

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Escuela de Terapia Física, Ocupacional y Especial
“Dr. Miguel Ángel Aguilera Pérez”
Avalada por la Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala



Informe Final del Ejercicio Técnico Profesional Supervisado de Fisioterapia; realizado en ASOPADIS, Asociación de Padres y Amigos de Personas con Discapacidad de San Lucas Tolimán, Sololá, en el período comprendido de febrero a marzo del año 2020.

Participación Familiar en el Proceso de Inclusión de Personas con Discapacidad.

Informe presentado por:

Susana Lucía Sunuc Camey

Previo a obtener el título de:

Técnico de Fisioterapia

Guatemala, mayo de 2021



**GOBIERNO de
GUATEMALA**
DR. ALEJANDRO DIAMANTE

MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA
Y ASISTENCIA
SOCIAL

Of Ref. DETFOE No. 104/2021

Guatemala, 18 de mayo de 2021

Bachiller
Susana Lucía Sunuc Camey
Estudiante
Escuela de Terapia Física, Ocupacional y Especial
"Dr. Miguel Ángel Aguilera Pérez"

Señorita Sunuc Camey:

Por este medio me permito comunicarle que esta Dirección aprueba la impresión del Informe Final del Ejercicio Técnico Profesional Supervisado de Fisioterapia; realizado en ASOPADIS, Asociación de Padres y Amigos de Personas con Discapacidad de San Lucas Tolimán, Sololá, en el período comprendido de febrero a marzo del año 2020, con el tema "Participación Familiar en el Proceso de Inclusión de Personas con Discapacidad".

Trabajo realizado por la estudiante **Susana Lucía Sunuc Camey**, previo a obtener el título de Técnico de Fisioterapia.

"ID Y ENSEÑAR A TODOS"


Licda. Bertha Melanie Girard Luna de Ramirez
Directora



cc. Archivo

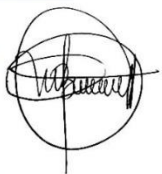
Guatemala, 13 de Mayo de 2021

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
Presente

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: **Susana Lucía Sunuc Camey**, con carné no. 201600942, previo a optar al grado de Técnico en Fisioterapia. Dicho trabajo de graduación lleva por título **“Participación Familiar en el Proceso de Inclusión de Personas con Discapacidad.”**

Atentamente,



M.A. Macjorie Beatriz Avila García

Colegiado No. 3154



GOBIERNO de
GUATEMALA
DR. ALEJANDRO GIAMATTI

MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA
Y ASISTENCIA
SOCIAL

Guatemala, 3 de mayo del 2021

Licenciada:

Bertha M. Girard Luna de Ramírez.

Escuela de Terapia Física Ocupacional y Especial

"Dr. Miguel Ángel Aguilera Pérez"

Directora.

Apreciable Licenciada:

Por este medio me permito comunicarle que he revisado y aprobado el Informe Final del Ejercicio Técnico Profesional Supervisado de Fisioterapia realizado en ASOPADIS, Asociación de Padres y Amigos de Personas con Discapacidad de San Lucas Tolimán, Sololá, en el período comprendido de febrero a marzo del año 2020. Con el tema: Participación Familiar en el Proceso de Inclusión de Personas con Discapacidad. Realizado por la estudiante **Susana Lucía Sunuc Camey, carné No. 201600942** previo a obtener el título de Técnico de Fisioterapia.

El informe en mención, cuenta con los requisitos para ser aprobado por lo que solicito a usted, se proceda con los trámites correspondientes.

Cordialmente:

Magnolia Vásquez de Pineda.

Fisioterapista.



**Asociación de Padres y Amigos de Personas
con Discapacidad -ASOPADIS-**



Salida a Santiago Atitlán (Sector La Puerta)
San Lucas Tolimán, Sololá

Licda. Bertha Girard
Directora de la Escuela de Fisioterapia
Universidad de San Carlos de Guatemala.


Por la presente y en calidad de director de la ASOCIACIÓN DE PADRES Y AMIGOS DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD que podrá abreviarse "ASOPADIS" de San Lucas Tolimán, Sololá:

HAGO CONSTAR:

Que la estudiante **Susana Lucía Sunuc Camey**, carné **201600942** realizó **EJERCICIO TÉCNICO PROFESIONAL SUPERVISADO (ETPS)** de manera presencial en esta institución del dos de febrero al trece de marzo del año dos mil veinte en el área de **FISIOTERAPIA**.

Cabe destacar que durante el período de práctica pudo llenar las expectativas institucionales en las diferentes tareas que le fueron encomendadas, razón por la cual ASOPADIS valora y reconoce su labor y por lo mismo le extiende el más amplio FINIQUITO de su relación estudiantil con la institución.

A solicitud de la interesada y para los usos que convengan se extiende, sella y firma la presente constancia en San Lucas Tolimán a seis días del mes de diciembre del año dos mil veinte.


Lic. Abel Henock Azañón Urizar
Director ASOPADIS



Acto que Dedico

A DIOS: por darme la sabiduría, perseverancia, entendimiento, salud y coraje para seguir adelante en lucha de mi proyecto a emprender y que con mucho esfuerzo y satisfacción logre culminar. Por cuidarme cada día de los peligros, en salir y regresar con bien mí casa y con mi familia.

A MIS PADRES: por apoyo moral, emocional y económico que día con día me lo demostraban para que no desmayara y poder seguir perseverando a mi lado hasta poder finalizar

A MIS HERMANOS Y HERMANAS: por el apoyo incondicional y consejos que todo lo que se quiere se puede pero conlleva sacrificios que en su debido tiempo se gozaran los resultados anhelados.

A LA ESCUELA DE FISIOTERAPIA: Dr. Miguel Ángel Pérez, por el espacio que le me brindo para mi formación.

A MIS CATEDRATICOS: por su amor en transmitirme nuevos conocimientos y por formarme para ser una profesional responsable.

A MIS AMIGOS: por acompañarme en mi proceso de formación, por compartir de sus conocimientos y sus explicaciones, que sin ellos el camino no hiera sido tan alegre y lleno de experiencias vividas.

A BRENDA MARISOL COY CATÚ: por ser una amiga incondicional, que ante las adversidades me enseñó a sacarle lo positivo a lo negativo y a disfrutar cada logro y por aceptarme tal y como soy.

Contenido

Introducción.....	10
CAPITULO I.....	11
Información Departamental.....	11
Diagnóstico Poblacional.....	11
Datos Generales San Lucas Tolimán.....	12
Las formas de atención en salud.....	14
Grupos líderes poblacionales.....	14
Instituciones que brindan apoyo a la población	15
Barreras de entendimiento entre profesionales de la salud y la comunidad.....	15
Diagnóstico Institucional.....	16
Historia	16
Misión.....	17
Visión:	17
Ubicación de la Institución.....	17
Tipo de atención:	17
Objetivo General	19
Objetivos Específicos	19
El fisioterapeuta frente al contexto sociocultural	19
Marco Teórico	20

Discapacidad causa y etiología en diferentes edades en Guatemala	22
Factores ambientales y sus consecuencias en la discapacidad	24
Porcentajes de Discapacidad en el Departamento de Sololá, Guatemala.....	24
Inclusión en la discapacidad.....	24
Inclusión Escolar	25
Integración	26
Grados de Integración Laboral	26
La Familia ante la Discapacidad.....	26
Inclusión Familiar.....	27
Modelos de Participación para las Familias con Personas con Discapacidad	28
Berreras en la participación e inclusión	29
Inserción Social y Discapacidad.....	29
Adaptabilidad para las Personas con Discapacidad.....	29
Grados de dependencia.....	30
Rehabilitación Social.....	30
Rol de la Familia en la Vida de una Persona con Discapacidad	31
CAPITULO II.....	32
Técnicas e instrumentos	32
Población Atendida	32
Muestra.....	32

Tipo de Investigación	32
Recolección de Datos	33
Metodología.....	33
Análisis e Interpretación de Resultados	35
CAPITULO III	36
Seguimiento de caso	41
Análisis de casos.....	49
CAPITULO IV	50
Conclusiones.....	50
Recomendaciones	51
Referencias	52
Anexos.....	58
Anexo 1. Evaluaciones	58
Anexo 2	71
Hoja de Asistencia.....	71
Anexo 3. Estadística	72
Anexo 4	73

Introducción

En el presente informe se da a conocer el trabajo realizado del Ejercicio Técnico Profesional Supervisado (ETPS) en el área de fisioterapia en el periodo del 3 de febrero al 13 de marzo del año 2020, en la Asociación de Padres y Amigos de Personas con Discapacidad. ASOPADIS, de San Lucas Tolimán, Sololá.

El municipio de San Lucas Tolimán, cuenta solo con un centro de rehabilitación, en el cual se tuvo la oportunidad de conocer la demanda de tratamientos fisioterapéuticos para las personas con discapacidad y diversas necesidades de rehabilitación en la población. También se hizo notar que la falta de inclusión de las personas con discapacidad, tiene su origen desde la familia, debido al poco conocimiento e importancia de la misma.

La familia es el primer entorno natural en donde los miembros que la integran, evolucionan y se desarrollan a nivel afectivo, físico, intelectual y social, de acuerdo a las diversas costumbres y normas de cada región, esta debe ofrecer al niño no solo la oportunidad de la rehabilitación física, sino actividades que promuevan su desenvolvimiento dentro de la comunidad, en los diferentes ámbitos, escolar, social, deportivo entre otros. Con este fin, se encaminó en dar a conocer, la importancia que conlleva la inclusión, entablando diferentes diálogos de conversación acerca de la inserción, cuando el niño asistía a su tratamiento fisioterapéutico.

Se da a conocer en este informe a través de estadísticas, datos de la atención prestada y resultados de las actividades realizadas durante el ETPS, el cual se vio afectado por la situación actual de COVID, que disminuyó el tiempo y la posibilidad de realización de otras actividades a desarrollarse en pro del beneficio de la comunidad.

CAPITULO I

Información Departamental

Diagnóstico Poblacional

El departamento de Sololá cuenta con 19 Municipios.

1. Nahualá
2. Santa Clara La Laguna
3. Santa María Visitación
4. San Juan La Laguna
5. San Pedro La Laguna
6. Santiago Atitlán
7. San Lucas Tolimán
8. San Antonio Palopó
9. Santa Catarina Ixtahuacán
10. San Andrés Semetabaj
11. Panajachel
12. Concepción
13. Sololá
14. Santa Cruz La Laguna
15. San Marcos La Laguna
16. San Pablo La Laguna
17. Santa Catarina Palopó
18. Santa Lucía Utatlán
19. San José Chacayá



L. Lago de Atitlán (Wikiguate, 2016).

Datos Generales San Lucas Tolimán

El municipio de San Lucas Tolimán, ubicado en la cuenca del Lago de Atitlán, pertenece al departamento de Sololá, el nombre de San Lucas Tolimán tiene dos significados Tulimas que significa lugar donde se cosecha el tule o tul y Tolimán que significa jefe de los Toltecas, Nahoatol tolteca y mam de MANHUILI, gobernar (Alarcón, 2010).

Es de origen mexicano y que fue puesto por los indígenas que acompañaron a Pedro de Alvarado en la conquista de Guatemala. A una distancia de 42 kilómetros al sur de la cabecera departamental, a 153 kilómetros de la Ciudad Capital por la carretera del altiplano (vía Chimaltenango y Godínez) y 157 kilómetros de la Capital por carretera de boca costa (vía Escuintla y Cocales). Fue fundada en el siglo XVI (Alarcón, 2010).

Colinda

Al norte con el Lago de Atitlán y San Antonio Palopó (Sololá), al este con Pochuta y Patzún, al sur con Patulul (Departamento de Suchitepéquez), al oeste con Santiago Atitlán (Departamento de Sololá) con una Extensión territorial: 116 Km² (Alarcón, 2010).

Población

El municipio cuenta con un total de 29,772 habitantes. San Lucas Tolimán actualmente cuenta con 34 centros poblados, que incluyen: 4 caseríos, 3 cantones, 4 sectores, 6 comunidades, 3 fincas, 10 colonias, 1 aldea, 2 barrios, 1 parcelamiento. La mayoría de las tierras de este municipio son utilizadas para zonas de cultivo, adicionalmente existen áreas de reservas naturales, áreas volcánicas, dentro de las cuales sobresalen los volcanes Tolimán y las faldas del Atitlán, así como también existen laderas y picos de montaña (Alarcón, 2010).

Educación

En el municipio de San Lucas Tolimán, la Educación Pre-Primaria y Primaria funcionan en la actualidad 16 centros educativos dos escuelas de preprimaria ubicadas en la cabecera municipal son privadas, mientras que las restantes son oficiales (incluyendo 4 escuelas del Programa Nacional de Autogestión Educativa –ex PRONADE) (Jacinto, 2016).

Nivel primario, en las comunidades del área rural funcionan 11 escuelas, en el casco urbano funcionan 4 escuelas de educación, 4 colegios privados

Nivel Básico se atiende una población de 1,461 estudiantes. Nivel Diversificado está atendiendo un total de 542 estudiantes (Jacinto, 2016).

