. Realice _____ sesiones por día.

ESPALDA - 9 - Extensión Tronco (de Pies y Manos)









Lleve el brazo derecho, hacia adelante. No arquee el cuello. Asegúrese de mantener la espalda recta.

Repita _____ veces por rutina. Realice _____ rutinas por sesión. Realice _____ sesiones por día.

Hoja No 2
Sep 03, 2008
lumbar flexion spanish

Routine For:
Created By: Kris Cleveland

<p>ESPALDA - 22 Rotación Pélvica</p>  <p>Afirmar la espalda mientras contrae los músculos del estómago y glúteos. Repita _____ veces por rutina. Realice _____ rutinas por sesión. Realice _____ sesiones por día.</p>	<p>ESPALDA - 18 Elongación Rodilla al Pecho: Unilateral</p>  <p>Con una mano detrás de la rodilla, desvía hacia el pecho hasta sentir un estiramiento cómodo en la espalda baja y los glúteos. Mantenga la espalda relajada. Sostenga _____ segundos. Repita _____ veces por rutina. Realice _____ rutinas por sesión. Realice _____ sesiones por día.</p>
<p>ESPALDA - 19 Elongación Rodilla al Pecho: Bilateral</p>  <p>Con las manos detrás de las rodillas, desvíelas hacia el pecho hasta sentir un estiramiento cómodo en la espalda baja y los glúteos. Mantenga la espalda relajada. Sostenga _____ segundos. Repita _____ veces por rutina. Realice _____ rutinas por sesión. Realice _____ sesiones por día.</p>	<p>ESPALDA - 16 Elongación Rotación Tronco Inferior</p>  <p>Manteniendo la espalda recta y los pies juntos, lleve las rodillas hacia el lado izquierdo. Sostenga _____ segundos. Repita _____ veces por rutina. Realice _____ rutinas por sesión. Realice _____ sesiones por día.</p>
<p>ESPALDA - 20 Elongación Espalda Media</p>  <p>Lleve el pecho hacia el piso, estirando los brazos hacia delante lo más posible. Sostenga _____ segundos. Repita _____ veces por rutina. Realice _____ rutinas por sesión. Realice _____ sesiones por día.</p>	<p>ESPALDA - 21 Elongación Rotación Espalda Media</p>  <p>Lleve los brazos a cada lado tan lejos como le sea posible, manteniendo el pecho cerca del piso. Sostenga _____ segundos. Repita _____ veces por rutina. Realice _____ rutinas por sesión. Realice _____ sesiones por día.</p>

Copyright© 1999-2008 VIII

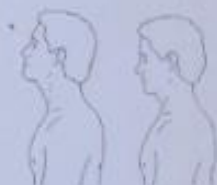
Page 1 of 1

Hoja No. 1

Sep 08, 2008

cervical isometric spanish

COLUMNA CERVICAL - 25 Flexibilidad:
 *Tracción de Cuello



Lleve la cabeza hacia atrás manteniendo la mandíbula y ojos nivelados.

Repita _____ veces por rutina. Realice _____ rutinas por sesión. Realice _____ sesiones por día.

COLUMNA CERVICAL - 5 Fortalecimiento:
 Flexión Lateral - Isométrico (en Neutro)



Ejerciendo presión suave con las yemas de los dedos, presione la sien derecha. Resista el movimiento de doblar la cabeza hacia el lado. Sostenga _____ segundos.

Repita _____ veces por rutina. Realice _____ rutinas por sesión. Realice _____ sesiones por día.

COLUMNA CERVICAL - 7 Fortalecimiento:
 Flexión - Isométrico (en Neutro)

Trate de llevar el mentón hacia el pecho, impidiendo el movimiento con las yemas de los dedos sobre la frente. Sostenga _____ segundos.



Repita _____ veces por rutina.
 Realice _____ rutinas por sesión.
 Realice _____ sesiones por día.

COLUMNA CERVICAL - 8 Fortalecimiento:
 Extensión - Isométrico (en Neutro)

Trate de llevar la cabeza hacia atrás. Resista el movimiento con las yemas de los dedos sobre la parte de atrás de la cabeza. Sostenga _____ segundos.



Repita _____ veces por rutina.
 Realice _____ rutinas por sesión.

COLUMNA CERVICAL - 43
 Movilización Flexión Cervical Superior

Boca arriba con el cuello apoyado sobre un rollo de toalla y la parte posterior de la cabeza descansando sobre el piso, suavemente lleve la quijada hacia la garganta. Trate de mantener la parte posterior de la cabeza siempre en contacto con la superficie de apoyo.



