



# *Universidad Galileo*

*Facultad de Ciencias de la Salud  
Licenciatura en Fisioterapia*

*“Estudio transversal de prevalencia de la discapacidad en el municipio de San José Pinula en la clínica municipal de junio del 2017 a mayo 2018”*



**Cecilia Catalina Escobar Delgado**  
**14003182**

Guatemala, Guatemala Septiembre del 2018



Guatemala, 29 de septiembre de 2018

Estimada alumna:  
**Cecilia Catalina Escobar Delgado**

Presente.

Respetable alumna:

La comisión designada para evaluar el proyecto "**Estudio de transversal de prevalencia de la discapacidad en el municipio de san José Pínula en la clínica municipal de junio del 2017 a mayo 2018**" correspondiente al Examen General Privado de la Carrera de Licenciatura en Fisioterapia realizado por usted, ha dictaminado dar por APROBADO el mismo.

Aprovecho la oportunidad para felicitarla y desearle éxito en el desempeño de su profesión.

Atentamente,

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

Lic. Claudia Tatiana  
Zuñiga Jimenez  
Secretario

Lic. Keyla Natahy  
Sosa Guevara  
Presidente

Lic. Melissa  
Benavides Angel  
Examinador



Guatemala, 20 de septiembre de 2018

Doctora  
Vilma Chávez de Pop  
Decana  
Facultad de Ciencias de la Salud  
Universidad Galileo

Respetable Doctora Chávez:

De manera atenta me dirijo a usted para manifestarle que la alumna:

**Cecilia Catalina Escobar Delgado**

De la Licenciatura en Fisioterapia, culminaron su informe final de tesis titulado: "Estudio transversal de prevalencia de la discapacidad en el municipio de San José Pinula en la clínica municipal de junio del 2017 a mayo 2018". Por lo que, a mi criterio, dicho informe cumple los requisitos de forma y fondo establecidos en el instructivo para Elaboración y Presentación de Tesis de grado en Licenciatura en Fisioterapia.

Sin otro particular me suscribo de usted.

Atentamente



Licda. Itzel Dorantes Venancio  
REVISOR DE TESIS



**Galileo**  
UNIVERSIDAD  
La Revolución en la Educación

Guatemala, 10 de septiembre de 2018

Doctora  
Vilma Chávez de Pop  
Decana  
Facultad de Ciencias de la Salud  
Universidad Galileo

Respetable Doctora Chávez:

De manera atenta me dirijo a usted para manifestarle que como catedrático y asesor del curso de Tesis de la Licenciatura en Fisioterapia he revisado la ortografía y redacción del trabajo TESIS del estudiante: **CECILIA CATALINA ESCOBAR DELGADO** titulado "**ESTUDIO TRANSVERSAL DE PREVALENCIA DE LA DISCAPACIDAD EN EL MUNICIPIO DE SAN JOSÉ PINULA EN LA CLINICA MUNICIPAL DE JUNIO DEL 2017 A MAYO 2018**" Mismo que a mi criterio, cumple los requisitos de grado en Licenciatura en Fisioterapia

Sin otro particular me suscribo de usted.

Atentamente

Mtro. Manuel Alejandro Padrino Martínez  
ASESOR DE TESIS

## **Dedicatoria**

A Dios

Por darme la vida y las fuerzas para culminar esta etapa de mi vida

A mi madre

Por todos sus esfuerzos, oportunidades y amor con que me ha guiado durante este recorrido. Por enseñarme el valor de las cosas, por ser ejemplo de perseverancia. Por darme una carrera y creer en mí, que algún día lo lograría.

A mi padre

Por su orientación y no dejarme desfallecer, por su apoyo incondicional y darme alientos cuando el camino se ponía duro. Por apoyarme esa noche que decidí iniciar con este proyecto.

A mi hija Amalia

El pilar fundamental, el motor que me impulsa a no darme por vencida, por todos sus sacrificios de tiempo y desvelos. Por su comprensión durante esta etapa

Al Dr. Raúl Coronado

Por estos años de apoyo incondicional, por su aporte de conocimiento, por ser mi guía en la rehabilitación, por quedarse allí a pesar de todos los momentos difíciles como estudiante. Por ser parte del equipo por su asesoría durante esta tesis.

A mis hermanos y familia en general

Por su cariño y apoyo incondicional, demostrando que por diferente que seamos siempre estaremos unos para los otros.

A mi mejor amiga

Por esas palabras de aliento que llegaron en el momento justo, por no dejar que me rindiera y por tantos años de amistad donde hemos compartido tantas aventuras juntas.

A mis maestros

Por no tirar la toalla conmigo, por la sabiduría que me transmitieron en el desarrollo de mi formación profesional y por no perder esa esperanza que algún día llegaría este momento.

A mis amigos

Por compartir tantas alegrías, tristezas y enojos, por hacer crecer mi paciencia. Gracias por su amistad incondicional.

A mis pacientes

Por ser un libro abierto de conocimiento para mí, por darme la confianza de que con los conocimientos adquiridos en mi profesión iban a dar frutos en sus vidas.

Y finalmente, dedico esta tesis a todos aquellos que no creyeron en mí, a aquellos que esperaban mi fracaso en cada paso que daba hacia la culminación de mis estudios, a aquellos que nunca esperaban que lograra terminar la carrera, a todos aquellos que apostaban a que me rendiría a medio camino, a todos los que supusieron que no lo lograría, a todos ellos.

Gracias a todos los que ayudaron directa o indirectamente en la realización de este trabajo.

**Cecilia Escobar**

# INDICE GENERAL

<b>I. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>10</b>
<b>CAPÍTULO I.....</b>	<b>12</b>
<b>MARCO METODOLÓGICO.....</b>	<b>12</b>
1.1 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN .....	12
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	14
1.2.1 Definición del problema.....	14
1.2.3 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA .....	15
1.2.3.1 Unidad de análisis.....	15
1.2.3.2 Sujetos de investigación .....	16
1.2.3.3 Tamaño de la muestra.....	16
1.2.3.4 Ámbito geográfico .....	16
1.2.3.5 Ámbito temporal.....	16
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN .....	17
1.3.1 Objetivo general .....	17
1.3.2 Objetivos específicos.....	17
1.4 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS .....	18
1.4.1 Métodos.....	18
1.4.1.1 Descriptivo .....	18
1.4.1.2 Analítico.....	18
1.4.1.3 Sintético .....	18
1.4.2 TÉCNICAS.....	19
1.4.2.1 Ficha de asistencia.....	19
1.4.2.2 Hojas de evaluación.....	19
1.4.3 INSTRUMENTOS.....	19
1.5 RECURSOS.....	20
1.5.1 Recursos humanos.....	20
1.5.2 Recursos materiales.....	20
1.5.3 Recursos financieros .....	21
<b>CAPITULO II.....</b>	<b>22</b>
<b>MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>22</b>
2.1 DISCAPACIDAD Y SUS GENERALIDADES.....	22
2.1.1. Dimensión social de la discapacidad.....	24
2.1.2. Intervención comunitaria.....	26
2.1.3. El rol del fisioterapeuta en la intervención comunitaria.....	28
2.1.4. Perfil del Cuidador primario en la Discapacidad.....	30
2.2 CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO, DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD Y HERRAMIENTAS DE TRABAJO (CIF) 31	
2.2.1 Reseña Histórica .....	32
2.2.2 Objetivos de la clasificación.....	33
2.2.3 Características Generales de la CIF.....	33
2.2.4 Unidad de análisis de la CIF .....	34
2.2.5 Modelo biopsicosocial de la discapacidad.....	34
2.2.6 Esquema conceptual.....	35
.....	35
2.2.7. Ventajas de la CIF .....	35