Otros Centros de Educación y Formación Funcionan en plan fin de semana, principalmente para adultos, dos centros de estudios: uno del Instituto Guatemalteco de Educación Radiofónica -IGER-, que atiende a los niveles de primaria y básico, el centro educativo Santo Domingo cubre el nivel básico y bachillerato en ciencias y letras, el Instituto Privado Comunitario Sabiduría, presta sus servicios en plan diario y plan fin de semana, el municipio cuenta con seis de mecanografía, cuatro funcionan en la cabecera, una en la colonia Quixayá y una en la comunidad Nueva Linda. Hay seis cafés Internet en el casco urbano (Jacinto, 2016).

Etnia

Los primeros pobladores que habitaron el municipio fueron de etnia Kaqchikel por lo que el 93.5% de pobladores pertenecen al grupo étnico maya Kaqchikel que viven en el área urbana y rural, y el 6.5% restante es población ladina que radica principalmente en el casco urbano (Alarcón, 2010).

Idioma

Actualmente el idioma que predomina es el español sin embargo en algunas familias prevalece el idioma materno que es el Kaqchikel y Tzutujil (Alarcón, 2010).

Feria Patronal y Celebraciones

La fiesta titular de este municipio, que se celebra el 18 de octubre en honor a San Lucas Evangelista patrono del pueblo (Alarcón, 2010).

Las formas de atención en salud

La cabecera municipal, cuenta con: Centro de Salud que presta los servicios de consulta externa, control pre y posnatal, planificación familiar y vacunación. Una sede del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social IGSS el cual presta servicio médico las 24 horas del día, atendiendo emergencias, maternidad, consulta externa, hospitalización, cirugía menor, programas de maternidad, programa de invalidez y vejez (Alarcón, 2010).

Cuenta con un Hospital Parroquial con servicios de emergencias, consulta externa, oftalmología, rayos X, odontología y maternidad y la casa de curación es un centro de atención primaria, bomberos (Alarcón, 2010).

En el área privada se cuenta con: tres clínicas que se encuentran en el área urbana y prestan los servicios de consulta externa y emergencias (Alarcón, 2010).

Grupos líderes poblacionales

El municipio de San Lucas Tolimán está a cargo de un consejo municipal que se encuentra en el centro del pueblo. Existen también las Alcaldías Auxiliares, los Comités Comunitarios de Desarrollo (COCODE), el Comité Municipal del Desarrollo (COMUDE), las asociaciones culturales y de trabajo (Alarcón, 2010).

Instituciones que brindan apoyo a la población

Las entidades gubernamentales son: Policía Nacional Civil PNC, Juzgado de Paz, Centro de Salud y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social IGSS, distrito de salud No.3 MSPAS, coordinación municipal, MINEDUC, agencia municipal, MAGA, cede municipal, MIDES, comité nacional de alfabetización MARN, monitor municipal, SESAN, departamento municipal de agua, OFICINA MUNICIPAL DE MEDIO AMBIENTE, oficina municipal de niñez y adolescencia, dirección municipal de planificación, dirección municipal de la mujer, programa de educación inicial/ MINEDUC, programa MOSCAMED (Alarcón, 2010).

Las entidades no gubernamentales y organizaciones internacionales son: Centro educativo Pavarotti, Fundación Guillermo Toriello, Asociación Cristiana para Niños y Ancianos de San Lucas Tolimán ASOPADIS, Asociación TIJAX, Agropecuaria ATITLAN, ASOJEF, CERNE, UNBOUND, INMAP, AMLUDI, CPDL, casa de curación, casa aqabal, EPSUM, misionero San Carlos Escalabrinianos, PAMI, jóvenes cambio Atitlán Tolimán, HOSMOGRESCH (Alarcón, 2010).

Barreras de entendimiento entre profesionales de la salud y la comunidad

Se han presentado pocas limitantes durante este tiempo que se ha desarrollado en el campo de la fisioterapia en el área rural.

Se realizó una visita en la comunidad de Tzampetey en el cual se presentó la dificultad de interactuar con la familia y se necesitó de ayuda de una persona para traducir.

1. No hay dominio del idioma materno Kaqchikel por parte de la fisioterapeuta.
2. La visita y duración de tratamiento en la comunidad en el Naranjo es muy limitada.

Diagnóstico Institucional

Historia

Asociación de Padres y Amigos de Personas con Discapacidad de San Lucas Tolimán ASOPADIS es una organización no lucrativa de padres, madres, familias y amigos de personas con discapacidad (ASOPADIS, 2019).

En el año 2010 un grupo de padres de familia de niños con discapacidad, ante la necesidad y preocupación por sus hijos deciden organizarse como comité apoyándose entre ellos mismos, con el apoyo de una madre de familia que estudio fisioterapia en orientarlos y enseñarles los tratamientos que podían realizar en el área de terapia física. En un inicio los tratamientos se realizaron en las distintas viviendas de las familias (ASOPADIS, 2019).

En el 2011 se amplía la visión y se invita a otros líderes para organizar la Asociación de Padres y Amigos de Personas con Discapacidad de San Lucas Tolimán, ASOPADIS. En el año 2012 se logra la inscripción de ASOPADIS en el Ministerio de Gobernación y posteriormente en la Superintendencia de Administración Tributaria, SAT (ASOPADIS, 2019).

Las autoridades del Centro Educativo Bethel proporcionan parte de sus instalaciones para que se continúe la atención de niños y personas mayores, atendiendo de manera regular un promedio de cuarenta y dos personas en el servicio de terapia física y terapia de lenguaje (ASOPADIS, 2019).

En 2013 ASOPADIS se traslada al antiguo salón municipal y se logra la colaboración del Hotel Tolimán para brindar servicios de hidroterapia para un promedio de seis niños. Durante todo este lapso de tiempo no se contaba con un fisioterapeuta, los tratamientos los brindaba una colaboradora, también se contó con el apoyo de la Escuela Nacional de Fisioterapia, que durante varios años enviaron alumnos en ETPS, en apoyo al proyecto, sin embargo, la demanda del

servicio incremento, así como también se presentaron nuevas patologías ya no era únicamente por discapacidad por lo que en el 2015 ya se contó con una fisioterapeuta como trabajadora (ASOPADIS, 2019).

Con un préstamo bancario y apoyo comunitario se pagaron los dos lotes adquiridos y con el apoyo de la Misión San Lucas Tolimán se logra la construcción de un salón sin instalaciones internas y con apoyo local también se inició la construcción del módulo de baños. ASOPADIS hoy en día cuenta con un salón y un lote propio, la estructura de salón es de block y lamina, las divisiones internas para cada área son de biombos de madera y tela (ASOPADIS, 2019).

Misión

Ser una institución no lucrativa reconocida legalmente, que promueve el respeto y cumplimiento de los derechos humanos de PCD brindándoles servicios especializados, acompañamiento, asesoría y representación con el fin de lograr su inclusión en la sociedad (ASOPADIS, 2019).

Visión:

Juntos rehabilitando vidas (ASOPADIS, 2019).

Ubicación de la Institución

La asociación se encuentra ubicada en el paraje Pacoc, sector la Puerta, del municipio de San Lucas Tolimán, del departamento de Sololá, como referencia frente a la asociación UNBOUND o camino hacia Atitlán (ASOPADIS, 2019).

Tipo de atención:

Actualmente son atendidos entre 60-70 usuarios al mes, con los siguientes servicios:

Área de fisioterapia: que se subdivide en pediatría y adulto.

Terapia de lenguaje, acompañamiento médico, dotación de auxiliares, deporte como herramienta de rehabilitación.

Brindando sus servicios a la población en general, enfocándose principalmente:

- 1) Personas con discapacidad.
- 2) Adultos mayores
- 3) Niños

Entre los diagnósticos consultantes encontramos

1. Parálisis Cerebral
2. Evento Cerebrovascular
3. Ciática
4. Fracturas
5. Lumbago
6. Debilidad Muscular
7. Abombamiento de discos intervertebrales L4-L5
8. Anterolistesis L4-L5
9. Artrogriposis
10. Acortamiento de Tendón de Aquiles.
11. Luxación de Cadera
12. Manguito Rotador
13. Hidrocefalia
14. Espina bífida
15. Luxación Esternoclavicular
16. Luxación Glenohumeral
17. Esguince de Tobillo (ASOPADIS, 2019).

Objetivo General

Contribuir con la rehabilitación física de las personas consultantes del servicio de fisioterapia de la Asociación de Padres y Amigos de Personas con Discapacidad de San Lucas Tolimán ASOPADIS.

Objetivos Específicos

1. Revisar historia clínica, evaluar y programar el protocolo a seguir, de acuerdo a las necesidades individuales de cada paciente.
2. Orientar a la familia para que en el hogar se facilite un trato inclusivo a la persona con discapacidad y que posibilite el desarrollo de sus capacidades, un ambiente motivador y afectivo.
3. Generar un vínculo entre el paciente y el fisioterapeuta para mejorar su condición de vida física y mental desde la rehabilitación.

El fisioterapeuta frente al contexto sociocultural

La población de San Lucas Tolimán cuenta con pocos recursos en el campo fisioterapéutico, la fisioterapeuta de ASOPADIS es la encargada de brindar terapia física a todas las personas que necesiten y lleguen a la institución por ayuda del servicio.

El servicio de rehabilitación se brinda con ética, profesionalismo y responsabilidad. Se atiende a los usuarios asignados y nuevos que lleguen a la institución de forma personalizada con los recursos disponibles que la institución proporciona.

Los responsables de las diferentes áreas de rehabilitación tienen que brindar un servicio según la visión de ASOPADIS y es trabajar con un enfoque de derechos humanos para todas las personas con discapacidad que se presenten a la institución.

En su mayoría las familias desconocen la importancia de un trato adecuado a la persona con discapacidad, descartan que el hogar es donde se debe promover el desarrollo pleno de la persona con discapacidad y sus capacidades, físicas, mentales, intelectuales de tal manera que se pueda insertar a la sociedad donde se desenvuelve.

El encargado que proporciona la rehabilitación es el vínculo principal para entablar la comunicación con las familias y darles a conocer el rol importante de la rehabilitación en la promoción y la inclusión de la persona dentro de la sociedad a la que pertenece, en los diferentes ambientes.

Esta comunicación debe de brindarse desde el contexto sociocultural donde se desenvuelve el fisioterapeuta con el paciente.

Marco Teórico

Discapacidad:

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

Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales (Martín D. N., 2013)

La discapacidad es la condición que presenta la persona teniendo restricciones afectando su desarrollo y desenvolvimiento de su independencia como humano, Guatemala cuenta con el 76% de la niñez con discapacidad equivalente a 13,073 y 83% de la niñez que no presenta discapacidad equivalente a 14,873 que asisten a la escuela (ENDIS I. , 2016).

La discapacidad está asociada a una ayuda de terceras personas para poder lograr las actividades de la vida diaria en algunas personas dependiendo del grado de la discapacidad que presenten estas personas, la desigualdad ante esta situación ha conllevado a una discriminación a la inaccesibilidad de áreas que ellos necesitan para poder desenvolverse. En Guatemala las empresas no han implementado áreas o programas de readaptación profesional para las personas que presentan una discapacidad. (Hawting, Chan, & Zoellik, 2011)

Según el Ministerio de Trabajo y Asistencia Social en Guatemala impulsa el empleo para las personas con discapacidad:

El gobierno de Guatemala ha implementado políticas donde fomenta el empleo a las personas con discapacidad. En el 2018 El Ministerio de Trabajo y Previsión Social establece la Política Nacional de Empleo Digno 2017-2032, creando la inclusión laboral de manera activa a las personas con discapacidad. (Ministerio de trabajo y asistencia social , 2020)

Tabla 1.*Clasificación de Términos de Discapacidad*

Deficiencia	“Es toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica” (Rodenas, 2005).
Minusvalía	“Situación en desventaja para un individuo en consecuencia de una deficiencia o discapacidad, que limita o impide el desempeño en un rol normal en su situación” (Rodenas, 2005). En el año 2001 la Organización Mundial de la Salud (ONU) decidió omitir su uso y dar inicio a un nuevo término de discapacidad en el año 2006 (MINEDUC, 2006).
Conadi	En Guatemala es el Consejo Nacional para la Atención de las Personas con Discapacidad, es una entidad autónoma, con personalidad jurídica, y patrimonio propio, con carácter coordinador, asesor e impulsor de políticas generales en materia de discapacidad. Fundada el 8 mayo 1997, por decreto 135-96. Ley de Atención a las Personas con Discapacidad”. Art. 22. (CONADI, Compendio marco normativo de discapacidad).

Nota: la tabla representa los términos que se han utilizado en la discapacidad por diversas instituciones.

Discapacidad causa y etiología en diferentes edades en Guatemala

En Guatemala han desarrollado y clasificado las causas por las cuales se ha desarrollado o adquirido una discapacidad, así mismo han descifrado que la discapacidad, se desarrolla con mayor aumento en los países en desarrollo y que esta puede aumentar conforme pasen los años (MINEDUC, 2006).