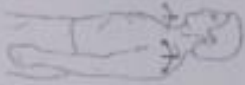
Repita _____ veces por rutina.
 Realice _____ rutinas por sesión.

Hoyo No. 1

COLLEMAN CENTER - 12A - Performance
Image System (1991)

Give me your best with
a little effort

Image _____ you do better
Image _____ you do better
Image _____ you do better



REMBERT - 103 - Executive Image
Photo © C&A 1991

Give me a little
of your best
and you'll have
a lot of it

Image _____ you
Image _____ you
Image _____ you



REMBERT - 104 - Executive Image
Photo © C&A 1991

Give me your best
and you'll have
a lot of it

Image _____ you
Image _____ you
Image _____ you



REMBERT - 105 - Executive Image
Photo © C&A 1991



Give me your best
and you'll have
a lot of it

Image _____ you
Image _____ you
Image _____ you



REMBERT - 106 - Executive Image
Photo © C&A 1991



Give me your best
and you'll have
a lot of it

Image _____ you
Image _____ you
Image _____ you



REMBERT - 107 - Executive Image
Photo © C&A 1991



Give me your best
and you'll have
a lot of it

Image _____ you
Image _____ you
Image _____ you



Give me your best
and you'll have
a lot of it

Image _____ you
Image _____ you
Image _____ you



Give me your best
and you'll have
a lot of it

Image _____ you
Image _____ you
Image _____ you



Give me your best
and you'll have
a lot of it

Image _____ you
Image _____ you
Image _____ you

Copyright © 1991-2000 C&A

12487

ESTABILIZACION DE TRONCO - 4
Abdomen Horizontal



Apoyado boca arriba con los codos flexionados, comienza a levantar del tronco y presionar los talones contra el piso.
Luego _____, respira.
Mantén _____ hasta por 10 seg. Realiza _____ repeticiones por semana. Realiza _____ sesiones por día.

ESTABILIZACION DE TRONCO - 11
Flexiones de Tronco Horizontal (Una Abdominal)



Con el abdomen y codos apoyados, comienza a levantar la espalda, elevando y bajando la parte media y superior. Usar apoyo de manos si es necesario.
Mantén _____, respira por nariz. Realiza _____ repeticiones por semana. Realiza _____ sesiones por día.

ESTABILIZACION DE TRONCO - 12
Codo en Pie y Cadera en Pie y Mano



Usando la mano, apoyar la parte superior de la espalda. Apoyando horizontalmente, elevar el codo y cadera.
Mantén _____, respira por nariz. Realiza _____ repeticiones por semana. Realiza _____ sesiones por día.

ESTABILIZACION DE TRONCO - 8
Perna



La parte superior del tronco y la parte superior de la espalda.
Mantén _____, respira por nariz. Realiza _____ repeticiones por semana. Realiza _____ sesiones por día.

ESTABILIZACION DE TRONCO - 14
Flexiones de Tronco Horizontal (Una Abdominal)



Con el abdomen y la espalda apoyados, comienza a levantar la espalda, elevando y bajando la parte media y superior. Usar apoyo de manos si es necesario.
Mantén _____, respira por nariz. Realiza _____ repeticiones por semana. Realiza _____ sesiones por día.

ESTABILIZACION DE TRONCO - 20
Flexiones de Tronco Horizontal (Una Abdominal)



Con apoyo de la mano y codo, elevar la parte superior de la espalda. Apoyando horizontalmente, elevar el codo y cadera.
Mantén _____, respira por nariz. Realiza _____ repeticiones por semana. Realiza _____ sesiones por día.

ESTABILIZACION DE TRONCO - 15
Elevación de Perna Superior Horizontal



Con la mano flexionada y la parte superior de la espalda apoyada, elevar la parte superior de la espalda.
Mantén _____, respira por nariz. Realiza _____ repeticiones por semana. Realiza _____ sesiones por día.

ESTABILIZACION DE TRONCO - 18
Flexiones de Tronco Horizontal (Una Abdominal)



Con apoyo de la mano y codo, elevar la parte superior de la espalda. Apoyando horizontalmente, elevar el codo y cadera.
Mantén _____, respira por nariz. Realiza _____ repeticiones por semana. Realiza _____ sesiones por día.

ESTABILIZACION DE TRONCO - 23
Flexiones de Tronco Horizontal



Con apoyo de la mano y codo, elevar la parte superior de la espalda. Apoyando horizontalmente, elevar el codo y cadera.
Mantén _____, respira por nariz. Realiza _____ repeticiones por semana. Realiza _____ sesiones por día.