2.2.8 Aplicaciones de la CIF en fisioterapia.....	36
2.3 EPIDEMIOLOGIA EN DISCAPACIDAD.....	38
2.3.1 Epidemiología de la Discapacidad en Guatemala .....	39
2.5 DIAGNÓSTICO DE LA POBLACIÓN Y SU CONTEXTO.....	42
2.5.1 SAN JOSÉ PINULA .....	43
2.5.2 Historia de San José Pinula .....	43
2.5.3 Población .....	43
2.5.4 Pobreza y salud.....	44
2.6 CONCLUSIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE LA POBLACIÓN .....	44
2.7 ANTECEDENTES .....	45
2.7.1 Visión .....	45
2.7.2 Misión .....	45
2.7.3 Servicios de atención que presta la clínica municipal de San José Pinula .....	46
2.7.4 Barreras de entendimiento entre los profesionales de salud y los pacientes .....	46
2.7.5 El fisioterapeuta frente al contexto sociocultural de su trabajo .....	46
2.7.6 Problemas detectados en la investigación.....	47
<b>CAPITULO III.....</b>	<b>48</b>
<b>RECOLECCIÓN DE DATOS.....</b>	<b>48</b>
3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS .....	48
3.1.1 Población .....	48
3.1.2 Instrumentos de recolección.....	48
3.1.3 Metodología .....	48
3.1.3.1 Intervención de especialistas .....	48
3.1.3.2 Donaciones .....	49
3.1.3.3 Otras actividades .....	49
3.1.4 Análisis de resultados .....	50
<b>CAPITULO IV.....</b>	<b>51</b>
<b>ANÁLISIS DE RESULTADOS.....</b>	<b>51</b>
4. 1 ANÁLISIS DE RESULTADOS .....	51
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>58</b>
<b>PERSPECTIVAS.....</b>	<b>59</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>60</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>65</b>
1. CONTROL DE ASISTENCIA .....	66
2. FICHA CLÍNICA .....	67
3. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN.....	68
3.1 Medida de miembros inferiores.....	68
3.2 Examen muscular o balance muscular .....	70
3.3 Valoración de la sensibilidad .....	72
3.4 Goniometría.....	72
4. SISTEMA DE ASISTENCIA POR MES.....	79
4.1 Junio 2017.....	79
4.2 Julio 2017 .....	79
4.3 Agosto 2017.....	80

4.4 Septiembre 2017.....	80
4.5 Octubre 2017.....	81
4.6 Noviembre 2017.....	81
4.7 Diciembre 2017.....	82
4.8 Enero 2018.....	83
4.9 Febrero 2018.....	83
4.10 Marzo 2018.....	84
4.11 Abril 2018.....	84
4.12 Mayo 2018.....	84
5. IMÁGENES DE DONACIONES Y DE ACTIVIDADES.....	85
6. EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO.....	95
7. IMÁGENES DE LAS INSTALACIONES Y EQUIPOS.....	96



## Índice de tablas

<i>Tabla 1. Objetivos de la CIF,</i>	33
<i>Tabla 2. Incidencia según género.</i>	51
<i>Tabla 3. Estadística por edad</i>	51
<i>Tabla 4. Morbilidad</i>	54
<i>Tabla 5. Distribución de tratamientos de fisioterapia mensuales.</i>	55
<i>Tabla 6. Alcance territorial de cobertura.</i>	56

## Índice de figuras

<i>Figura 1. Fisioterapia</i>	22
<i>Figura 2. Tipos de discapacidad</i>	23
<i>Figura 3. Tipos de discapacidad</i>	25
<i>Figura 4. Intervención comunitaria</i>	28
<i>Figura 5. Esquema conceptual de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud</i>	35
<i>Figura 6. ubicación San José Pinula.</i>	42
<i>Figura 7. Incidencia de genero atendido en la clínica municipal de San José Pinula de Junio 2017 a Mayo 2018.</i>	51
<i>Figura 8. Grafica sobre las edades de las mujeres atendidas de Junio del 2017 a Mayo 2018.</i>	52
<i>Figura 9. Grafica sobre las edades de los hombres atendidas de Junio del 2017 a Mayo 2018.</i>	53
<i>Figura 10. Grafica en la cual se representa la comparación de edades de los pacientes que asistieron a la Clínica Municipal en el periodo del Junio del 2017 a Mayo del 2018.</i>	53
<i>Figura 11. 10 diagnosticos mas frecuentes en la Clínica Municipal de San Jose Pinula.</i>	55
<i>Figura 12. Ilustración de la cantidad de pacientes atendidos mensualmente en la Clínica Municipal de fisioterapia de San José Pinula.</i>	56
<i>Figura 12. Alcance territorial de cobertura de pacientes que asisten a la Clínica Municipal de San José Pinula.</i>	57

## **i. INTRODUCCIÓN**

Este trabajo permite proveer un punto de partida para analizar la discapacidad por lo cual es preciso identificarlo, conocer cuál es la calidad de vida de las personas que viven con discapacidad, en Guatemala no se tiene estadísticas exactas sobre cómo afecta este problema en las personas, familia y sociedad, siendo un país en vías de desarrollo la mayoría de su población tiene limitado acceso a los servicios básicos como la salud, educación, seguridad, esto provoca el poco o nulo conocimiento de los ciudadanos sobre de los términos relacionados con discapacidad.

Esta situación suscito interés, de conocer los datos estadísticos en lo referente a discapacidad en la república de Guatemala según la última encuesta nacional de discapacidad ya que en ella se encuentra los principales indicadores de calidad de vida de estas personas.

Profundizar y describir fue el interés académico que llevo a estudiar la prevalencia de las personas que consultan a la clínica municipal por tratamiento fisioterapéutico, con diagnóstico de discapacidad en su mayoría musculoesquelética.

En el ámbito profesional como fisioterapeuta el interés verso en conocer los principales indicadores que permiten describir al grupo de personas con discapacidad de la clínica municipal, así como aplicar los conocimientos obtenidos durante la formación académica en la parte técnica y científica para el mejoramiento de la persona y de la comunidad.

Por lo que, se vio en la necesidad de realizar el siguiente trabajo de investigación que se refiere a la prevalencia de discapacidad en el municipio de San José Pinula en la clínica municipal en el periodo de junio 2017 a mayo 2018.



**CAPÍTULO I**  
**MARCO METODOLÓGICO**  
**ESTUDIO DE TRANSVERSAL DE PREVALENCIA DE LA**  
**DISCAPACIDAD EN EL MUNICIPIO DE SAN JOSÉ PINULA EN LA**  
**CLINICA MUNICIPAL DE JUNIO DEL 2017 A MAYO 2018**

**1.1 Justificación de la investigación**

Al realizar un análisis de la situación que viven las personas con discapacidad en Guatemala se encuentran barreras tanto físicas como actitudinales, a pesar de la numerosa normatividad que promueve la participación, la inclusión y la equidad de condiciones, haciendo énfasis en los derechos de participación social, familiar y comunitaria. (CONADI, 2017)

Hoy en día, la discapacidad se considera un problema de salud pública. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001), 500 millones de personas en el mundo, aproximadamente, el 10% de la población, tiene algún tipo de discapacidad. Para los países en alto nivel de conflicto como guerras, epidemias o pandemias se calcula que esta cifra podría alcanzar el 18% de la población total. En América Latina aproximadamente 85 millones de personas tienen viven con algún tipo de discapacidad (World Health Organization, 2011).

La situación actual del país en lo referente a discapacidad requiere profesionales íntegros que contribuyan a la investigación y gestión pública en búsqueda del mejoramiento de la calidad de vida, de la población respondiendo al compromiso de las políticas del Estado de Guatemala con la sociedad, teniendo en cuenta que las personas con discapacidad dependen en gran parte o totalmente su acceso a la salud y educación de este ente, lo cual no obedece a las acciones dispersas de un sector en particular, es el resultado de la acción integral de la nación, haciendo posible que este grupo poblacional disfrute plenamente de sus derechos.

Los avances alcanzados hasta el momento en Guatemala en términos de formulación de la Política pública en discapacidad, según el Decreto 135-96 Ley de Atención a las Personas con Discapacidad, tiene en consideración líneas de intervención transversal que garanticen la plena integración de las personas con discapacidad en todos los ámbitos de la vida. Una adecuada intervención se debe generar con objetivos y estrategias desde la salud, la educación, el trabajo, el bienestar familiar y social, dirigiendo sus acciones al fortalecimiento de las habilidades y potencialidades del individuo.

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE) se esperaba en el 2013, para el municipio de San José Pinula 72 161 habitantes, divididos en zona rural y urbana, no teniendo representación estadística sobre cuántas personas presentan algún tipo de discapacidad (INE, 2009).

En respuesta a estas necesidades crecientes en el municipio, el objetivo de este estudio es analizar el comportamiento epidemiológico y las características de la población en condición de discapacidad (PCD), contribuyendo en la identificación de prioridades en estos aspectos para brindar información que permita la adecuada inversión de recursos, formulación de planes que permitan acciones para la atención de este grupo vulnerable de la población.