Tabla 2.*Causas de la Discapacidad*

<i>Prenatales</i>	Surgen antes del nacimiento, infecciones en la madre, toxinas adquiridas durante el embarazo, defectos en el tubo normal en su desarrollo fetal.
<i>Perinatales</i>	Surgen en momentos del parto, él bebe puede sufrir anoxia, golpes cefálicos al momento de nacer, accidentes por el cordón umbilical.
<i>Postnatales</i>	Se producen después del nacimiento, como enfermedades que generen secuelas que causen discapacidad, accidentes como agresiones, desnutrición, vejez que genera un deterioro mental, físico al transcurrir la edad.

Nota: la tabla representa las causas principales de la discapacidad, Adaptado del Manual de Discapacidad de MINEDUC, (p.20), 2006,
https://www.mineduc.gob.gt/DIGEESP/documents/manual_de_discapacidades.pdf

En Guatemala las causas de la discapacidad han aumentado, debido a factores de impacto que tanto la violencia y delincuencia han generado en el año 2005 según los datos del INE, las causas están clasificadas según el porcentaje de prevalencia en el país (MINEDUC, 2006)

Causa congénita en Guatemala está en un rango del 27% de las personas con discapacidad, la enfermedad que causa discapacidad en las personas está en un rango de 34%, los accidentes laborales y de tránsito son responsables del 29% de las personas con discapacidad. (MINEDUC, 2006)

Factores ambientales y sus consecuencias en la discapacidad

Se debe a la influencia externa, que constituye un ambiente físico, social en donde la persona vive y desarrolla su vida. Creando una barrera más para el desenvolvimiento de la persona con discapacidad o creando una facilidad de independencia para la persona con discapacidad.

Está conformada por servicios de múltiples beneficios, servicio de salud, espacios públicos, tiendas y comercio, transporte público, vivienda, entorno natural, luz natural, nivel de ruido.

Porcentajes de Discapacidad en el departamento de Sololá, Guatemala.

Según la recopilación de datos del CENSO en el departamento de Sololá y sus municipios en el año 2018, se recopilaron los siguientes datos de las personas que presentan alguna discapacidad incluyendo niños, jóvenes, adultos y personas mayores. (ENDIS, CENSO POBLACION Y VIVIENDA, 2018)

Ilustración 1

Porcentajes de discapacidad en Sololá (INE, 2018)

Dificultades	Visual	Auditiva	Física	Intelectual	Lenguaje	Psicosocial
Total	23,027	11,110	10,330	7,415	5,842	3,356

Nota: la ilustración representa los porcentajes de las diferentes discapacidades que existen en los habitantes del departamento de Sololá. <https://www.censopoblacion.gt/graficas>

Inclusión en la discapacidad

La inclusión para las personas con discapacidad es la libertad de participar y formar parte de la sociedad. Estas libertades les han impedido su desarrollo, imponiendo la diversidad de barreras visuales, físicas e intelectuales. La inclusión es la eliminación de barreras que dejan a las

personas con pocas posibilidades de elegir la oportunidad de poder expresar sus propias habilidades (Buvinić & Mazza, 2004).

Se necesita la eliminación de las barreras físicas, sociales y económicas. Que impiden el desarrollo de las personas con discapacidad (Buvinić & Mazza, 2004)

Inclusión Escolar

En la inclusión educativa se necesita cambios en la malla curricular haciendo las adecuaciones necesarias y enfoque pedagógico, el desarrollo de actitudes que fomenten una cultura con equidad, justicia social y respeto por la diversidad. Nuevos conocimientos para los profesores estén preparados en llevar nuevas metas en las escuelas regulares respondiendo a las necesidades que presentan los estudiantes tanto regulares como estudiantes con discapacidad (UNICEF, 2005).

El congreso de la República de Guatemala en octubre del 2018 aprobó las reformas de la Ley de derechos de Autor, amparada por el Tratado Marrakech este facilita el acceso a textos adaptado especialmente para personas con discapacidad visual y baja visión (Rodenas, 2005).

La Universidad de San Carlos de Guatemala en su reglamento de Sistema de Ubicación y Nivelación señala que quedan exonerados de la evaluación de las pruebas de Conocimientos Básicos y Pruebas Específicas para el ingreso a la Universidad, “Las personas con capacidades especiales que así lo certifique la División de Bienestar Estudiantil Universitario, siempre y cuando su capacidad especial no sea un impedimento insuperable para el éxito en su carrera de elección (Reyes, 2019).

“En el año 2014, se contaba con 2,37136 estudiantes inscritos, en el 2017 y 2018, las inscripciones fueron de 45 y 44 estudiantes. Entre diversas discapacidades como física, auditiva, visual, acondroplasia, psicosocial y múltiple” (Reyes, 2019).

Integración

Según la Real Academia Española integrar es “hacer que alguien o algo pase a formar parte de un todo” (Española, 2019)

Grados De Integración Laboral

De acuerdo con Rosales, la integración laboral es incorporar a las personas con discapacidad a la sociedad y formarlos para la vida profesional.

Física. Reducción de espacio físico para la persona con o sin discapacidad.

Funcional. Utilización de los recursos y espacios que del entorno para las personas con y sin discapacidad

Social. Acercamiento con las personas con o sin discapacidad.

Comunidad. Las personas con discapacidad tienen los mismos derechos y acceso a los recursos sociales. (Rosales, 2013)

Inclusión Socio laboral

Permite que la persona con discapacidad pueda desempeñar una actividad libre y productiva, ejerciendo una motivación y un interés de superación. La inclusión socio laboral le atribuirá las posibilidades de no solo pertenecer a la sociedad sino también le dará una mejora de vida, satisfacción de sus necesidades básicas, aumentando la autoestima, facilitación del acceso y aprovechamiento de nuevas oportunidades, y creación de una autonomía. (Gomez, 2005)

La Familia ante la discapacidad.

Como expresa Marisa Pérez Tejada "En las familias, además de luchar por el desarrollo de todas las capacidades del hijo con discapacidad, debemos continuar con nuestra independencia habitual. La familia no está discapacitada" (Tejada, 2017).

La familia es el primer entorno natural en donde los miembros que la integran evolucionan y se desarrollan a nivel afectivo, físico, intelectual y social, según modelos vivenciados e interiorizado de cada familia y deberá ofrecer oportunidades suficientes para desarrollar aquellas habilidades y competencias personales y sociales que permitan un desarrollo pleno (Emanuel, 2019).

Cuando en un hogar nace una persona con discapacidad la aceptación es una etapa que depende mucho de las emociones de los progenitores, la relación de pareja, apoyo social externo, nivel sociocultural, y el nivel económico. El proceso de aceptación de la discapacidad va a variar dependiendo de las características de la discapacidad (Emanuel, 2019).

Los hermanos o hermanas son factor clave para inserción familiar, escolar y social de la persona con discapacidad en la familia, debe de haber un equilibrio familiar ya que en estos casos la madre es quien se permite en los cuidados y demandas del hijo con discapacidad, la asimilación de aceptación por parte de los hermanos no siempre es tan positiva como se quisiera en esos casos (Emanuel, 2019).

El proceso de adaptación es dinámico que nunca debe darse por finalizado, ya que a medida que el niño crece, comienzan situaciones nuevas que requieren una nueva adaptación como el colegio, en la etapa de la pubertad, la formación profesional (Rodenas, 2005).

Inclusión Familiar

La familia es la base de soporte con la que cuenta la persona con discapacidad, está debe desempeñar tareas y funciones para poder satisfacer las necesidades colectivas e individuales, como desempeñar la función de cuidados físicos, área económica, socialización, afectividad, orientación, educación, de una persona con discapacidad (Zorzo & N., 2013).

Independientemente del grado de discapacidad estos recursos con el paso del tiempo se presentan con más dificultad (UNICEF, 2005).

Modelos de participación para las familias de Personas con Discapacidad

De acuerdo con Zorzo y Elvira, en el desarrollo de la intervención la familia debe de contar con una orientación familiar para que toda la familia pueda contribuir en disminuir el factor del estrés y poder mantener a las personas con discapacidad dentro de la familia.

La familia proporciona la ayuda incondicional para poder conseguir una integración social y familiar integra. Se ha desarrollado modelos de intervención en las familias.

Modelo Orientador. El profesional es el guía que ofrece la información, coordina, entrena a la familia y brinda consejos que estos necesitan.

Modelo Educativo. La familia debe implicarse en la escuela o en la educación de las personas.

Modelo Ecológico. Implementación de estrategias en el área social para lograr una inclusión de la persona con discapacidad.

Modelo de Trasplante. El profesional le da a conocer el papel importante que cada uno de la familia tiene en el proceso de desarrollo de la persona con discapacidad.

Modelo de Usuario. Los padres reconocen los recursos e intervenciones necesarias según su estado que se consideren oportunas (Zorzo & N., 2013).

Impedimentos para que una persona con discapacidad alcance la independencia.

Dependiendo la discapacidad, en algunas personas se les dificulta realizar las actividades de la vida diaria que impide su autonomía, estas limitaciones pueden darse debido a:

Características según el medio

Puede ser que en su entorno existan diferentes barreras como gradas si la persona está en sillas de ruedas, sobreprotección que impiden que la persona desarrolle sus habilidades, poco o nada de apoyo hacia la persona con discapacidad, mala economía (Martín D. N., 2013).

Barreras en la participación e inclusión

- a) Actitudes sociales negativas
- b) Ausencias de políticas y legislaciones apropiadas
- c) Enfoque sectorial al trabajo en el área de discapacidad
- d) Falta de personal calificado
- e) Falta de enfoques alternativos a la asistencia (Escobar, 2010) (GONZALES, 2019)

(UNICEF, 2005).

Características de la persona con discapacidad.

Estas se deben a la discapacidad que la persona presente, discapacidad mental, discapacidad física, enfermedades crónicas, demencia, u otro tipo de deficiencia (UNICEF, 2005).

Inserción Social y Discapacidad

En la inserción social se encarga de integrar a un individuo dentro de la sociedad, el objetivo principal es crear una inserción socio laboral global para las personas que están en vulnerabilidad a la exclusión social (comunidad, s.f.).

Adaptabilidad para las Personas con Discapacidad.

Para que un lugar sea apto para las con alguna discapacidad tiene que cumplir norma donde el entorno se adapte a la persona y no la persona al entorno, la vivienda de la persona es

donde más barreras se pueden encontrar como: gradas, escaleras, sanitario, propia habitación, las viviendas donde reside una persona con discapacidad debe de contar con rampas, iluminación adecuada, barras de ayuda y así darle la capacidad a la persona de ser autónoma en las actividades de la vida diaria y evitar accidentes (CONADI, POLITICA NACIONAL EN LA DISCAPACIDAD, 2015)

Grados de dependencia

Las personas con discapacidad dependientes de las familias quienes se hacen responsables de ellos, reciben ayuda externa dependiendo la gravedad de su discapacidad. Siendo los grados de dependencia: (González, 2004)

Dependencia Moderada Grado I. La persona con discapacidad necesita ayuda en algunas actividades de la vida diaria, el apoyo puede ser interrumpido con el tiempo (Hernandis, 2011).

Dependencia Severa Grado II. Ayuda más seguida en actividades de la vida diaria primordiales para el desarrollo de la persona (Hernandis, 2011).

Gran Dependencia Grado III. La persona con discapacidad depende en su totalidad de las actividades de la vida diaria y necesita ayuda en todo su tiempo de vida (Hernandis, 2011).

Según el grado de la de la dependencia de la persona con discapacidad, está puede aprender y desarrollar sus habilidades de las actividades de la vida diaria de manera independiente así crear su autonomía personal y así esta pueda tomar decisiones acerca de su vida personal (Hernandis, 2011).

Rehabilitación Social

Es promover la integración de las personas con discapacidad a la sociedad y facilitarles el desarrollo alcanzando metas deseadas por ellos, la integración debe de dar inicio con medidas terapéuticas donde el individuo pueda desenvolverse desde su ambiente social real facilitando la

orientación y apoyo a los ajustes necesarios y así poderles dar la oportunidad de participar en el desarrollo de la comunidad y de ellos mismos (Salina , Lugo Agudelo, & Albeláez, 2008).

Rol de la Familia en la Vida de una Persona con Discapacidad

La familia es el entorno más ideal para el desarrollo de la persona con discapacidad, así pueden tener un desarrollo integral, social y emocional. Ya que tendrán un desarrollo socio-afectivo, promoviendo un desarrollo integral debido a la promoción de equidad e igualdad de oportunidades. “La familia promoverá condiciones favorables-físicas, emocionales en el desarrollo que las personas con discapacidad requieren, las familias necesitan apoyo profesional para superar la diversas limitaciones que presentan la diferentes discapacidades” (Emanuel, 2019)

Un entorno positivo y con afecto hace más efectivo el proceso terapéutico físico, mental, emocional y espiritual ya que favorece en su seguridad básica y su independencia.

Todo el aprendizaje que la persona con discapacidad adquiera, está relacionada con la independencia que los padres quieren que obtengan durante su formación. (Emanuel, 2019).

CAPITULO II

Técnicas e instrumentos

Población Atendida

Se atendió a una población de 27 pacientes entre las edades de 8 meses hasta 68 años, comprendidos entre hombres, mujeres, niños y niñas, tanto en los servicios del área central, como en el área comunitaria de ASOPADIS, en el municipio de San Lucas Tolimán, Sololá.