Routine For:
Created By: Kris Cleveland

Hjo No. 2
Sep 03, 2008
shoulder ROM spanish

HOMBRO - 3 Rango de Movimiento:
Rotación Externa / Interna - Ejercicios con Vara

Sostenga la vara con el brazo izquierdo palma hacia arriba, empuje hacia fuera del cuerpo con el otro brazo, palma hacia abajo. Mantenga ambos codos doblados. Cuando sienta un estiramiento, mantenga _____ segundos. Repita hacia el otro lado, girando con la misma mano. Mantenga los codos doblados.



Repita _____ veces por rutina.
Realice _____ rutinas por sesión.
Realice _____ sesiones por día.

HOMBRO - 1 Rango de Movimiento:
Flexión - Ejercicios con Vara

Lleve la vara por encima de la cabeza, asistido con el brazo derecho. Lleve la vara hacia atrás hasta sentir un estiramiento. Sostenga _____ segundos.

Repita _____ veces por rutina.
Realice _____ rutinas por sesión.
Realice _____ sesiones por día.



HOMBRO - 2 Rango de Movimiento:
Abducción - Ejercicios con vara

Sostenga la vara con el brazo izquierdo palma hacia arriba, empuje la vara directamente hacia el costado asistido con el otro brazo palma hacia abajo, hasta sentir un estiramiento. Sostenga _____ segundos.

Repita _____ veces por rutina.
Realice _____ rutinas por sesión.
Realice _____ sesiones por día.



HOMBRO - 7 Rango de Movimiento: Flexión



Con el brazo izquierdo apoyado sobre una mesa, deslice el cuerpo hacia atrás hasta sentir un estiramiento. Sostenga _____ segundos.
Repita _____ veces por rutina. Realice _____ rutinas por sesión. Realice _____ sesiones por día.

HOMBRO - 9 Rango de Movimiento: Abducción

Con el brazo izquierdo apoyado sobre una mesa, palma hacia arriba, lleve la cabeza hacia el brazo mientras aleja el tronco de la mesa. Sostenga _____ segundos.

Repita _____ veces por rutina.
Realice _____ rutinas por sesión.
Realice _____ sesiones por día.



HOMBRO - 10 Rango de Movimiento: Rotación Externa

Con el antebrazo izquierdo palma hacia abajo sobre una mesa, inclínese hacia adelante desde la cadera hasta sentir un estiramiento. Sostenga _____ segundos.

Repita _____ veces por rutina.
Realice _____ rutinas por sesión.
Realice _____ sesiones por día.



MANO - 70 Flexión Codo Muñeca Resistida - Palma Hacia Arriba

Con brazo derecho extendido, palma hacia adelante, sostenga una pesa de _____ libras, doble el codo. Regrese _____ lento _____.

Repita _____ veces por rutina.
Realice _____ rutinas por sesión.
Realice _____ sesiones por día.



MANO - 71 Entrenamiento en Flexión de Codo

Boca arriba con el brazo derecho, por encima de la cabeza, apoyado por el otro brazo. Permita que el codo se doble hasta sentir un estiramiento. Sostenga _____ segundos.

Repita _____ veces por rutina.
Realice _____ rutinas por sesión.
Realice _____ sesiones por día.



MANO - 71 Extensión de Codo Resistida

Boca arriba, sostenga una pesa de _____ libras en la mano derecha, brazo hacia arriba, codo doblado y sostenido por el otro brazo. Estienda el codo. Regrese _____ lento _____.

Repita _____ veces por rutina.
Realice _____ rutinas por sesión.
Realice _____ sesiones por día.



MANO - 76 Entrenamiento en Flexión de Codo Dentro de la Cabeza

Lleve el brazo derecho por encima de la cabeza y doble el codo lo más que pueda. Tome la muñeca con la otra mano y continúe el estiramiento suavemente. Sostenga _____ segundos. Deténgase.

Repita _____ veces por rutina.
Realice _____ rutinas por sesión.
Realice _____ sesiones por día.



MANO - 73 Extensión de Codo - Ponerse de Pie - Resistida

Con manos en los apoyabrazos, empuje para levantarse. Utilice las piernas tanto como le sea necesario. Regrese _____ lento _____.

Repita _____ veces por rutina.
Realice _____ rutinas por sesión.
Realice _____ sesiones por día.



Hoja No. 2

Ejercicios para la mano y la muñeca

Los ejercicios de la mano y la muñeca son un elemento fundamental para el restablecimiento de la función normal. Algunos ejercicios aumentan la flexibilidad, mientras que otros sirven para fortalecer los músculos. Cuando haga los ejercicios, muévase lentamente y a un ritmo regular. Siga cualquier instrucción especial que le hayan dado, y deténgase si algún movimiento le causa dolor. Solicite a su terapeuta que anote el número de veces que usted debe repetir cada ejercicio.