## **1.2 Planteamiento del problema**

### **1.2.1 Definición del problema**

Según la OMS “Discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación.

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. Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive.”

La discapacidad puede afectar a niños, adultos, ancianos, puede ser congénita, hereditaria, como resultado de hechos traumáticos accidentes de tráfico o hechos de violencia común, puede ser temporal o permanente y todos en algún momento podríamos enfrentarla. Comprendiendo este concepto se puede afirmar, que debido a su condición una persona con discapacidad tendrá una menor calidad de vida, su acceso a servicios básicos como: la educación formal especial u orientada a su problema, la salud, el acceso a edificios, la movilidad, el tratamiento especializado según su condición, será poca o nula en un país en vías de desarrollo como el nuestro.

Guatemala es un país donde la gran parte de su población no tiene una educación formal, por tanto, se desconoce el significado de la palabra discapacidad y muchas veces las personas con esta condición son víctimas del rechazo de la comunidad por desconocimiento o bien se ven afectadas por la discriminación.

Las personas discapacitadas pueden estar invisibilizadas ante la sociedad, aunque se estima según la OMS que el 10 por ciento de la población de un país puede ser afectado con algún tipo de discapacidad en países como el nuestro no se cuenta con estadísticas fidedignas que nos aporten datos para poner en práctica programas destinados a la atención de estas personas.

El municipio de San José Pinula, ubicado en la zona central de la república, no está exento de población con discapacidad, se desconoce el porcentaje de personas con

alguna condición que merme su capacidad ya sea física, sensorial o intelectual. Debido a esto se carece de una infraestructura donde la comunidad, los líderes locales, entidades estatales como centros de salud, escuelas, la iglesia, la municipalidad puedan dar un abordaje integral correcto con objetivos a corto mediano y largo plazo para esta población.

Este trabajo pretende de visibilizar a las personas con discapacidad motora y cognitiva principalmente aquellas que acuden a consulta en la clínica municipal de fisioterapia de San José Pinula, realizando una evaluación y diagnóstico funcional, clasificándolos por género y grupo etario, con el fin de identificar causas más frecuentes de consultas y con ello tener una perspectiva acertada hacia el perfil epidemiológico de la discapacidad en el Municipio de San José Pinula.

Al obtener los resultados de esta investigación se pretende informar a las autoridades locales para que se puedan trazar a corto, mediano y largo plazo planes con objetivos definidos para la atención del paciente con discapacidad, sus cuidadores primarios y la comunidad. Recomendando que los mismos sean con fin preventivo, curativo y rehabilitador

### **1.2.3 Delimitación del problema**

#### **1.2.3.1 Unidad de análisis**

Personas con discapacidad temporal o permanente, que la posean por diagnóstico clínico basado en la historia clínica y examen físico, realizados en la consulta. Los pacientes deben residir en viviendas del municipio de San José Pinula y 15 Kilómetros en el área de influencia.

La clínica municipal de fisioterapia inicia en el año 2013, por parte de la municipalidad de San José Pinula y el apoyo de los estudiantes de la carrera de Administración de Empresas sección "B" de la Universidad Mariano Gálvez quienes equiparon la clínica; en donde se brindaban hasta el 2017 servicio médicos, odontológicos, psicológicos, fisioterapia, nutrición. Organizados por parte de la Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del alcalde (SOSEA); sirviendo a miles de pinultecos con necesidad de obtener salud y apoyar a la extensión de cobertura por parte del MSPAS.



### **1.2.3.2 Sujetos de investigación**

Se realiza con 139 personas con algún diagnóstico de discapacidad que asisten a la clínica de fisioterapia de la Municipalidad de San José Pinula, durante el año de práctica social. Estas personas deberán poseer una discapacidad temporal o permanente, pueden ser referidos por el centro de salud del municipio, autoridades municipales, escuelas, hospitales o bien que la persona busque la atención por sus propios medios.

### **1.2.3.3 Tamaño de la muestra**

Se realizará un muestreo de 139 personas, de ambos sexos, diferentes grupos etarios que acuden a la clínica Municipal de fisioterapia en el municipio de San José Pinula. Durante el periodo del servicio social.

### **1.2.3.4 Ámbito geográfico**

Serán evaluados en el Municipio de San José Pinula, departamento de Guatemala, en la clínica municipal de fisioterapia ubicada en, 5 avenida 3-33 zona 2 de San José Pinula.

### **1.2.3.5 Ámbito temporal**

El estudio se efectuará de junio del 2017 hasta junio del 2018.

## **1.3 Objetivos de la investigación**

### **1.3.1 Objetivo general**

Analizar la prevalencia de la discapacidad en el Municipio de San José Pinula, observando, factores concomitantes, edad, género, lugar de domicilio. Así mismo, el uso de la rehabilitación física en las personas que solicitan el servicio de fisioterapia basados en la evaluación funcional, tratamientos fisioterapéuticos y plan educacional para el paciente y su familia.

### **1.3.2 Objetivos específicos**

- Analizar datos epidemiológicos y característicos de las personas con discapacidad que acuden al servicio de fisioterapia en la clínica municipal de San José Pinula.
- Ofrecer tratamientos fisioterapéuticos a las personas que asisten tanto a la clínica municipal, así como los que refiere el centro de salud de San José Pinula.
- Proporcionar información a toda la población del área de influencia sobre la importancia de la fisioterapia en la discapacidad temporal y permanente
- Proveer planes educacionales a los pacientes, para el seguimiento del tratamiento en casa, acorde a su diagnóstico específico, y que por distancia no pueda acudir constantemente a este centro.

## **1.4 Métodos, técnicas e instrumentos**

### **1.4.1 Métodos**

En el Servicio Social realizado en la Clínica Municipal de San José Pinula, de junio del 2017 hasta junio del 2018, en horario de atención de lunes a viernes de 8:00 a 12:00 horas distribuyendo a los pacientes para que reciban su tratamiento fisioterapéutico equitativamente atendiendo entre 7 y 8 pacientes diarios.

#### **1.4.1.1 Descriptivo**

Se utilizará este método para la descripción de los datos y el impacto en la vida de las personas que poseen discapacidad, realizando una búsqueda bibliográfica, que refiera un punto de partida para el análisis de estos sujetos. Así mismo, llegar a conocer las situaciones y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de los factores biomecánicos que se adoptan y las secuelas que pueden producir en el cuerpo humano. De igual manera, se pretende medir o recoger información de forma independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren.

#### **1.4.1.2 Analítico**

El analizar y examinar el impacto del rol del fisioterapeuta en el área de San José Pinula y la falta de conocimiento por parte de los guatemaltecos en el área de rehabilitación. Es necesario para conocer la naturaleza del cambio en las etapas de la vida para comprender la esencia del problema. Este método permite conocer más a fondo el objeto de estudio, con lo cual se puede explicar, hacer analogías, comprender mejor su comportamiento y establecer una nueva forma de abordaje multidisciplinario con las personas de escasos recursos

#### **1.4.1.3 Sintético**

Se trata de integrar las partes de todo el conocimiento adquirido en base a las técnicas aplicadas; implicando una superación respecto de la operación analítica, llegando a comprender la esencia del problema, conociendo los aspectos y relaciones básicas en

una perspectiva de totalidad. Para poder proponer una epidemiología de las personas que acuden a este servicio y romper el esquema del tratamiento fisioterapéutico.

## **1.4.2 Técnicas**

**1.4.2.1 Ficha de asistencia** en la cual consigna mensualmente el control de asistencia de los pacientes que asistieron al servicio de fisioterapia de la Clínica Municipal.

**1.4.2.2 Hojas de evaluación** Es la historia de los acontecimientos en la cual se puede hacer referencia del nombre del paciente, la fecha, historia clínica, evaluaciones de fuerza muscular, amplitudes articulares, etc.

## **1.4.3 Instrumentos**

El instrumento utilizado para el procesamiento de investigación es la hoja de control de asistencia que tiene datos generales: nombre y apellido, edad, género, dirección del domicilio, tipo de consulta especificando si es primera consulta durante el año o evaluación (paciente ya con tratamiento establecido en la clínica), indicaciones o plan educacional que se da a la persona en caso no sea necesario la instauración de tratamiento, diagnóstico y fecha de la consulta a la clínica de fisioterapia de la municipalidad de San José Pinula. Este instrumento fue llenado diariamente por la investigadora.