Muestra

Se eligieron a los padres de familia de 3 niños del área de fisioterapia, que presentaron diagnósticos de Parálisis Cerebral, entre las edades de 4 a 14 años.

Tipo de Investigación

Observación Participante: se basó entre el conocimiento del paciente y fisioterapeuta, con el fin de tomar confianza durante el proceso de rehabilitación, esta técnica permite obtener información basada en la realidad exterior que se está viviendo (Ortiz, 2019).

Cuadro estadístico: instrumento que presenta datos de suma importancia, se utilizó mediante la aplicación de hoja de estadísticas que permitieron llevar control de la asistencia, tratamientos aplicados, fechas de evaluaciones (Ortiz, 2019).

Lectura: es un proceso en el que la persona realiza un análisis crítico, se realizó mediante el uso y búsqueda de material didáctico para acrecentar el conocimiento y conocer más acerca del tema que se necesitaba conocer para la aplicación de la inclusión de manera adecuada y efectiva (Ortiz, 2019).

Cuantitativo: se llevó una estadística para poder recopilar los datos necesarios que ayudaron a dar una respuesta, a la cantidad de población que se atendió en el periodo de tiempo establecido. Esta técnica se basa en recoger información numérica y medible (Pardinas, 2005).

Estudio de casos: se fue analizando la problemática de cada persona para poder intervenir en cada familia de la manera más oportuna, esta técnica se basa en investigar un ente social para poder obtener información de la persona o grupo y conocer de forma profunda e integral (Pardinas, 2005).

Recolección de Datos

Se utilizó la entrevista y la observación del paciente desde que el paciente llega al servicio de fisioterapia, cuando es referido por un médico general, se debe llenar los siguientes documentos: historia clínica, hoja de asistencia, hojas de evaluación, hojas de seguimiento de casos (ASOPADIS, 2019).

Metodología

El Ejercicio Técnico Profesional Supervisado (ETPS) de fisioterapia inicio el 3 de febrero de 2020 y finalizó el 13 marzo de 2020 en la institución de ASOPADIS. En el área de fisioterapia de ASOPADIS se atiende a uno de los pacientes en el horario de 9:45 am a 10:30 los días lunes y viernes cada tratamiento tuvo una duración de 45 minutos, los otros dos pacientes se atendieron una vez por semana los días jueves, con una duración de 30 minutos por niño, en el área comunitaria del Naranjo. Durante el tratamiento se creó el dialogo con los padres para poder evaluar la estimulación y tiempo de dedicación con su hijo en casa. (ASOPADIS, 2019)

La institución brinda servicio comunitario en las comunidades de Pampojila, Naranjo, Agua Escondida, San Antonio Palopo. (ASOPADIS, 2019)

Se brindó una atención individualizada a los niños junto con sus padres, según el diagnóstico y resultados de las evaluaciones realizadas, se aplicaron diversos tratamientos. Durante su proceso de rehabilitación se realizaron:

Etapa inicial: se aplicó la evaluación inicial en el cual se instauran, objetivos basándose en los resultados, según el estadio en el que se encuentra el paciente. Se realizaron evaluaciones de fuerza muscular, amplitudes articulares, neurodesarrollo.

Se trabajó neurodesarrollo, cambios de posición, estimulación propioceptiva, equilibrio, coordinación y marcha. Se utilizaron diversos equipos como colchoneta, balón terapéutico, rollo terapéutico, huellas para la marcha, bloqueadores. Se dieron instrucciones a los padres para el seguimiento de tratamiento en casa.

Historial clínico

Este documento es proporcionado por ASOPADIS, en él se encuentra el nombre del paciente, edad, sexo, diagnóstico, lugar de procedencia, encargado y fecha de evaluación, luego se procede a las evaluaciones correspondientes como: fuerza muscular, amplitud articular, neurodesarrollo. Las evaluaciones son proporcionadas por la institución, al finalizar se programa al paciente asignándole el día y horario de atención, se anota en el listado de asistencia que está en el sistema y en físico de la institución, se debe de marcar con un número 1 el día que se presenta y el tratamiento que se le aplica.

Se procede a reevaluar, según el objetivo a cumplir y su avance en su rehabilitación.

A quienes se les evaluó de fuerza muscular, amplitud articular, neurodesarrollo, marcha e independencia. Después de haber finalizado con la evaluación de los niños, se tomó la decisión que para la eficacia de los tratamientos brindados en el área fisioterapia, se debía proseguir el tratamiento en casa para ello se dieron las siguientes indicaciones:

Se incluyeron planes educacionales para poder influir e incluir a los padres de familia, en el proceso de rehabilitación física, para que el tratamiento proporcionara mejores resultados, y crear un ambiente agradable de manera que el niño se sienta motivado por su familia.

Los padres de familia realizaron los tratamientos proporcionados por la fisioterapeuta a cargo, creando interacción padres e hijos, obteniendo la experiencia de poder trabajar con sus hijos y conocer las habilidades que ellos pueden desarrollar según la estimulación que se les proporciono en su hogar. Habiendo consultando cualquier duda acerca del tratamiento.

Análisis e Interpretación de Resultados

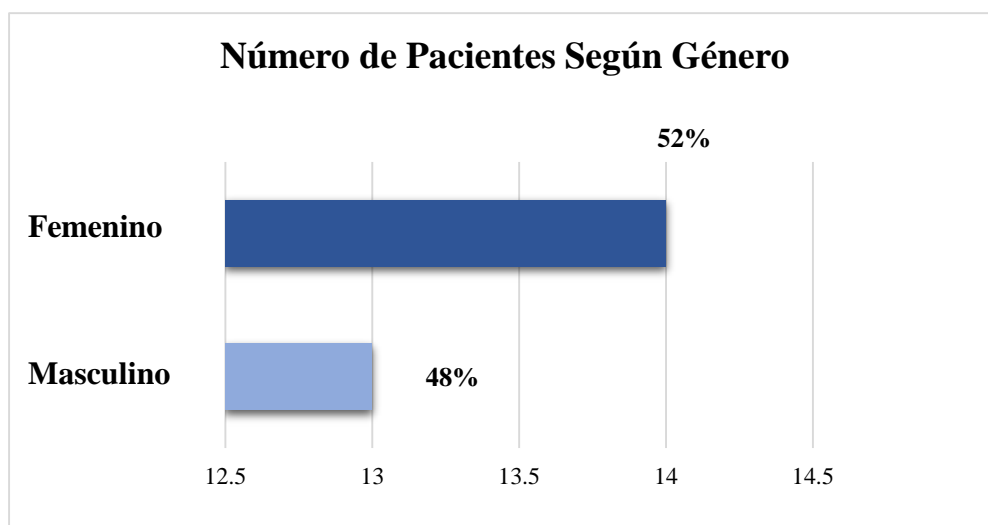
Se presentan resultados obtenidos del Ejercicio Técnico Profesional Supervisado (ETPS), en el periodo comprendido del 3 de febrero al 13 de marzo 2020, de forma presencial, donde se da a conocer a la población atendida de 27 pacientes entre adultos, niños y personas de la tercera edad.

CAPITULO III

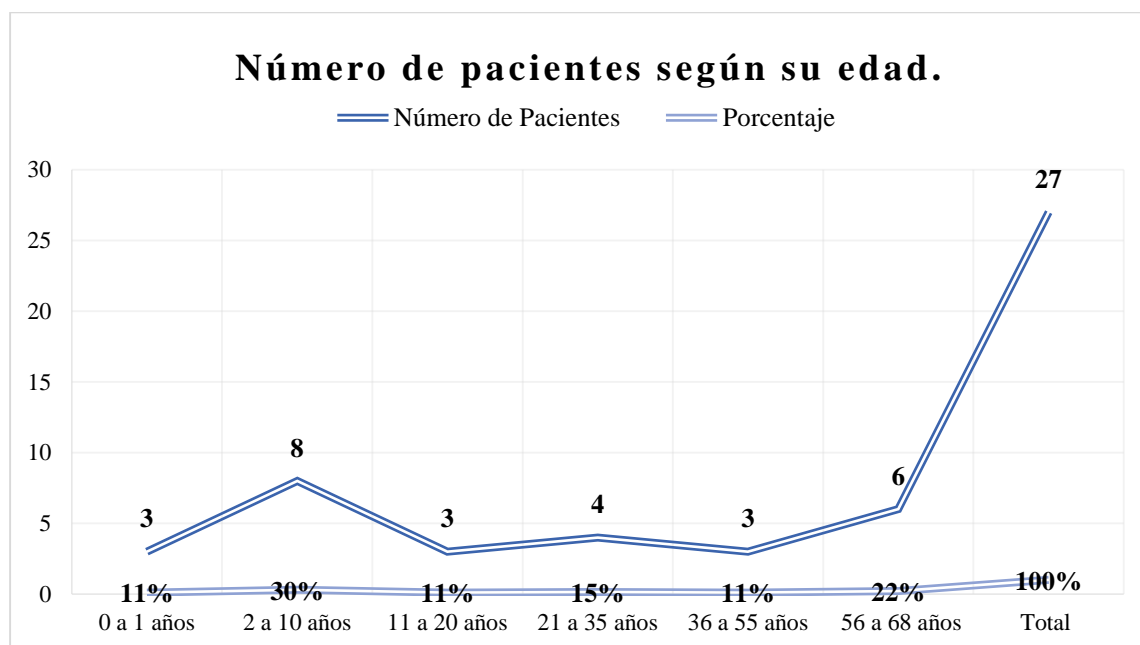
A continuación, se presentan gráficas de estadísticas del servicio dado en la institución de ASOPADIS, de San Lucas Tolimán, Sololá, con un total de 253 tratamientos aplicados.

Figura 1.

Número de Pacientes según Género.



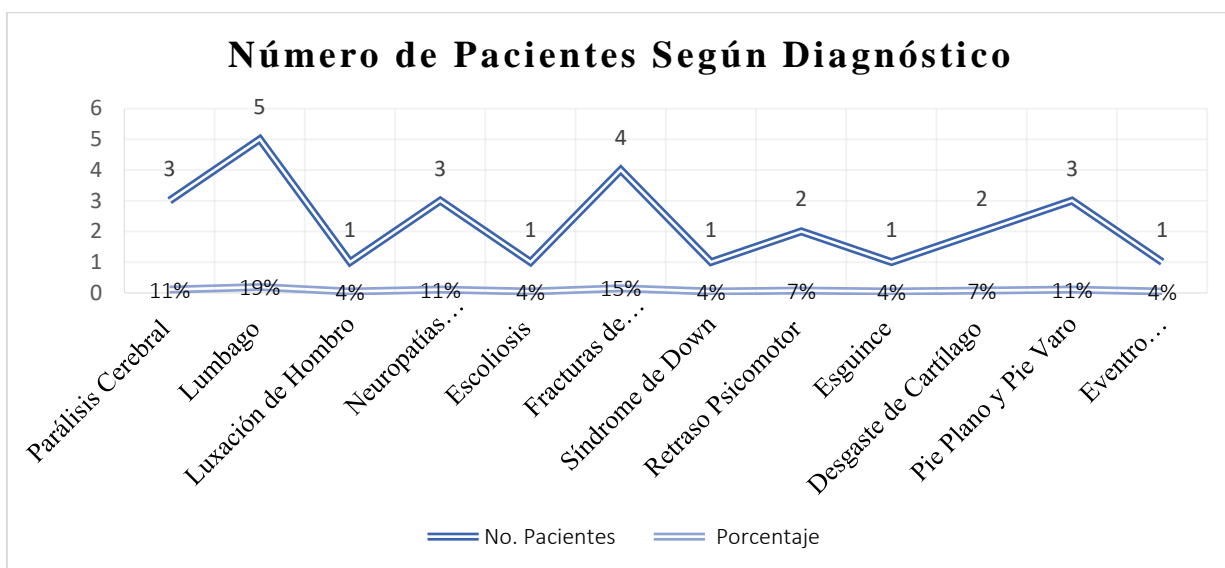
Análisis: La gráfica 1, indica el número y el sexo de cada paciente, el porcentaje del área femenina equivale al 52% por lo que representa a 14 mujeres en total a diferencia del área masculina equivale a un 48% que representa a 13 hombres. Atendidos en el mes de febrero y marzo. Por lo que predomina la asistencia en el área femenina.

Figura 2.*Número de Pacientes Según la Edad.*

Análisis: La gráfica 2, indica la mayoría de pacientes atendidos se encuentran en las edades de 2 a 10 años que equivales a un 30%, también demuestra la minoría de pacientes atendidos en las edades de 0-1 años son 3 niños, 11-20 años son 3 pacientes, 36 a 55 años son 3 pacientes adultos, lo que cada uno de ellos refleja un porcentaje de 11%. Dichos resultados demuestran que la fisioterapia se aplica en todo tipo de patologías sin importar la edad y que las patologías se desarrollan desde una edad temprana.

Figura 3.