1 Deslizamiento de tendones

- Comience con los dedos rectos, luego enróllelos hacia abajo para cerrar el puño parcialmente. Sostenga esta posición por 5 segundos.
- Siga enrollando los dedos hacia abajo hasta cerrar el puño totalmente. Sostenga cada una de las posiciones indicadas más abajo durante 5 segundos.
- Repita este ejercicio 10 o _____ veces.



2 Ejercicios de bloqueo

- Sostenga la mano lesionada en la mano "buena" (sana).
- Coloque la yema de un dedo de la mano buena debajo de la primera articulación del dedo lesionado.
- Enrolle la punta del dedo lesionado hacia abajo y sostenga esta posición durante 5 segundos.
- Desplácese hacia abajo y repita el ejercicio con cada una de las articulaciones del dedo lesionado.



3 Flexión y extensión de la muñeca

- Sostenga la mano directamente hacia adelante, apoyando el antebrazo sobre una mesa u otra superficie firme. La muñeca y la mano deben quedar colgando del borde de la mesa.
- Mueva lentamente la mano hacia arriba y hacia abajo.
- Repita este ejercicio 10 o _____ veces.



4 Ejercicios de rotación

- Siéntese con el brazo pegado al cuerpo y el codo flexionado.
- Apunte la mano directamente hacia adelante, con la palma hacia arriba. Sostenga esta posición por 5 segundos, luego gire la palma hacia abajo y permanezca en esa posición durante otros 5 segundos.
- Repita este ejercicio 10 o _____ veces.



ANA PÉREZ
EST. DE FISIOTERAPIA
-2021-

PROGRAMA DE EJERCICIOS
PARA PARÁLISIS FACIAL



RECOMENDACIONES:

Busque la ayuda de los profesionales, ellos sabrán brindarle el tratamiento que usted necesita.

Siga las instrucciones que su fisioterapeuta le dé.



Eleve el labio superior
Lleve el labio hacia arriba tratando de mostrar los dientes, ayude al lado débil con el dedo índice.



Baje el labio inferior
Lleve el labio hacia abajo tratando de mostrar los dientes, ayude al lado débil con el dedo índice.



Sonría
Realice el gesto de sonreír, ayude al lado débil con el dedo índice.



Beso
Junte los labios como si fuera a tirar un beso, ayude al lado débil con el dedo índice.



Llene de aire las mejillas
Llene ambas mejillas de aire, con el dedo índice presione suavemente tratando de mantener el aire dentro.



ASOCIACIÓN DE PADRES Y AMIGOS DE PERSONAS
CON DISCAPACIDAD DE SANTIAGO ATITLAN
-ADISA-

PARÁLISIS
FACIAL

¿QUÉ ES LA
PARÁLISIS FACIAL?

La parálisis es un síndrome agudo que afecta al nervio facial, produciendo debilidad y parálisis temporal de un lado de la cara

PARÁLISIS FACIAL CENTRAL

Es aquella en la que se produce una lesión a nivel cerebral, esta afectara la mitad inferior de la cara.

PARÁLISIS FACIAL PERIFERICA

Es la más frecuente y tienen el mejor pronóstico, en algunos casos puede ser una parálisis parcial o completa dependiendo de las causas

CAUSAS

- Daño o inflamación en el nervio.
- Daño en el cerebro que envía señales a los músculos de la cara.
- Causas idiopáticas
- Origen traumático
- Infecciones

SINTOMAS

- Movilidad afectada de la mitad de la cara
- Dificultad para cerrar el ojo
- Ausencia de lágrimas y saliva
- Sequedad en ojos y boca
- Ausencia de gusto
- Dolor facial
- Dolor en el oído con ruidos fuertes
- En ocasiones dificultad para comer, beber y hablar.

EJERCICIOS

Frente a un espejo repita 10 veces cada ejercicio



Levantar las Cejas
Llevar ambas cejas hacia arriba, ayude el lado débil con el dedo índice.



Fruncir el seño
Frunza el seño haciendo el gesto de enojo, ayude el lado débil con el dedo índice.



Cerrar los Ojos
Cierre ambos ojos, ayude el lado débil con el dedo índice y medio, tenga cuidado de no presionar el globo ocular.



Abrir los Ojos
Abra ambos ojos, ayude el lado débil con el dedo índice y medio, tenga cuidado de no presionar el globo ocular.



Arrugue la Nariz
Arrugue la nariz como si sintiera un olor desagradable, ayude el lado débil con el dedo índice.