Los siguientes instrumentos sirven de apoyo para la clasificación de la discapacidad de la persona y fueron de ayuda para la realización de este trabajo: ficha clínica, medida de miembros inferiores, balance muscular, sensibilidad, goniometría, amplitud articular.

## **1.5 Recursos**

### **1.5.1 Recursos humanos**

- Responsable del proyecto, estudiante de último año de la Licenciatura en Fisioterapia de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Galileo – IPETH.
- Asesor metodológico nombrado por la universidad Galileo – IPETH, especialista en metodología e investigación con experiencia y nivel académico para poder dar el formato en este trabajo de investigación.
- Asesor técnico nombrada por la Universidad Galileo – IPETH especialista en el campo de la Fisioterapia para orientar de manera adecuada la información que se obtenga en el análisis de datos de la discapacidad.
- Médicos especialistas en el ámbito de Medicina Física y Rehabilitación; Medicina interna, Neurólogo, Pediatra, Traumatólogo y ortopedista, Uro ginecólogo, Neurocirujano; Ortesista y Protesista.

### **1.5.2 Recursos materiales**

- Una clínica
- Un escritorio
- Una silla
- Una camilla
- Una computadora
- Dos memorias USB
- Una cámara
- Una impresora
- Dos cartuchos de tinta para impresora
- Fotocopiadora
- Cinta métrica
- Plomada

- Tres resmas de hojas
- 5 bolígrafos negros
- 5 bolígrafos azules
- 5 bolígrafos rojos
- 10 folders con gancho

### 1.5.3 Recursos financieros

Cantidad	Concepto	Precio unidad	Precio total
3	Resmas de hojas	Q 35.00	Q 105.00
5	Bolígrafo negro	Q 2.00	Q 10.00
5	Bolígrafo azul	Q 2.00	Q 10.00
5	Bolígrafo rojo	Q 2.00	Q 10.00
1	Cartucho de tinta	Q 150.00	Q 150.00
1	Cinta métrica	Q 5.00	Q 5.00
1	Plomada	Q 30.00	Q 30.00
10	Folder	Q 1.50	Q 15.00
10	Ganchos	Q 0.50	Q 5.00
1	Estimulo eléctrico portátil	Q 600.00	Q 600.00
3	Compresas de microondas	Q 45.00	Q 135.00
2	Memoria USB	Q 150.00	Q 300.00
100	Fotocopias	Q 0.35	Q 35.00
100	Galón de combustible	Q 22.50	Q 2225.00
<b>Total</b>			<b>Q 3635.00</b>

Financiamiento propio.

## Capítulo II

### Marco Teórico

#### 2.1 Discapacidad y sus generalidades

La fisioterapia es el arte y la ciencia que previene, cura y trata de recuperar por medio de agentes físicos y ejercicio terapéutico a las personas que consultan por lesiones musculoesqueléticas con discapacidad temporal y permanente, mejorando su calidad de vida y reinsertándolos a la sociedad.



Figura 1. Fisioterapia, adaptado de <https://trabajos-de-diversas-materias.school.blog/2016/12/13/primer-entrada-del-blog/>

El término con el que se referían a las personas con discapacidad ha variado con el paso del tiempo, desde clasificarlo como minusválido, desvalido o subnormal, hasta llegar al concepto actual. Según la OMS en enero del 2018 la define como “Discapacidad, es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. 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.

Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive.” La realiza su ejecución discapacidad que la presenta.



fisioterapia  
en base a la  
persona

*Figura 2. Tipos de discapacidad* tomada de Posse, M. 2018, ATENCIÓN: COMO ANOTARSE EN NUESTRO DIRECTORIO DE LA DISCAPACIDAD. Recuperado de [http://discapacidaddignidadtucuman.blogspot.com/2018/02/atencion-como-anotarse-en-nuestro\\_80.html](http://discapacidaddignidadtucuman.blogspot.com/2018/02/atencion-como-anotarse-en-nuestro_80.html)

Según Gómez Acosta en 2007, describe que discapacidad es la función de la interacción entre la persona y el ambiente, considerando el ambiente como la fuerza de una malla flexible siendo una función del soporte social, la cultura, las barreras físicas, la tecnología asistida, midiendo la cantidad de discapacidad en proporcionalidad a la suma de movimiento de la malla.

Egea y Sarabia en 2001, hacen una reseña histórica sobre las clasificaciones de la OMS sobre discapacidad desde el año 1976, se propuso la clasificación de la discapacidad, basado en un modelo positivista e inclusivo; en el año 2001 surge la Clasificación internacional del funcionamiento CIF, hablando de términos como funcionamiento que designa todas las funciones y estructuras corporales, la capacidad de desarrollar actividades, la discapacidad y salud.

La discapacidad puede afectar los a todas las personas, géneros, grupos etarios, puede ser congénita, adquirida, se puede clasificar como temporal o permanente con relación al tiempo, se puede clasificar como discapacidad física, mental y sensorial según el órgano que pudiera afectaren el ser humano.

Este trabajo abarcara la discapacidad física, la Cruz roja en su sitio web indica “Se considerará que una persona tiene deficiencia física cuando padezca anomalías orgánicas en el aparato locomotor o las extremidades (cabeza, columna vertebral, extremidades superiores y extremidades inferiores).” También se incluirán las deficiencias del sistema nervioso, referidas a las parálisis de extremidades superiores e inferiores, paraplejías o tetraplejías y a los trastornos de coordinación de los movimientos, entre otras. Un último subconjunto recogido en la categoría de discapacidades físicas es el referido a las alteraciones viscerales, esto es, a los aparatos respiratorio, cardiovascular, digestivo, genitourinario, sistema endocrino-metabólico y sistema inmunitario.



En este trabajo se abordará solo sobre discapacidad física, aunque en algunos casos la misma puede ir acompañada de discapacidad sensorial y cognitiva.

### **2.1.1. Dimensión social de la discapacidad**

Amate, A. en su informe para OPS, denominado “Discapacidad lo que todo debemos saber”, el cual fue realizado para Latinoamérica, hace un análisis de la situación de las personas con discapacidad en los diferentes ámbitos del contexto social. En este mismo informe, en cuanto a la educación no hay estadísticas sobre la inscripción, deserción y el grado de escolaridad que muestren la inclusión de las personas con discapacidad al sistema escolar, siendo los centros privados los que por solidaridad pueden mostrarse motivados en prestar el servicio.

La mayoría de las personas con discapacidad viven en extrema pobreza, las que se encuentran en la población económicamente activa carecen de empleos, debido a su discapacidad o bien a la resistencia de los empleadores para poder contratarlos. En Latinoamérica la integración al mercado laboral se dificulta para la persona por la falta de acceso y movilidad al entorno físico que la persona puede encontrarse en las ciudades. La asistencia médica es poca o nula en cuanto a la falta de programas de prevención impidiendo evitar la discapacidad, o la falta de asistencia especializada para las personas que cursan con ella.



Figura 3. Tipos de discapacidad Alvarado, L. 2018. Situación actual de la discapacidad en México. Recuperado de <https://www.emaze.com/@ALRZFZIQ>

La falta de información en la población es marcada ya que solo el 62 % de los países de Latinoamérica cuenta con leyes específicas referentes al tema. La vida de la persona con discapacidad puede ser afectada de diferentes maneras según la encuesta nacional de personas con discapacidad del año 2016, esta estima que el 15 % de las población mundial tiene algún tipo de discapacidad, Guatemala no es la excepción este informe indica que en el contexto social, las personas con discapacidad comparadas con las que no tienen, presentan un mayor grado de analfabetismo, su acceso a la educación es limitado, hay mayor abandono de los padres, los que tiene acceso a las instituciones educativas presentan menor asistencia, este fenómeno es mayormente marcado en la zona rural del país.

Las personas con discapacidad tienen menor acceso al trabajo, ya sea formal e informal, debido a que no consiguen, o bien su limitación no les permite realizar una actividad remunerada, pocos tienen acceso a pensiones o servicios sociales, dependiendo de ayuda de familiares cercanos. En cuanto a servicios como el agua, saneamiento e higiene, en comparación con las personas sin discapacidad también se encuentra limitado el acceso a ellos. Las actividades básicas de la vida diaria se ven limitadas, disminuyendo la calidad de vida afectando las diferentes esferas como la

salud física, psicológica, relaciones sociales y entorno comparado con lo que no tiene discapacidad.