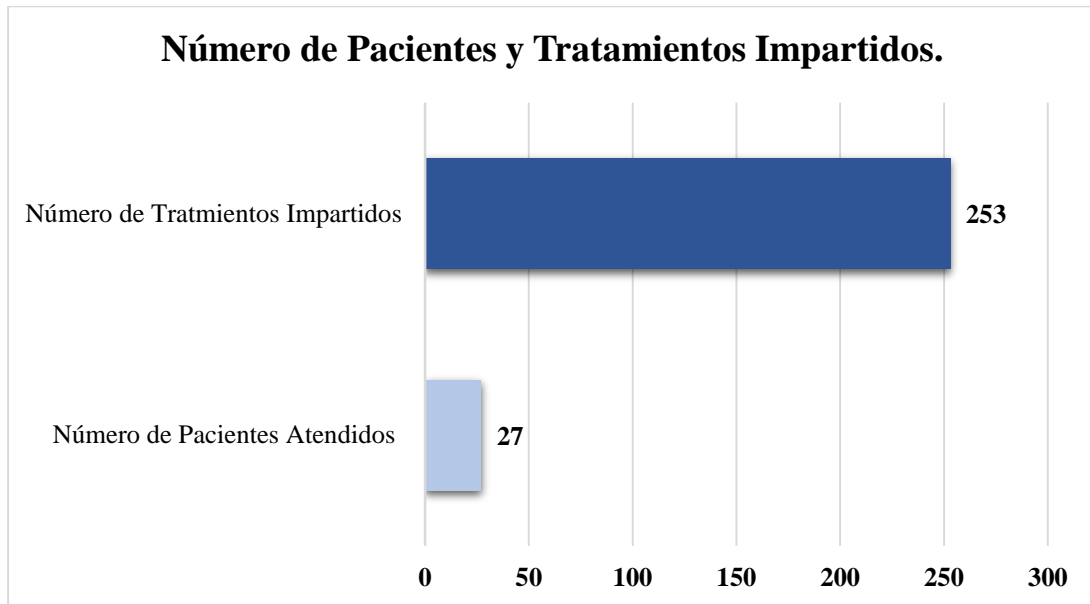
Número de pacientes según diagnóstico.



Análisis: La gráfica 3, indica cuantos pacientes se atendieron según los diagnósticos prescritos por los médicos tratantes, en el cual se logra reflejar que el 19% padecieron de lumbago, en los meses de febrero y marzo. En el área de parálisis cerebral representa la inclusión que se tuvo con los padres de los niños.

Figura 4.

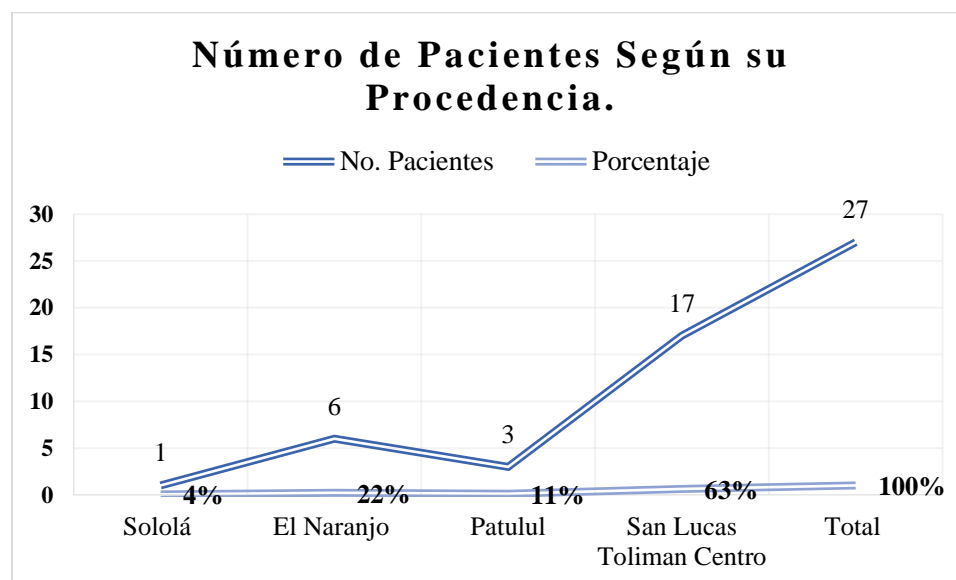
Número de Pacientes y Tratamientos.



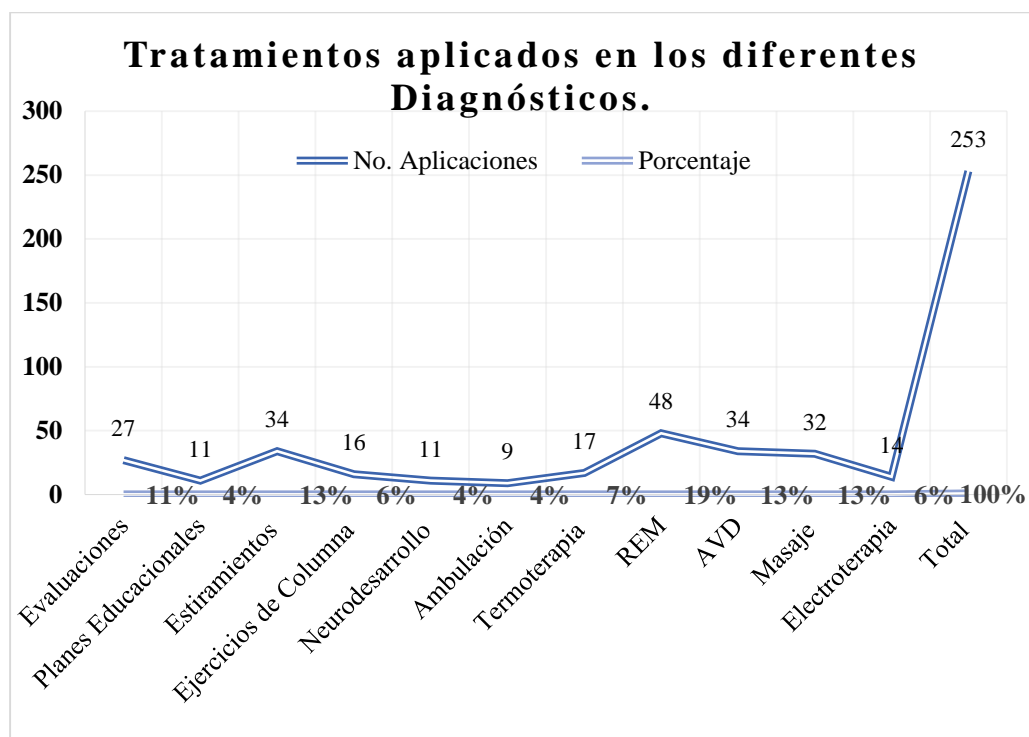
Análisis: la gráfica 4, indica el total de pacientes que fueron atendidos y la cantidad de tratamientos que se realizaron durante el 3 de febrero y 13 de marzo de 2020.

Figura 5.

Número de Pacientes según Procedencia.



Análisis: La gráfica de la tabla 5, indica la procedencia de los pacientes que recibieron su rehabilitación en ASOPADIS, se muestra que la mayor incidencia poblacional es procedente de San Lucas Tolimán, Sololá con un porcentaje de 63% lo que equivale a 17 pacientes atendidos en los meses de febrero y marzo del año 2020. Y la minoría de personas que frecuentan el centro son residentes de Sololá.

Figura 6.*Tratamientos Aplicados.*

Análisis: La gráfica 6, los diferentes modelos de tratamientos de los pacientes según los diagnósticos que presentaban, en el cual se puede ver que el tratamiento más utilizado fue reeducación muscular en base al ejercicio físico y sus diferentes modalidades con un porcentaje de 19% equivalente a 48 tratamiento aplicados y el tratamiento menos aplicado fue la ambulación con un porcentaje de 4% con un total de 9 tratamientos aplicados, durante los meses de febrero y marzo.

Seguimiento de caso

Caso. No. 1

Antecedentes Personales.

Paciente con 4 años de edad vive con su familia en Cantón San Juan, su tía es la encargada de llevarlo a terapia debido a que ambos padres trabajan.

Historia clínica.

Paciente nació bajo parto normal en sanatorio particular, mamá refiere que tuvo asfixia perinatal, el medico diagnosticó Parálisis Cerebral por asfixia Perinatal.

Evaluación de Fisioterapia.

Edad: 4 años y 3 meses

Diagnóstico: Parálisis Cerebral

Estado Actual:

La encargada del paciente es su pariente quien lo lleva a las terapias, es la responsable de él niño, el aún es dependiente en su totalidad no ha logrado un nivel de independencia de acuerdo al desarrollo normal del niño.

Referencia en Funciones y limitaciones en Actividades**Transferencias**

No efectúa ningún traslado de manera independiente.

Postura: decúbito supino: lleva las manos a la línea media y las mantiene en flexión.

Decúbito Prono: no le gusta esa posición y es llevado a ella, no se apoya de antebrazo deja caer su cabeza no presenta control cefálico.

Sedestación: adopta una postura cifótica, no presenta control cefálico con ayuda sostiene esa posición los brazos adopta la posición de flexión.

Bipedestación: no logra adoptar esa posición es llevado a ella, no presenta equilibrio ni coordinación.

Equilibrio: no mantienen el equilibrio en las diferentes posturas y actividades de la vida diaria.

Marcha: no efectúa marcha.

Integridad cutánea: sin alteraciones le gusta llevarse el dedo pulgar derecho a la boca.

Dolor: presenta llanto cuando se realiza la extensión en codos.

Reflejos: Babinsky positivo.

Amplitudes Articulares: miembros superiores; presentes A.A. completas de hombro, codo, muñeca, dedos, se le ayuda a realizar el movimiento para evaluar, no creando dolor y no forzando el movimiento. Miembros inferiores; presentes A.A. completas de cadera, rodillas, pies, se le ayuda a realizar el movimiento para evaluar, no creando dolor y no forzando el movimiento.

Tono muscular: hipertónico.

Estado de conciencia: alerta

Conducta: colaborador cuando duerme bien una noche antes de su terapia.

Fecha: 17 de febrero 2020

Evaluador: Susana Sunuc

Tratamiento Fisioterapéutico Aplicado

Objetivos de tratamiento:

1. Regular el tono
2. Mantener los rangos de amplitudes articulares.
3. Estimular el equilibrio y propiocepción en las diferentes posiciones
4. Crear una inclusión desde la familia.

Técnicas aplicadas al tratamiento:

Método neurodesarrollo; Bobath: inhibir las posturas anormales de movimiento y facilitar patrones de movimiento normales y funcionales, se aplicó la disociación en escapula y pelvis para regular el tono y poder trabajar en plano bajo, por medio de la propiocepción tanto en miembros superiores e inferiores, se enfatizó en los traslados bajos para fortalecer el control cefálico y la independencia.

Método Rood; calor: se utilizó calor para la relajación y así facilitar el movimiento sin crear patrones anormales.

Inclusión de la familia: la familia debe trabajar en casa planes educativos para poder incluirse a todos en el desarrollo del tratamiento. Y poder conocer acerca de las barreras que impidan al niño su desarrollo en un futuro y ellos puedan realizar una inclusión.

Caso. No. 2

Antecedentes Personales.

Paciente le realizar una cita para extraer el líquido del cerebro, convulsiones 1 o 2 veces al día.

Historia clínica.

Madre refiere que tuvo un embarazo normal, el parto fue atendido por una comadrona que le dijo que él bebe tomo líquido, el cual se fue al cerebro a los 40 días de nacido lo operaron en el Hospital Roosevelt para extraer el líquido, refiere que convulsiona 1 o 2 veces al día.

Evaluación de Fisioterapia.

Edad: 10 años

Diagnóstico: Parálisis Cerebral

Estado Actual:

Paciente llega acompañado de sus mamá a terapia el ambula solo.

Referencia en funciones y limitaciones en actividades

Transferencias: las efectúa de manera independiente.

Postura: bipedestación; tiene tendencia a flexión de Miembro Superior Izquierdo (MMSI), mejora al realizar las actividades de la vida diaria.

Equilibrio: no mantienen el equilibrio en las diferentes posturas y actividades de la vida diaria.

Marcha: efectúa una marcha independiente y de puntas, sube gradas y ambula en diferentes terrenos.

Integridad cutánea: sin alteraciones.

Dolor: no refiere.

Reflejos: Babinsky positivo.

Sensibilidad: no alterada.

Estereognosia: si reconoce, se le dificulta seguir instrucciones.

Amplitudes Articulares: miembros superiores; presentes A.A. completas de hombro, codo, muñeca, dedos, se les ayuda a realizar el movimiento de extensión de codo para evaluar, no creando dolor y no forzando el movimiento. Miembros inferiores; presentes A.A. completas de cadera, rodillas, pies, se le ayuda a realizar el movimiento flexión dorsal para evaluar, no creando dolor y no forzando el movimiento.

Tono muscular: leve hipertonia.

Estado de conciencia: alerta.

Conducta: se le dificulta el seguimiento de instrucciones, colabora más cuando su mamá está presente.

Fecha: 20 de febrero 2020.

Tratamiento Fisioterapéutico Aplicado

Objetivos de tratamiento:

1. Regular el tono enfatizando en miembros superior izquierdo
2. Mantener los rangos de amplitudes articulares.
3. Fortalecer la marcha en diferentes planos

4. Aumentar el seguimiento de instrucciones.
5. Crear una inclusión desde la familia.

Técnicas aplicadas al tratamiento:

Método neurodesarrollo; Bobath: inhibir las posturas anormales de movimiento y facilitar patrones de movimiento normales y funcionales, se trabajó la propiocepción tanto en miembros superiores e inferiores, se enfatizó en marcha para fortalecer la musculatura y crear mayor independencia en los diferentes planos.

Inclusión de la familia: la familia debe trabajar en casa planes educativos para poder incluirse a todos en el desarrollo del tratamiento. Se debe enseñarle un oficio de casa para que aprenda a realizarlo y fomentarle el trabajo para un futuro en su desenvolvimiento. Y poder disminuir diferentes barreras a las que esta propenso a vivir.

Caso. No. 3

Antecedentes Personales.

Paciente es llevada al médico el cual se le indica que su cerebro no se ha formado bien y tiene una posible agenesia de cuerpo calloso con convulsiones.

Historia clínica.

Madre refiere que tuvo un embarazo normal, refiere que durante su crecimiento notó extraña a la bebe ya que no se movía mucho y que por momentos se quedaba inconsciente o en silencio mucho tiempo.

Evaluación de Fisioterapia.

Edad: 7 años

Diagnóstico: Parálisis Cerebral

Estado Actual:

Paciente llega acompañado de sus mamá a terapia, en la comunidad del Naranjo se apoya de una silla de ruedas y ambula con ayuda.

Referencia en funciones y limitaciones en actividades

Transferencias: es llevada a las diferentes posiciones, realiza de manera independiente decúbito supino a prono y viceversa, realiza arrastre.

Postura: decúbito supino: lleva las manos a la línea media, agarra objetos y se apoya de ellas.

Decúbito Prono: adopta la posición de manera independiente, se apoya de antebrazos y rastrea.

Sedestación: adopta una postura cifótica, no presenta control de tronco, con ayuda sostiene esa posición si apoya los brazos tiene una escoliosis pronunciada hacia la izquierda.

Bipedestación: es llevado a ella a la posición, necesita ayuda para estar de pie, no presenta equilibrio ni coordinación.

Equilibrio: no mantienen el equilibrio en las diferentes posturas de sedestación y bipedestación y actividades de la vida diaria.

Marcha: efectúa una marcha dependiente, con marcha en tijeras y flexión de rodillas.

Integridad cutánea: sin alteraciones.

Dolor: no refiere.

Sensibilidad: no alterada.

Estereognosia: se le dificulta

Amplitudes Articulares: miembros superiores; presentes A.A. completas de hombro, codo, muñeca, dedos, se le ayuda a realizar el movimiento para evaluar, no creando dolor y no

forzando el movimiento. Miembros inferiores; presentes A.A. completas de cadera, rodillas, pies, se le ayuda a realizar el movimiento para evaluar, no creando dolor y no forzando el movimiento.

Tono muscular: leve hipertonía.

Estado de conciencia: alerta

Conducta: se le dificulta el seguimiento de instrucciones es muy colaboradora.

Fecha: 20 de febrero 2020

Tratamiento Fisioterapéutico Aplicado

Objetivos de tratamiento:

1. Regular el tono
2. Mantener los rangos de amplitudes articulares.
3. Estimular el equilibrio y propiocepción en las diferentes posiciones
4. Elongar y fortalecer musculatura en miembros superiores e inferiores
5. Evitar posturas viciosas que afecten en su desarrollo
6. Crear una inclusión desde la familia.

Técnicas aplicadas al tratamiento:

Método neurodesarrollo; Bobath: inhibir las posturas anormales de movimiento y facilitar patrones de movimiento normales y funcionales, se aplicó la disociación en escapula y pelvis para regular el tono y poder trabajar en los planos bajo, trabajado propiocepción tanto en miembros superiores e inferiores, se enfatizó en los traslados medios para fortalecer el control cefálico y crear una independencia

Se enfatizó en Sedestación para disminuir la escoliosis adquirida por las posturas viciosas que a adoptando.

Inclusión de la familia: la familia debe trabajar en casa planes educacionales para poder incluirse a todos en el desarrollo del tratamiento también pueden incluirse en el tratamiento

mediante el juego, enseñarle un oficio de casa que no se le dificulte y que le guste para que vaya desarrollando en su entorno e ir creando una independencia. Y en un futuro pueda desenvolverse en un área laboral.

Análisis de casos

Se les dio seguimiento a 3 casos de infantes, con diagnóstico de parálisis cerebral, con diferentes síntomas y signos. Los resultados de las terapias son mínimos debido al tiempo que se atendió a estos pacientes, debido a la pandemia generada por el Covid-19.

Es bien sabido que la parálisis cerebral no solo implica dificultades de movimiento, sino también dificultades del habla, visión, auditiva y en algunas dificultades de aprendizaje. La familia, es la primera que debe aprender a convivir con estos niños, lo cual no es fácil, por eso es importante que las personas que tiene a cargo su terapéutica, también tomen en cuenta que es importante dar instrucciones e indicaciones para que las personas cercanas al niño logren una convivencia beneficiosa, donde se busque que el niño sea partícipe de las actividades familiares. Tomando en cuenta lo anterior, se apoyó a los familiares de estos casos con instrucciones claras y dentro de su contexto cultural para un trato adecuado a estos niños.

También se les invitó a informarse acerca de las retribuciones y oportunidades a los que tienen derecho dentro de la sociedad y educación.

Apesar de que se tuvo que abandonar la atención de los pacientes de forma súbita, ante la llegada de la pandemia, se tiene la esperanza de haber dejado una semilla a fin de que estos niños tengan una verdadera integración e inclusión social.

CAPITULO IV

Conclusiones

- Se contribuyó en la rehabilitación de 27 pacientes que fueron asignados por la encargada de la institución, tanto niños, niñas, mujeres y hombres.
- Se llevó a cabo la revisión de cada historial clínico y se programaron protocolos según las necesidades de cada paciente, brindando una atención fisioterapéutica individualizada utilizando los diferentes equipos que la institución de ASOPADIS proporcionó, con un tiempo estipulado para las sesiones.
- Durante los tratamientos fue necesaria la participación de los padres de familia para serlos parte de la inclusión en su rehabilitación como en la sociedad guatemalteca.
- Se orientó a los padres durante las sesiones de terapia que el hogar es el núcleo fundamental para que los niños entren en un ambiente de seguridad, confianza y que ellos puedan desarrollar sus capacidades tanto físicas como psicológicas.
- Se les brindó planes educacionales a los padres para que ellos realizaran los tratamientos en casa. Y fortaleces el vínculo entre padres e hijos.

Recomendaciones

- Los padres de familia deben ser incluyentes con sus hijos, durante el tratamiento para que observen y gocen los avances o problemas que sus hijos presentan durante su desarrollo tanto físico, psicológico y emocionalmente, aumentando su autonomía.
- Se proporcionó un calendario de atención sin embargo es necesario aumentar las visitas en las diferentes comunidades y así proveer mayor atención.
- A pesar de las circunstancias del país, la rehabilitación no se debe apaciguar, debe fomentarse por medio de diferentes estrategias el progreso de las personas con discapacidad.
- En el área de Fisioterapia de la institución debe proporcionar, un aumento de material indispensable para las diversas necesidades que se presentan y poder aumentar la eficacia de los tratamientos en cada paciente.

Referencias

- Alarcón, C. R. (Septiembre de 2010). *issuu*. (C. R. Bonilla, Ed.) Recuperado el febrero de 2020, de https://issuu.com/asociacionvivamosmejor/docs/estudio_tecnico_volcan_tolimán_fina
- ASOPADIS. (2019). *ASOCIACION ASOPADIS*. ASOPADIS, SOLOLÁ, SOLOLA. Recuperado el FEBRERO de 2020, de <https://dokumen.tips/documents/que-es-y-que-ha-hecho-asopadis.html>
- Buvinić, M., & Mazza, J. (2004). *Inclusion social y Desarrollo economico*. Nueva Yorck: Alfaomega. Recuperado el 29 de marzo de 2020
- Canel. (2 de Junio de 2015). *CONADI*. Recuperado el 20 de Abril de 2020, de <http://conadi.gob.gt/web/2015/06/02/asociacion-guatemalteca-de-apoyo-al-limitado-fisico-agalfi/>
- Castro, Y. S. (2014). *Intervencion confamilias de personas con Discapacidad*. Andalućia , España: IC. Recuperado el 29 de marzo de 2020
- CHICAIZA, L. (2016). *implementacion de ayudas tecnicas y adaptaciones en personas con discapacidad*. Tesis , Universidad Tecnica del Norte , Ecuador . Recuperado el 27 de marzo de 2020
- COLEGIO PROGESIONAL DEL FISIOTERAPEUTAS*. (2014). Recuperado el 15 de MARZO de 2020, de <https://www.colfisiocant.org/definiciones.php>
- comunidad, f. s. (s.f.). *fundacion salud y comunidad*. Recuperado el 21 de diciembre de 2020, de <https://www.fsyc.org/servicios-y-proyectos/insercion-social-y-empleo/>
- CONADI. (2015). *POLITICA NACIONAL EN LA DISCAPACIDAD*. En CONADI, *POLITICA NACIONAL EN LA DISCAPACIDAD* (pág. 12). Guatemala.
- CONADI. (s.f.). *Compendio marco normativo de discapacidad*. Guatemala . Recuperado el 30 de marzo de 2020

- Cortes, J., & Sotomayor Morales, E. (01 de Septiembre de 2016). *Scielo*. Recuperado el 20 de Abril de 2020, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962016000200012
- Emanuel, T. (19 de septiembre de 2019). *somor todos*. Recuperado el 17 de febrero de 2021, de <https://tobiasemanuel.org/el-rol-de-la-familia-en-la-vida-de-una-persona-con-discapacidad/>
- ENDIS. (09 de Mayo de 2016). *INFORME DE LA II ENCUESTA NACIONAL ENDIS*. CONADIGUA, ENDIS. GUATEMALA: CONADIGUA. Recuperado el 09 de MAYO de 2020, de <https://www.unicef.org/guatemala/media/461/file/ENDIS%202016.pdf>
- ENDIS. (2018). *CENSO POBLACION Y VIVIENDA*. Recuperado el 2020, de <https://www.censopoblacion.gt/graficas>
- ENDIS, I. (2016). *INFORME DE LA II ENCUESTA NACIONAL DE DISCAPACIDAD EN GUATEMALA*. Guatemala: INE. Recuperado el 8 de Mayo de 2021, de <https://www.unicef.org/guatemala/media/461/file/ENDIS%202016.pdf>
- Escobar, G. (2010). *Personas con Discapacidad*. Madrid: Trama. Recuperado el 25 de marzo de 2020
- Española, R. A. (2019). *Real Academia Española*. Recuperado el 19 de Abril de 2020, de <https://dle.rae.es/integrar>
- Gomez, C. M. (2005). *Estrategias para facilitar la insercion laboral a personas con discapacidad* (1ra. reimpression ed.). Costa Rica: UNIVERIDAD ESTATAL A DISTANCIA. Recuperado el 29 de marzo de 2020
- GONZALES, A. L. (3 de febrero de 2019). *SUPERAR DOBLES BARRERAS*. *Superar dobles barreras*. Recuperado el 09 de MAYO de 2020, de <https://elperiodico.com.gt/domingo/2019/02/03/superar-dobles-barreras/>

Gonzales, M. Q. (s.f.). *Discapacidad*.