Las personas con discapacidad en promedio en el último año de vida sufrieron de enfermedades graves.

Capo- Juan en su artículo fisioterapia y sociedad, acercándonos a las necesidades reales resume que la línea de trabajo en atención primaria del fisioterapeuta refuerza la capacidad de gestión del profesional, aumentando la autonomía de las personas que acuden al servicio, obteniendo tres objetivos:

1. Mejorar el rendimiento de los servicios para que los usuarios obtengan un mejor resultado terapéutico
2. Mejorar el pronóstico, ahorrando presupuestos de salud pública,
3. Mejorar nuestra visibilidad en las direcciones de servicios y centros sanitarios.

Siendo estas la base de la intervención comunitaria.

### **2.1.2. Intervención comunitaria**

Tradicionalmente, se ha entendido la comunidad como gente viviendo junta, de forma colectiva, con alguna forma de organización y cohesión social. Sus miembros comparten a distinto nivel características políticas, económicas, sociales y culturales, así como intereses semejantes y aspiraciones, incluidas en ellas las de la salud. Para los autores, la comunidad es un territorio en el cual se ubica una población que tiene/siente determinadas demandas y que tiene/usa unos determinados servicios. Esta aproximación implica tener en cuenta la diversidad en el seno de la comunidad y, con ello, sus posibilidades de participación. No toda la comunidad participa en su conjunto de los procesos comunitarios, sino que generalmente lo hará a través de grupos o de personas motivadas.

En la intervención de los distintos profesionales en la comunidad, en la actualidad hay una cierta tendencia al “proyecto” aislado y no a verdaderos ‘procesos’ generales y globales que mejoren realmente las condiciones de vida de la población, y contribuyan a dar a todo el mundo las mismas oportunidades. La implicación de los profesionales de la salud en la comunidad ha de tener en cuenta que los procesos

comunitarios tienen que contar con los 3 protagonistas de la comunidad: la población en su conjunto, los recursos técnicos que operan en la comunidad (incluidos los profesionales de la salud) y las administraciones implicadas, empezando por la Administración local.

Es decir, no estamos solos en el universo comunitario, sino que formamos parte de uno de los 3 grupos de protagonistas, y de la buena relación que se establezca entre los 3 agentes del proceso va a depender el éxito de él.

Por lo que debemos tomar en cuenta los pasos a seguir para una acertada intervención comunitaria:

1. Definir planes de trabajo para los diferentes sectores de intervención.
2. Favorecer los procesos de coordinación, colaboración, intercambios, etc., entre los diferentes recursos.
3. Definir prioridades comunes y generales para realizar programas de intervención con una perspectiva a medio y largo plazo, integrando momentos asistenciales con los preventivos y de promoción.
4. Implicar de forma concreta y directa a la población en las decisiones y en la ejecución de estas.
5. Favorecer la integración de los recursos dependientes de las diferentes administraciones.

Según Briceño León se pueden definir 3 tipos de participación de la comunidad:

- a) participación pasiva (aceptación de los programas e instrucciones por parte de la Administración)
- b) participación reactiva (toma parte de las tareas o actividades planteadas, con o sin supervisión de los profesionales de la salud, pero la participación surge como respuesta a la iniciativa de una gente externo)
- c) participación (diseña el programa de acción y le asigna un papel a la Administración o a cualquier otra agencia gubernamental o no).

Son escalas distintas de participación con balances distintos de acción y decisión. Lo singular es que cada una de estas modalidades implica, de alguna manera, un proceso de negociación, es decir, de diálogo y compromiso entre las partes.

### 2.1.3. El rol del fisioterapeuta en la intervención comunitaria

Paz Lourido y da Roca, explican que las conceptualizaciones de la fisioterapia aportadas por los diferentes organismos nacionales e internacionales han enfatizado la intervención comunitaria, apenas considerada en la definición de la Organización Mundial de la Salud. Las actividades comunitarias desarrolladas desde la fisioterapia pueden entenderse ubicadas dentro del sistema de atención primaria de salud u otras actividades directamente demandadas por la comunidad, la cual dota de sus propios recursos para dar respuesta a las necesidades de salud relacionadas con esta especialidad sanitaria. También los propios fisioterapeutas pueden gestionar y plantear iniciativas de índole comunitario, teniendo en cuenta las necesidades reales de la población y analizando los procesos desde una visión global.

Hemos de entender, pues, por fisioterapia comunitaria, según Rebollo et. al. Es aquella parte de la salud comunitaria que está relacionada con los contenidos científicos y profesionales de la fisioterapia o, expresado de otra forma, la parte de la fisioterapia que se encarga de promover actividades comunitarias, es decir, actividades de actuación y participación que se realizan con grupos que presentan características, necesidades o intereses comunes, y dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad, tratar la enfermedad e incrementar la calidad de vida y el bienestar social, con la potenciación de la capacidad de las personas y de los grupos para el tratamiento de sus propios problemas, demandas o necesidades de salud relacionadas con esta especialidad.



*Figura 4. Intervención comunitaria, Europa Press. 2018. La fisioterapia clave para mejorar la calidad de vida de niños con cáncer. Recuperado de <http://fuenlabradanoticias.com>*

García, et. al. Indica que, las conductas que nos permiten mejorar la salud se desarrollan a través de la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el tratamiento de los problemas que aquejan a los discapacitados. Estos 3 niveles pueden abordarse desde la fisioterapia: orientar en la realización de ejercicio físico como hábito de vida, higiene postural y adaptación ergonómica, identificación de factores de riesgo en problemas musculoesqueléticos y prevención de deficiencias por hipo movilidad.

Pero, además, la intervención del fisioterapeuta en este ámbito ha de tener en cuenta los factores biológicos, psicológicos y sociales de la persona, así como también el contexto social y el entorno. Por lo tanto, la proximidad del fisioterapeuta al entorno ha de buscar la comprensión del contexto del problema y el diseño de planes global es de actuación.

Los profesionales de la salud han de trabajar juntamente con la comunidad, tanto en la planificación, como en la puesta en práctica y la evaluación de las distintas iniciativas.

El papel del fisioterapeuta en la comunidad puede desarrollarse desde múltiples ámbitos. El propio sistema de atención primaria de salud reconoce el papel comunitario de los profesionales. Pero también desde otros entornos sociales y comunitarios pueden surgir estrategias que requieran los conocimientos especializados de los fisioterapeutas, bien en programas específicos, desde programas interdisciplinarios que buscan mejorar la salud de las personas con una participación de éstas.

El trabajo del fisioterapeuta en la comunidad no es una actividad de tipo voluntariado o una actividad de menor relevancia que otros ámbitos de desarrollo profesional. Salmaso, en 2012 indica que, en la actualidad muchos fisioterapeutas desarrollan su profesión desde ámbitos comunitarios, sin duda muchos más que en épocas pasadas, donde el destino final parecía siempre ligado a un centro hospitalario. La fisioterapia debe contar con profesionales capaces de trabajar con las condiciones de salud de la población y, para ello, son necesarias actividades de promoción y de prevención, además de unas condiciones de vida saludables.

Sin embargo, a la vista de las implicaciones sociales de la enfermedad y de los propios factores sociales que intervienen en la salud, es innegable el papel del fisioterapeuta en la comunidad. Ello hace de este profesional un pilar más de interacción comunitaria, que ha de estar en relación estrecha con los otros protagonistas, y participar en procesos globales e integrales.

#### **2.1.4. Perfil del Cuidador primario en la Discapacidad**

La autora Francisco et al, sobre el cuidador de la persona con discapacidad explica que puede tener diferentes significados, pero el más aceptado es el siguiente cuidador informal “Aquella prestación de cuidados a personas dependientes por parte de familiares, amigos y otras personas que no reciben retribución económica por la ayuda que ofrecen”. Con el mismo nombre lo describen en su trabajo, son también, “Relaciones afectivas y de parentesco y pertenecientes al terreno de lo privado”; se trata de “asuntos de familia” en los que el resto de la sociedad no está implicada. Se desarrolla en el ámbito de lo doméstico y, como tal, queda oculto a la arena pública. Es una función adscrita a las mujeres como parte del rol de género»

Las razones por las cuales se presta el servicio a la persona es por obligación moral, porque le genera satisfacción, dignifica como persona, debido a que la persona está muy agradecida y eso gratifica y me recompensa, el círculo de relaciones sociales valora mucho los cuidados que presto a esta persona, no queda otro remedio, apoyo en convicciones religiosas, económicamente no se puede plantear otra solución, se considera que mucha gente del entorno que considera que no debería hacer ese sacrificio.

Montoro, Fernández, explica en su tema intervención estratégica del fisioterapeuta en el entorno familiar del discapacitado la figura del cuidador de la persona con limitaciones generalmente es una mujer, familiar en primer grado del individuo, con estudios primarios, esta persona puede presentar las siguientes características:

- Físicas: cansancio, aumento de riesgo de lesiones, por sobre esfuerzo, molestias y dolores.

- Psíquica: sentimientos de culpa, tendencia a la depresión, ansiedad, y pocos satisfechos con la vida.
- Sociales: disminución de los contactos sociales, aislamiento social, absentismo laboral, abandono de empleo o no acceso al primer empleo.
- Económicos: aumento del gasto y disminución del ingreso en la unidad familiar.
- Tareas domésticas: higiene, comida y vestidos especiales.

El fisioterapeuta dentro del rol social puede acompañar al cuidador primario en su crecimiento, consiguiendo la resolución de problemas, obteniendo habilidades con alto grado de eficacia.

El fisioterapeuta en el contexto social en relación con el cuidador puede desarrollar programas de educación en salud en fisioterapia para el discapacitado, enseñando a la comunidad como llevar a cabo la labor correctamente, emplear la capacidad de observación adquirida, utilizar habilidades y destrezas en las distintas técnicas del cuidado, colaborar con el estado psicológico del paciente, colaborar con un ambiente multidisciplinar en equipos de salud.

## **2.2 Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud y herramientas de trabajo (CIF)**

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) se adoptó en 2001 por la Asamblea Mundial de la Salud en virtud de la resolución WHA-54.21. En 2016, los ministros de sanidad de los países del G7 firmaron un comunicado común que recomendaba su utilización para la recopilación de datos en el ámbito de la discapacidad y de la dependencia, de forma conjunta con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE).

Esta clasificación se basa en un enfoque sistémico de la discapacidad a través del concepto de funcionamiento humano y proporciona un marco de referencia internacional y estandarizado para la recopilación de datos sobre la discapacidad. Después de una reseña del contexto en el que se elaboró la CIF, en este artículo se abordan sucesivamente sus objetivos, su estructura, sus conceptos y sus dominios de aplicación. Por último, se presentan varias herramientas de aplicación.



### **2.2.1 Reseña Histórica**

La CIF representa la culminación de trabajos internacionales llevados a cabo durante varias décadas sobre el concepto de discapacidad y en el marco de la revisión de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM, Organización Mundial de la Salud [OMS], 1980), que fue la primera clasificación dedicada a la discapacidad.

La CIDDM permitió mostrar los primeros avances de estos trabajos internacionales, en particular la distinción de tres niveles de experiencia asociados a la discapacidad: las deficiencias, las incapacidades y las minusvalías. Se ha utilizado en varios países, como Francia, que se inspiró en ella en su momento, por ejemplo, para elaborar los principios de las tablas para la evaluación de las deficiencias y las discapacidades de las personas.

Sin embargo, la CIDDM recibió muchas críticas, en particular porque las categorías que la constituyen se formulaban sistemáticamente de forma negativa y porque el modelo conceptual al que remitía se basaba en un modelo individual de la discapacidad. Este tipo de modelo tiende a explicar los problemas identificados por las características de los individuos, ya sean de orden diagnóstico o funcional. De forma paralela, los trabajos conceptuales internacionales han permitido actualizar un modelo social de la discapacidad según el cual los problemas se relacionan sobre todo con la organización de la sociedad en la que evolucionan los individuos. Era urgente poder promover una clasificación que pudiese integrar estos dos modelos de enfoque de la discapacidad valorando el impacto de los factores ambientales sobre las situaciones que se encuentran los individuos. Desde este punto de vista, los trabajos de Fougeyrollas y Nagi han constituido una contribución importante para iniciar un cambio en las representaciones de la comunidad internacional con el fin de pasar de un modelo individual a un modelo sistémico de la discapacidad.

Este es el marco en el que fue elaborada la CIF, auspiciada por la OMS con la participación de unos 60 países y en colaboración con muchas partes interesadas, en particular las asociaciones de personas discapacitadas. Esta clasificación es el resultado de un consenso internacional y se ha traducido a muchos idiomas hasta hoy.

### 2.2.2 Objetivos de la clasificación

La CIF es una clasificación que, junto con la CIE, pertenece a la familia de las clasificaciones internacionales de salud de la OMS. Cumple varios objetivos:

Objetivo
Proporcionar una base científica para identificar las variaciones del funcionamiento humano.
Proporcionar un marco de referencia para organizar los datos relativos al funcionamiento humano.
Establecer un lenguaje común para mejorar la comunicación entre diferentes profesionales de un mismo país y entre los usuarios de distintos países
Permitir la comparación de los datos sobre el funcionamiento humano entre los distintos países, las distintas disciplinas, los distintos servicios o entre dos períodos, gracias a un esquema sistemático de codificación alfanumérica.

Tabla 1. Objetivos de la CIF, adaptada de Cuenot, 2018

Al igual que cualquier clasificación, se caracteriza por su naturaleza sistemática: la CIF tiene como objetivo proponer la visión más exhaustiva posible de los componentes del funcionamiento humano.

### 2.2.3 Características Generales de la CIF

La CIF no es una clasificación de las personas discapacitadas, sino una clasificación del funcionamiento humano. El enfoque propuesto permite abordar el funcionamiento de cualquier ser humano, con independencia de su edad y de su cultura. Desde este punto de vista, su aplicación es universal. Los trabajos realizados a escala internacional han permitido perfeccionar ciertos dominios que se aplican en particular a los niños,

pero la CIF pretende aplicarse de forma transversal para describir el funcionamiento de cualquier persona con independencia de su edad.

#### **2.2.4 Unidad de análisis de la CIF**

La CIF abarca todos los aspectos de la salud y algunos componentes del “bienestar” relevantes para la salud y los describe en términos de dominios de salud (que incluyen visión, audición, movilidad, aprendizaje y memoria) y dominios “relacionados con la salud” (que incluyen aspectos relacionados con el transporte, la educación y las interacciones sociales, etc.); aunque la clasificación se mantiene en un concepto amplio de salud, no cubre las restricciones que no están relacionadas con la salud como las originadas por factores socioeconómicos (raza, sexo, religión y otras características socioeconómicas).

La CIF tiene una aplicación universal a todas las personas y no únicamente a personas con discapacidad, ya que se describen la salud y los estados “relacionados con la salud” asociados con cualquier condición de esta.

#### **2.2.5 Modelo biopsicosocial de la discapacidad**

El enfoque privilegiado es biopsicosocial. Dicho de otro modo, reúne las características de los modelos individuales y de los modelos sociales de la discapacidad. También proporciona un modelo sistémico en cual el funcionamiento y la discapacidad son el resultado de la interacción entre las características individuales y las características de los contextos en los que viven los individuos. La interacción entre estas distintas características es lo que permite identificar distintos tipos de causas a las dificultades que se encuentran y recurrir a distintos profesionales para actuar sobre estos diferentes tipos de causas. En este sentido, representa un marco de referencia muy valioso para los profesionales, con el fin de adoptar un enfoque sistemático sobre todos estos componentes.

Se trata de considerar distintas situaciones en las que un individuo puede verse obligado a realizar diferentes tipos de actividades, en contextos precisos y teniendo en cuenta sus características personales, fisiológicas y psicológicas.