González, M. Q. (2004). *Discapacidad y Dependencia*. Madrid: IMSERSO. Recuperado el noviembre de 2020, de <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0181.pdf>

Guatemala, C. N. (2 de Marzo de 2017). *CNB*. Recuperado el 20 de Abril de 2020, de https://cnb.mineduc.gob.gt/wiki/Manual_de_atenci%C3%B3n_a_las_Necesidades_Educativas_Especiales_en_el_aula/Instituciones_que_apoyan_a_las_personas_con_Necesidades_Educativas_Especiales

Hawting, S., Chan, M., & Zoellik, R. (2011). *Informe mundial de la Discapacidad*. OMS. Ginebra: Malta. Recuperado el 28 de marzo de 2020, de http://www1.paho.org/arg/images/Gallery/Informe_spa.pdf

Hernandes, F. B. (mayo de 2014). *UNIVERSIDAD DE COLIMA*. Recuperado el 7 de mayo de 2020, de <https://recursos.ucol.mx/tesis/investigacion.php>

Hernandis, P. (2011). *Autonomia Personal y Dependencia*. España: CEDRO. Recuperado el 19 de Marzo de 2021, de <https://books.google.com.gt/books?id=4OqKEanG2kEC&pg=PA202&dq=nivel+de+dependencia+de+una+persona+con+discapacidad&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwirr5v9hM3vAhVsQzABHZqhALAQ6AEwBHoECAAQA#v=onepage&q=nivel%20de%20dependencia%20de%20una%20persona%20con%20discap>
pa

I. Sánchez Blanco, Ferrero Mendez, A., Flores García, M. T., & Aguilar Naranjo, J. (2008). *Manual de Rehabilitación y Medicina Física* (1ra. Reimpresion ed.). Buenos Aires, Madrid: PANAMERICANA. Recuperado el 15 de marzo de 2020

INE. (2018). *CENSO 2018 SOLOLÁ*. Recuperado el 19 de NOVIEMBRE de 2020, de CENSO POBLACION Y VIVIENDA: <https://www.censopoblacion.gt/graficas>

- Jacinto, C. (01 de Junio de 2016). *Word Press*. Recuperado el febrero de 2020, de <https://visitesanlucastoliman.wordpress.com/2016/06/01/la-historia-de-la-supervision-educativa-de-san-lucas-toliman/>
- Martín, D. N. (2013). *La Justicia En la Discapacidad*. Buenos Aires: DUNKEN.
- Martín, M. P. (2005). familia y discapacidad . salamanca, salamanca : INICO. Recuperado el 29 de marzo de 2020
- MINEDUC. (2006). *Manual de Atencion* . Guatemala: DICADE.
doi:https://www.mineduc.gob.gt/DIGEESP/documents/manual_de_discapacidades.pdf
- Ministerio de trabajo y asistencia social . (15 de Enero de 2020). *Min trabajo*. Recuperado el 8 de Mayo de 2021, de <https://www.mintrabajo.gob.gt/index.php/noticias/9-ministerio-de-trabajo-apoya-a-las-personas-con-discapacidad>
- Nicolás Contreras Escandón . (Marzo de 2016). DISCRIMINACIÓN, ESTIGMATIZACIÓN Y EXCLUSIÓN LABORAL EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD.
DISCRIMINACIÓN, ESTIGMATIZACIÓN Y EXCLUSIÓN LABORAL PERSONAS CON DISCAPACIDAD . Chile , Chile: INAP Instituto de Auntos Públicos . Recuperado el 19 de Abril de 2020
- OMS. (s.f.). Recuperado el 20 de marzo de 2020, de <https://www.who.int/disabilities/cbr/guidelines/es/>
- Ortiz, G. A. (2019). *Guía Práctica Sobre Métodos y Técnicas de Investigacion Documental y de Campo* (Décima Primera Edición ed.). Guatemala: CIMGRA. Recuperado el 23 de Marzo de 2021
- Pardinas, F. (2005). *Metodologia y Tecnicas de Investigacion* (Trigeino Octava ed.). Mexico : Siglo XXI. Recuperado el 7 de mayo de 2020

- Pastor, C. A., Rodríguez, J. A., & Sanchez, M. (2004). *cooperacion educatica con iberoamérica sobre educacion especia e inclusion educativa*. Madrid: Lerko Print. Recuperado el 25 de marzo de 2020
- Perez, K., & Eizagire, M. (29 de Mayo de 2003). *Hegoa*. Recuperado el 19 de Abril de 2020, de <http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/96>
- Reyes, H. (Febrero de 2019). *Boletín de Economía*. Recuperado el 19 de Abril de 2020, de <http://iies.usac.edu.gt/assets/bolet%C3%ADn-no.-02-febrero-2019.pdf>
- Rodenas, N. (2005). *Personas con Discapacidad y condiciones de exclusion en Guatemala*. Guatemala, Guatemala : ODHAG. Recuperado el 19 de Abril de 2020, de https://www.odhag.org.gt/pdf/R_PERSONAS_CON_DISCAPACIDAD.pdf
- Rosales, L. M. (2013). *ACTITUD DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD VISUAL QUE HAN INGRESADO AL MERCADO LABORAL EN GUATEMALA*. TESIS, Universidad Rafael Landivar, Psicología , Guatemala . Recuperado el 19 de Abril de 2020, de <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2013/05/57/Chavarria-Luisa.pdf>
- Salina , F., Lugo Agudelo, L., & Albelález, R. (2008). *Rehabilitacion en salud*. Medellin, Colombia: Universidad de Antioquina. Recuperado el 27 de marzo de 2020
- Sbalzer, p. (s.f.). *DISCAPACIDAD EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE*. Recuperado el 19 de NOVIEMBRE de 2019, de CITAMERICAS: <http://www.citamericas.org/archivos/8eb24c8f67879c1b5b9bfdef68ba48f2.pdf>
- Tejada, M. P. (2017). *Familia en la discapacidad*. (M. Alvarez, Entrevistador) Recuperado el abril de 2020, de https://www.researchgate.net/publication/322016786_EL_PAPEL_DE_LOS_PROFESIONALES_Y_LA_FAMILIA_ANTE_LA_DIVERSIDAD_FUNCIONAL_DESDE_LA_RE

- VISION_TEORICA/fulltext/5a3dd6d3aca272d294433854/EL-PAPEL-DE-LOS-
 PROFESIONALES-Y-LA-FAMILIA-ANTE-LA-DIVERSIDAD-FUNCIONAL-
 UNICEF. (2005). *Inclusion social, Discapacidad y Politicas Públicas*. Santiago: Carolina
 Bañados. Recuperado el 29 de marzo de 2020, de
https://www.unicef.cl/archivos_documento/200/Libro%20seminario%20internacional%20discapacidad.pdf
- Valverde, M. E., & Serrano , M. (Julio- Diciembre de 2003). *Medigraphi*. Recuperado el 22 de
 11 de 2020, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/plasticidad/prn-2003/prn032i.pdf>
- Wikiguate. (20 de Junio de 2016). *Wikiguate*. Recuperado el febrero de 2020, de
<https://wikiguate.com.gt/departamento-de-solola/>
- Zorzo, Elvira., & N., M. (2013). *Recursos sociales y comunitarios para las personas con
 Discapacidad*. Manual Modulo Formatico (enero 2017 ed.). Madrid: CEP. Recuperado el
 28 de marzo de 2020. [ooks.google.com.gt/books?id=08U-
 DwAAQBAJ&pg=PA159&dq=Modelo+orientador+de+la+familia&hl=es&sa=X&ved=2
 ahUKEwjikNbt1cDwAhVNU98KHRDYAXsQ6AEwAnoECAUQA#v=onepage&q=M
 odelo%20orientador%20de%20la%20familia&f=false](https://books.google.com.gt/books?id=08U-DwAAQBAJ&pg=PA159&dq=Modelo+orientador+de+la+familia&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwjikNbt1cDwAhVNU98KHRDYAXsQ6AEwAnoECAUQA#v=onepage&q=Modelo%20orientador%20de%20la%20familia&f=false)



ANEXOS

ANEXO 1. EVALUACIONES

ASOPADIS

San Lucas Tolimán, Sololá

AMPLITUD ARTICULAR

MIEMBROS SUPERIORES

Nombre: _____

Diagnóstico: _____

IZQUIERDO	<u>AMPLITUD ARTICULAR</u> (Movilidad Pasiva)	DERECHO																																							
<p>FLEX. EXT.</p>	<p>HOMBROS</p> <p>Flexión 0 - 90 Flex. y Rot. omóplato 90 - 180 Extensión „ „ 180 - 90 Extensión 90 - 50</p> <p>LIMITACIONES</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">Izquierdo</th> <th colspan="2">Derecho</th> </tr> <tr> <th>Flex.</th> <th>Ext.</th> <th>Flex.</th> <th>Ext.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		Izquierdo		Derecho		Flex.	Ext.	Flex.	Ext.	1					2					3					4					5					6					<p>EXT. FLEX.</p>
	Izquierdo		Derecho																																						
	Flex.	Ext.	Flex.	Ext.																																					
1																																									
2																																									
3																																									
4																																									
5																																									
6																																									
<p>ADD. ABD.</p>	<p>Abducción 0 - 90 Abd. y Rot. omóplato 90 - 180 Adducción 90 - 0 Add. y Rot. omóplato 180 - 90</p> <p>LIMITACIONES</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">Izquierdo</th> <th colspan="2">Derecho</th> </tr> <tr> <th>Abd.</th> <th>Add.</th> <th>Abd.</th> <th>Add.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		Izquierdo		Derecho		Abd.	Add.	Abd.	Add.	1					2					3					4					5					6					<p>ABD. ADD.</p>
	Izquierdo		Derecho																																						
	Abd.	Add.	Abd.	Add.																																					
1																																									
2																																									
3																																									
4																																									
5																																									
6																																									
<p>ROT. INT. ROT. EXT.</p>	<p>ROTACION</p> <p>Codo flexionado a 90 grados</p> <p>Rotación Externa 0 - 90 Rotación Interna 0 - 90</p> <p>LIMITACIONES</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">Izquierdo</th> <th colspan="2">Derecho</th> </tr> <tr> <th>Interna</th> <th>Externa</th> <th>Interna</th> <th>Externa</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		Izquierdo		Derecho		Interna	Externa	Interna	Externa	1					2					3					4					5					6					<p>ROT. EXT. ROT. INT.</p>
	Izquierdo		Derecho																																						
	Interna	Externa	Interna	Externa																																					
1																																									
2																																									
3																																									
4																																									
5																																									
6																																									

IZQUIERDO

FLEX. EXT.

CODOS

Flexión 0 - 145 - 160
Extensión 160 - 145 - 0

LIMITACIONES

	Izquierdo		Derecho	
	Flex.	Ext.	Flex.	Ext.
1				
2				
3				
4				
5				
6				

DERECHO

EXT. FLEX.

SUP. PRON.

RADIO-CUBITAL

Pronación 0 - 90
Supinación 0 - 90

LIMITACIONES

	Izquierdo		Derecho	
	Sup.	Pron.	Sup.	Pron.
1				
2				
3				
4				
5				
6				

PRON. SUP.

FL. DORS. FL. PALM.

MUÑECA

Flexión Dorsal 0 - 70
Flexión Palmar 0 - 90

LIMITACIONES

	Izquierda		Derecha	
	Dors.	Palm.	Dors.	Palm.
1				
2				
3				
4				
5				
6				

FL. PALM. FL. DORS.

ABD. ADD.

Abducción 0 - 25
Adducción 0 - 55 - 65

LIMITACIONES

	Izquierda		Derecha	
	Rad.	Cub.	Rad.	Cub.
1				
2				
3				
4				
5				
6				

ADD. ABD.

Evaluó: _____

Fecha de Evaluación: _____

ASOPADIS



San Lucas Tolimán, Sololá

AMPLITUDES ARTICULARES

MIEMBROS INFERIORES

Nombre: _____

Diagnóstico: _____

IZQUIERDO		CADERAS				DERECHO	
		Flexión (Rodilla Recta) 0 - 85 Extensión 85 - 0					
		LIMITACIONES					
		Izquierdo		Derecho			
		Flex.	Ext.	Flex.	Ext.		
		1					
		2					
		3					
		4					
		5					
		6					
		Flexión (Rod. Flexionada) 0 - 130 Extensión 130 - 0					
		LIMITACIONES					
		Izquierdo		Derecho			
		Flex.	Ext.	Flex.	Ext.		
		1					
		2					
		3					
		4					
		5					
		6					
		Extensión 0 - 20 Extensión (y Col. Lumb.) 0 - 45					
		LIMITACIONES					
		Izquierdo		Derecho			
		Ext.	E.C.L.	Ext.	E.C.L.		
		1					
		2					
		3					
		4					
		5					
		6					
		Abducción 0 - 45 Adducción 45 - 0					
		LIMITACIONES					
		Izquierdo		Derecho			
		Abd.	Add.	Abd.	Add.		
		1					
		2					
		3					
		4					
		5					
		6					
		Rotación Externa 0 - 45 Rotación Interna 0 - 45					
		LIMITACIONES					
		Izquierdo		Derecho			
		Interna	Externa	Interna	Externa		
		1					
		2					
		3					
		4					
		5					
		6					

IZQUIERDO

FLEX. EXT.

R O D I L L A
(POSICION PRONA)
Flexión 0 - 120 - 130
Extensión 130 - 120 - 0
LIMITACIONES -

	Izquierdo		Derecho	
	Flex.	Ext.	Flex.	Ext.
1				
2				
3				
4				
5				
6				

T O B I L L O

DERECHO

EXT. FLEX.

EXT. FLEX.

Flexión 0 - 20
Extensión 0 - 45
LIMITACIONES

	Izquierdo		Derecho	
	Flex.	Ext.	Flex.	Ext.
1				
2				
3				
4				
5				
6				

FLEX. EXT.

PRON. SUP.

Pronación 0 - 25
Supinación 0 - 45
LIMITACIONES

	Izquierdo		Derecho	
	Sup.	Pron.	Sup.	Pron.
1				
2				
3				
4				
5				
6				

SUP. PR

FLEX. EXT.

A R T E J O S
ARTICULACION PROXIMAL
Flexión 0 - 25 - 35
Extensión 0 - 80 - 0
LIMITACIONES

	Izquierdo		Derecho	
	Flex.	Ext.	Flex.	Ext.
1				
2				
3				
4				
5				
6				

EXT. FLEX.

FLEX. EXT.

ARTICULACION MEDIA Y DISTAL
Flexión 0 - 50
Extensión 50 - 0
LIMITACIONES

	Izquierdo		Derecho	
	Flex.	Ext.	Flex.	Ext.
1				
2				
3				
4				
5				
6				

EXT. FLEX.

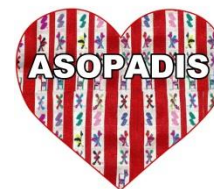
Evaluó: _____

Fecha de Evaluación: _____

ASOPADIS

San Lucas Tolimán, Sololá

CHEQUEO MUSCULAR



MIEMBROS SUPERIORES

Nombre: _____

Diagnóstico: _____

	Izquierda			Derecha		
	1ra.	2da.		1ra.	2da.	
Omoplato			Abductor, serrato mayor			Omoplato
			Adductor, trapecio fibras medias			
			Adductor, romboides			
			Elevación			
			Depresión			
Hombro			Flexión hasta los 90 grados			Hombro
			Extensión			
			Abducción, deltoides			
			Abd. Horiz. Deltoides p.			
			Add. Horiz. Pectoral Mayor			
			Rotación externa			
Codo			Flexión			Codo
			Extensión			
Antebrazo			Supinación			Antebrazo
			Pronación			
Muñeca			Flexión desviación radial			Muñeca
			Flexión desviación cubital			
			Extensión desviación radial			
			Extensión desviación cubital			
Dedos			Extensión metacarpofalángica			Dedos
			Flexión metacarpofalángica			
			Flexión Inter. Proximal			
			Flexión Inter. Distal			
			Abductores			
			Aductores			
			Oposición de meñique			
Pulgar			Oponente			Pulgar
			Flexión metacarpofalángica			
			Extensión metacarpofalángica			
			Flexión interfalángica			
			Extensión interfalángica			
			Abductores			
			Aductores			

Evaluó: _____

Fecha de Evaluación: _____

ASOPADIS



San Lucas Tolimán, Sololá

CHEQUEO MUSCULAR

MIEMBROS INFERIORES

Nombre: _____

Diagnóstico: _____

	Izquierdo				Derecho					
Cuello					Flexores					Cuello
					Extensores					
Tronco					Flexión. Recto anterior					Tronco
					Extensión. región torácica					
					Extensión. región lumbar					
					Obl. Mayor a. Obl. Menor d. Rotadores					
					Obl. Menor l. Obl. Mayor l.					
Cadera					Elevación de la pelvis					Cadera
					Flexores					
					Extensores					
					Abductor, glúteo medio					
					Adductores					
					Rotadores externos					
					Rotadores internos					
					Sartorio					
Rodilla					Tensor de la fascia lata					Rodilla
					Semitendinoso y semimembranoso					
					Bíceps crural					
Tobillo					Cuádriceps					Tobillo
					Flexión plantar, gemelo y soleo					
Pie					Flexión plantar, soleo					Pie
					Inversión, tibial anterior					
					Inversión, tibial posterior					
					Eversión, peroneo lateral corto					
Artejos 4) later.)					Eversión, peroneo lateral largo					Artejos
					Flexores metatarso falángicas					
					Extensores metatarso falángicas					
					Flexión interfalángica proximal					
					Flexión interfalángica distal					
Dedo gordo					abductores					Dedo gordo
					Adductores					
					Flexión metatarsfalángica					
					Flexión interfalángica					
					Extensión interfalángica					

Fecha de evaluación: _____

Evaluó: _____

ASOPADIS

San Lucas Tolimán, Sololá

Nombre: _____

Diagnóstico: _____

Edad: _____

Fecha: _____

VALORACIÓN DEL DOLOR

¿Aumenta o disminuye el dolor con alguna postura/actividad/emoción? Sí __ No __

Especifique: _____

¿Qué AVD le limita realizar?

Aparición del dolor	
Localización	
Irrradiación	
Característica	
Intensidad (EVA)	
Alivio	



Hallazgos:

Evaluó: _____

Fecha de evaluación: _____



ASOPADIS

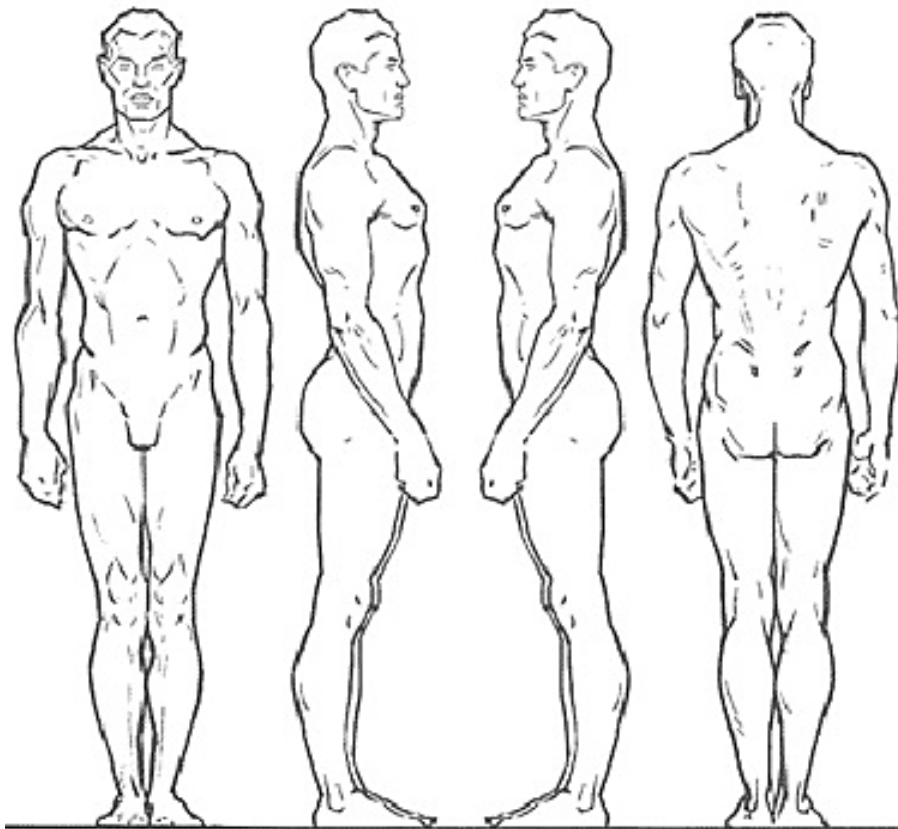
San Lucas Tolimán, Sololá

EVALUACION POSTURAL

Nombre: _____

Diagnóstico: _____

Edad: _____



Hallazgos:

Evaluó: _____

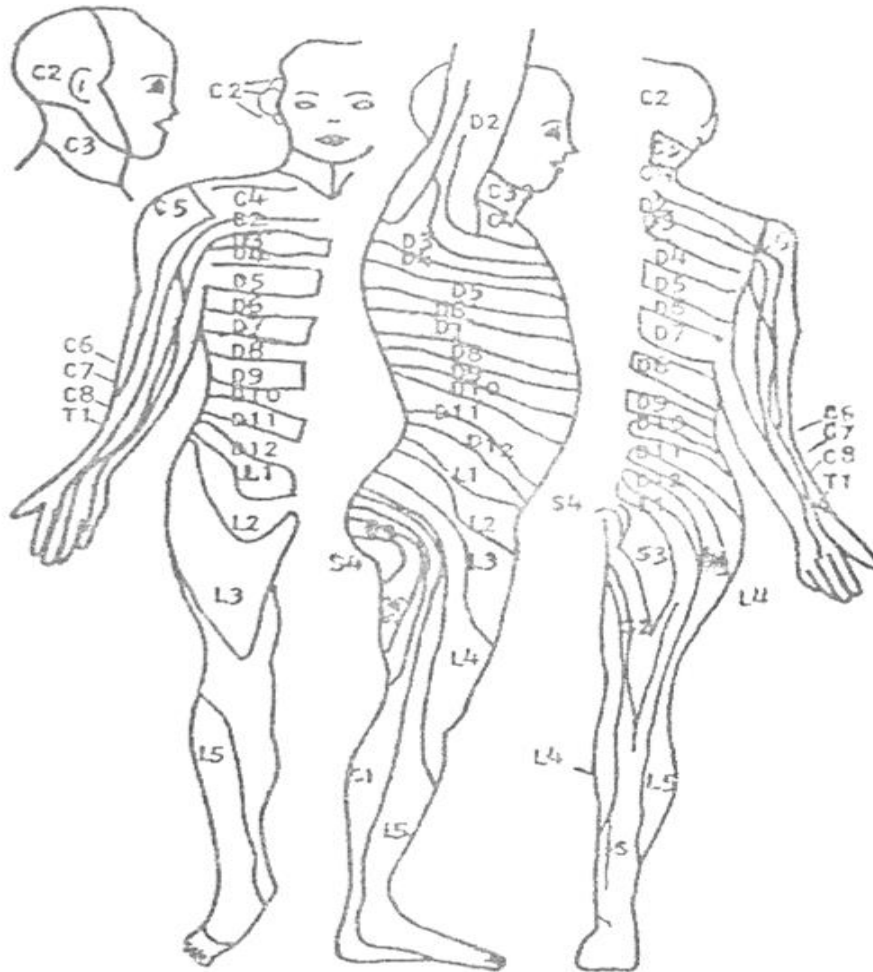
Fecha de evaluación: _____

ASOPADIS

San Lucas Tolimán, Sololá



EVALUACIÓN SENSIBILIDAD



Nota* Píntese azul las zonas normales y rojo las que presentan trastornos de sensibilidad.

1er Chequeo: _____

Fecha: _____

2do Chequeo: _____

Fecha: _____

ASOPADIS

San Lucas Tolimán, Sololá

MEDICIONES MIEMBROS INFERIORES



Nombre: _____

Diagnóstico: _____

IZQUIERDO	MEDIDA	DERECHO
	Ombbligo-espina iliaca	
	Ombbligo-maleolo interno	
	Espina iliaca-maleolo interno	
Cms: _____	Circunferencia del muslo del borde sup. De la rótula a:	Cms: _____
Cms: _____	Circunferencia de la pierna Del borde inf. De la rótula a:	Cms: _____

Fecha: _____

Evaluó: _____

ASOPADIS**San Lucas Tolimán, Sololá****EVALUACIÓN DE NEURODESARROLLO**

Nombre del usuario: _____

Diagnóstico _____ Edad: _____

Fecha	Hora	Descripción

Evalúo _____

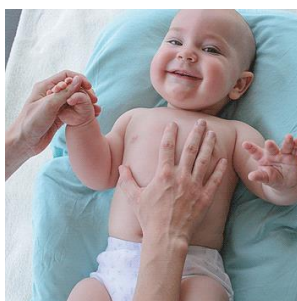
Anexo 4

PLAN EDUCACIONAL I

Acostado en la cama doblar y estirar las piernas una por una, luego doblar piecito, hacia arriba y hacia abajo. Hacer 15 repeticiones de cada lado.



Acostado en la cama doblar y estirar los brazos, luego doblar hacia arriba y abajo las muñecas, hacer 10 veces en cada lado.



Poner al niño en la pierna o en una almohada de manera que apoye sus 2 manos y que suba su cabeza hacia el frente, contar hasta 5 y que descansa hacer 10 veces este ejercicio.



Sentarlo de manera que él se apoye con sus brazos cuando lo vaya a sentar y que haga el esfuerzo de mantener su cabecita y que no la deje caer. Mostrarle juguetes para poder estimularlo. Desde diferentes posiciones. Balancearlo de derecha a izquierda.



NOTA: se debe trabajar toda la semana este plan dos veces al día, se debe indicar que se trague su saliva, aunque las posiciones de gateo y sentado no sean de agrado para el niño son necesarios para lograr que el domine su cuerpo.

Estudiante FT: Susana Sunuc

PLAN EDUCACIONAL II

Acostada en la cama doblar y estirar las piernas una por una, luego doblar piecitos. Hacer 15 repeticiones de cada lado.



Acostado en la cama doblar y estirar los brazos, luego doblar hacia arriba y abajo las muñecas hacer 10 veces en cada lado.



Ponerla sentada sobre rodillas y que lleve sus los brazos hacia arriba y al frente.



Caminar en diferentes terrenos, en gradas, en subida o bajada lo que halla en casa de espacio.



Colocar diferentes obstáculos, indicarle que debe de pasarlos y enseñarle como lo debe realizar.



NOTA: estos ejercicios deben hacerse en casa, debe de caminar lo más recto que él niño o la niña pueda, si en dado caso se utilizan bloqueadores se deben utilizar.

Estudiante FT: Susana Sunuc

PLAN EDUCACIONAL III

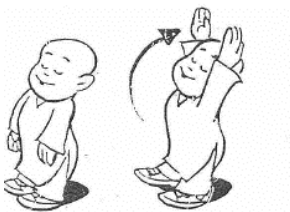
Poner a colorear y ayudar al niño o niña hacer diferentes trazos y colores.



Ayudar a su hijo o hija a meter objetos, dentro de una botella o caja a una altura adecuada de manera que el niño, suba los brazos lo más independiente que pueda.



Caminar en un área y al mismo tiempo suba y baje los brazos, No forzosamente



Nota: hacer los ejercicios todos los días

Est. Ft. Susana Sunuc