## 2.2.6 Esquema conceptual

El esquema conceptual de la CIF contiene todos los componentes de la clasificación. No está elaborado para leerlo automáticamente de izquierda a derecha y de arriba hacia abajo: el enfoque sistémico de la discapacidad abre la vía a distintas entradas de lectura. Lo esencial es considerar el conjunto de los componentes de forma interactiva

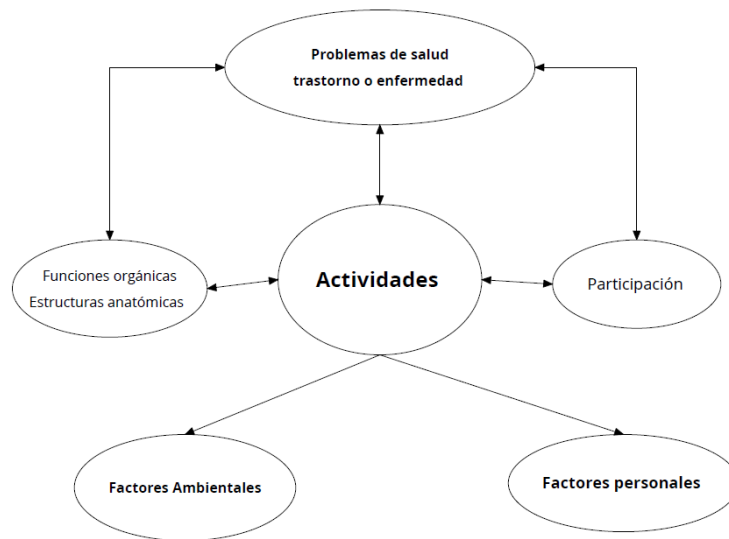


Figura 5. Esquema conceptual de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (adaptado de Organización Mundial de la Salud, 2001).

## 2.2.7. Ventajas de la CIF

Es una herramienta para la valoración de necesidades, homogeneizar un lenguaje, definir medidas y planes de atención, prevención, orientación vocacional, etc.

- a. A nivel sanitario la CIF complementa la CIE-10 y las escalas específicas, mejorando la descripción gráfica, numérica y los perfiles de discapacidad.
- b. Es un instrumento útil para elaborar una metodología de valoración global de las necesidades de la persona. Sirviendo para la asignación de recursos, para programas de rehabilitación (en el sentido más amplio), para evaluación de resultados.
- c. En cuanto a la utilidad práctica es la codificación en donde se describen y valoran los factores negativos de la salud y los estados relacionados con la

- salud. En la primera parte hace una descripción del “funcionamiento humano” con la descripción de las situaciones de desventaja a través de los calificadores de todos y cada uno de los (constructores calificadores empleados para describir y/o modificar cada uno de los componentes de esta clasificación).
- d. La segunda parte de la CIF relata los factores ambientales y personales, haciendo una valoración en sentido positivo o negativo de un mismo ítem.
  - e. La CIF presenta de forma separada las funciones y las estructuras corporales en dos escalas (con ocho clases cada una), que se relacionan entre sí. Aportando 16 clases en lugar de la única escala (estructural y funcional) con nueve clases de la CIDDM.
  - f. La CIF tiene calificadores que describen la magnitud de la deficiencia en las funciones corporales, y en las estructuras corporales además de ésta describe la naturaleza de la deficiencia (o cambio producido en la estructura) y su localización.
  - g. La CIF une en una sola escala de “actividad y participación” las dos escalas de la CIDDM de la discapacidad (el ámbito personal) y la minusvalía (social).
  - h. Al sistematizarse y codificarse, la CIF es un instrumento útil para la recuperación de la información al proponer un lenguaje común y normativo para la recogida, almacenamiento, recuperación y análisis de la información de la historia clínica, posibilitando así estudios epidemiológicos.
  - i. En definitiva, hay una mayor complejidad de aplicación aportando una información más completa.

Y por último señalar que esta clasificación ha sido aceptada por las Naciones Unidas como uno de sus sistemas de clasificación social, siendo incorporado a las “Normas Uniformes para la Igualdad de Oportunidades en las Personas con Discapacidad” como herramienta para implementar los mandatos sobre derechos humanos y sus legislaciones correspondientes: ley de igualdad de Oportunidades y No Discriminación.

### **2.2.8 Aplicaciones de la CIF en fisioterapia**

Desde una perspectiva clínica, el uso de la CIF y de sus herramientas de trabajo puede ser altamente valioso para describir el estado de salud de un paciente, así como su

evaluación mediante los calificadores. El uso de las categorías de la CIF puede permitir la elaboración de un tratamiento adecuado para cada paciente fácilmente entendible por diferentes profesionales y que facilita la obtención de información rápidamente para su evaluación. La creación de un plan terapéutico por objetivos basándonos en un lenguaje que todos los miembros del equipo multidisciplinario entenderían y la asignación de tareas a cada uno de estos miembros son algunas de las oportunidades que también brinda esta clasificación.

Para la investigación la CIF constituye también una herramienta de trabajo, ya que facilita la categorización de pacientes según su estado funcional, sirviendo como un lenguaje común que permite comparar estudios o instrumentos de medida.

Hoy en día, ninguna especialidad médica tiene futuro sin un substrato de investigación que aporte innovaciones y una sólida base científica que la sustente, y la Rehabilitación igualmente precisa de un empuje en cuanto a la investigación.

La presencia de un marco conceptual de trabajo que sea común y universal, así como la creación de una serie de redes integrales de trabajo y de intercambio de datos se proponen como retos para la investigación en esta especialidad y la CIF, como paradigma del modelo biopsicosocial, es hoy por hoy el mejor marco para desarrollar conocimiento.

Stucki, describe la existencia de cinco líneas básicas para la investigación en Medicina Física y Rehabilitación fundamentándose en el modelo de la CIF:

- Ciencias que estudien el funcionamiento humano para comprenderlo e identificar objetivos para contribuir a la optimización de la función y disminuir la experiencia de la discapacidad (epidemiología sobre función, modelos de función, clasificación y medida de la función, etc.).
- Biociencias cuyo objetivo sea explicar la lesión corporal y su reparación para identificar aquellas intervenciones o tratamientos para mejorar la función (plasticidad neuronal, trasplante de órganos, bio-prótesis, etc.).

- Ciencias integrales de rehabilitación que estudien la planificación de programas de rehabilitación, estructuras de los centros, evaluación de políticas sociales, participación comunitaria, etc.
- Rehabilitación Médica y Bioingeniería: uso de medicamentos o de material ortoprotésico, desarrollo de estudios clínicos para mejorar la evidencia científica, etc.
- Ciencias profesionales de Rehabilitación para promover el desarrollo de protocolos en las diferentes entidades nosológicas, manejo y control de la calidad en los servicios suministrados, evaluación del equipo terapéutico, etc.

### **2.3 Epidemiología en discapacidad**

En su página web la OMS define: La epidemiología como el estudio de la distribución y los determinantes de estados o eventos (en particular de enfermedades) relacionados con la salud y la aplicación de esos estudios al control de enfermedades y otros problemas de salud. Hay diversos métodos para llevar a cabo investigaciones epidemiológicas: la vigilancia y los estudios descriptivos se pueden utilizar para analizar la distribución, y los estudios analíticos permiten analizar los factores determinantes.

Para Lemus 1996, la epidemiología contribuye a las ciencias de la salud en actividades estratégicas identificando grupos humanos y áreas prioritarias en los programas de salud, diagnóstico y medición de las necesidades de salud en una población estimando sus necesidades, futuras y proponiendo nuevos enfoques para la planificación, ejecución y evaluación de los servicios y programas, coordina actividades y recursos inter programáticos para la identificación oportuna y su mayor impacto sobre los grupos humanos prioritarios.

Cuevas en 2010 introduce el término de epidemiología de la discapacidad indicando que más de 600 millones de personas viven con discapacidad, la mayoría en lugares de bajos ingresos, tratando de caracterizar la epidemiología según el tipo de discapacidad visual, auditiva, mental, física, por su origen en congénita, adquirida por enfermedad y por accidente.

Cobas y Zacca, en el año 2010, explica que para estudiar lo relacionado con la epidemiología de la discapacidad debe considerarse diferentes tópicos de tema como la edad y el envejecimiento, el tipo de población, los accidentes y la violencia.

La prevalencia es la proporción de individuos de una población que presentan el evento en un momento, o periodo de tiempo, determinado. No posee dimensiones, sin embargo, es un indicador estático, que se refiere a un momento temporal, indicando la carga de un evento que soporta la población pinulteca colaborando a una buena planificación de servicios de salud a corto mediano y largo plazo.

### **2.3.1 Epidemiología de la Discapacidad en Guatemala**

La encuesta nacional de discapacidad 2016, utilizo las preguntas del documento Washington Group para diferentes grupos de edades divididos en 2 a 4 años, de 5 a 17 años, y mayores de 18 años, la serie de preguntas se enfoca en diferentes dominios sobre discapacidad, en la cual el entrevistado debería de responder a la pregunta con alguna de las siguientes opciones: absoluto, mucho, poco o no puedo hacerlo.

Esta encuesta nacional arrojó los siguientes resultados en relación al problema de la discapacidad en la república de Guatemala, el total de personas entrevistadas fue 13,073, siendo la mayoría de sujetos participantes en el estudio del género femenino con el 54%, se dividieron las edades de los géneros en grupos de la siguiente manera 0 a 14, 15 a 24, 25 - 54, 55 - 64 y 65 años en adelante, el grupo etario predominante para los hombres fue el de 0 a 14 años y el de 25 a 54 años ambos presentan igual porcentaje, para las mujeres el rango entre 25 y 54 años.

Del total de la muestra se encontró 1331 personas con discapacidad, la prevalencia estimada para todas las edades fue de 10.2 %, la prevalencia aumento con el incremento de la edad, en 5.3% en niños y niñas, a un 24.1 % en adultos mayores de 50 años. La prevalencia de discapacidad fue mayor en mujeres 11.8% en comparación con los hombres 8.3%.



Esta encuesta dividió al país por regiones: llamadas central, noreste, sureste y noreste. la mayor prevalencia de la discapacidad fue en el área central, seguida del área noreste, el área que menos prevalencia presento fue la sureste. El área urbana tiene mayor prevalencia de discapacidad en relación con la rural.

El dominio de discapacidad en personas mayores de 18 años fue dividido en las siguientes formas: visión, audición, movilidad, ansiedad o depresión, cuidado personal, comunicación, fortaleza en la parte superior del cuerpo y cognición.

la de mayor prevalencia de discapacidad fue para el dominio de ansiedad/depresión, seguido por movilidad, visión y comunicación, se hace la salvedad por los autores que las personas pueden presentar limitaciones significativas en más de un dominio. La prevalencia de aparición en estos dominios aumenta con la edad.

En relación a prevalencia de los dominios en personas mayores de 18 años según la región fue la siguiente, para la central el dominio de movilidad fue la primera causa, seguido por la ansiedad/depresión, visión y audición, en el área noreste la primera causa fue la ansiedad depresión, seguido por movilidad, audición y visión, para el área noroeste la ansiedad/depresión seguido de movilidad, visión y audición fueron los dominios con mayor porcentaje y para la parte suroeste la ansiedad /depresión, movilidad, visión y audición fue el orden de aparición de la prevalencia.

La prevalencia de discapacidad para niños y niñas fue medida en los diferentes dominios los cuales son: visión, audición, movilidad, habilidades motrices finas, cuidado personal, comunicación, aprendizaje, memoria, concentración, juego, conducta, ansiedad/depresión, aceptación de cambios y relaciones.

Siendo los dominios donde los niños y niñas presentaron limitaciones significativas es la ansiedad/depresión, mantener relaciones y la movilidad, no habiendo diferencias significativas en el género.

El estudio comparo la discapacidad entre hombres y mujeres teniendo las ultimas 1.5 veces mayor posibilidad de tenerla. La discapacidad se hace más común con el aumento de edad para mayores de 50 años.

Las personas con discapacidad se encuentran en relación de pobreza 1.5 más veces que los que no la sufren, así mismo tienen menos posibilidades de tener una educación secundaria.

De 3,095 hogares el 31 % de ellos incluían al menos una persona con discapacidad, de estos el 73 % incluían solamente una persona, el 20 % dos y el 7 % con un rango entre 3 a 5 personas con discapacidad.

Los adultos con discapacidad tuvieron menos posibilidades de asistir a la escuela y más probabilidades de ser analfabetas. los niños con discapacidad tenían menos probabilidades de contar con su padre biológico viviendo con ellos.

Cuando se realiza el análisis sobre la educación de los niños y niñas con discapacidad el 76 % asisten a la escuela, sin embargo, en la región rural tenían menos probabilidades de asistir a la ella. Los que acuden al centro educativo tienen menor asistencia escolar, en relación con género las niñas tiene significativamente menor asistencia.

La asistencia de estos niños fue mayor en el área urbana en relación con la rural, no hubo diferencias entre grados repetidos.

Los adultos con discapacidad según los resultados tenían menos probabilidades de haber trabajado durante la semana anterior en relación con las personas sin discapacidad. Esto trae menos oportunidades de tener un ingreso estable, menos probabilidades de tener accesos a seguros o remesas. La probabilidad de tener un empleo en personas con discapacidad era menor en adultos mayores, mujeres, personas solas o con limitaciones funcionales físicas significativas.

Los accesos de agua y servicios sanitarios e higiene fueron altos para el grupo de personas con y sin discapacidad. Sin embargo, las personas con discapacidad tienen menos probabilidades de poder usar las instalaciones como el baño para realizar la deposición fecal.

La restricción de la participación y el entorno en las personas con discapacidad según el análisis de la encuesta se encuentra disminuido siendo la participación medida como cuidado personal independiente o con ayuda, vida doméstica, conductas

interpersonales, principales áreas de vida (escuela y trabajo) y áreas de vida en comunidad o cívica.

Los adultos mayores con discapacidad son los que presentan más problemas en la participación. Las puntuaciones de participación fueron más bajas en personas con limitaciones significativas en los dominios físicos de comunicación y múltiples dominios utilizados en el estudio.

La calidad de vida fue consistentemente más bajas en personas con discapacidad en general y en cada una de las cuatro sub escalas en que fue dividido este tópico siendo salud física, psicológica, relaciones sociales y entorno. La calidad de vida fue más baja en regiones noreste y sureste y en el área rural.

Las personas con discapacidad tuvieron más probabilidades de informar que sufrieron problemas de salud serios en los últimos doce meses, tuvieron menos acceso a los servicios de salud especializado.

Es importante que la encuesta hace notar que solo el 4 % de los casos informaron haber recibido alguna vez servicios especializados de salud y 3.4 % rehabilitación médica, entre la población que lo recibe este vario de 43% para rehabilitación basada en la comunidad a 70 % para los servicios especializados de salud. Las personas con discapacidad tienen acceso bajo a el uso de dispositivos de ayuda por ejemplo un 11.5% usa anteojos y bastón un 5%, solamente el 0.4% utiliza audífonos.

## 2.5 Diagnóstico de la población y su contexto



Guatemala es un departamento de la República de Guatemala. Su capital es la Ciudad de Guatemala. Limita al Norte con el departamento de Baja Verapaz, al Noreste con el departamento de El Progreso, al este con el departamento de Jalapa, al Sudeste con el departamento de Santa Rosa, al Sudoeste con el departamento de Escuintla, al Oeste con los departamentos de

Figura 6. ubicación San José Pinula.

Sacatepéquez y Chimaltenango y al Noroeste con el departamento de El Quiché.

Su superficie es de 2.126 km. El departamento de Guatemala cuenta con 17 municipios entre los cuales se encuentra el municipio de San José Pinula.

### **2.5.1 San José Pinula**

San José Pinula es un municipio del departamento de Guatemala, en la región metropolitana de la República de Guatemala.

El nombre del municipio según Fuentes y Guzmán es voz pipil; “pinul” que significa pinole, harina y la “a” de “já” que significa agua. Otra interpretación menciona que proviene del radical náhuatl “pinolli” traducido pinol, lo que correspondería a la tierra del pinol.

Este municipio limita al norte con el municipio de Palencia, en el este con Mataquescuintla; con Santa Rosa al sur; al oeste con los municipios Fraijanes, Santa Catarina Pinula y Ciudad Capital.

### **2.5.2 Historia de San José Pinula**

Los jesuitas llegaron a Guatemala a brindar formación complementaria a los hijos de españoles nacidos en el país. Las familias con suficientes recursos económicos realizaron donativos a los jesuitas quienes adquirieron propiedades para establecerse.

Construyeron 3 monasterios en San José Pinula, lugar donde se asentaron. El mayor o principal es el que ahora se conoce como Hacienda Nueva.

Con fecha 1 de octubre de 1886, quedó establecido como municipio. Su fundación se debe a la firma del acuerdo gubernativo en el gobierno de Manuel Lisandro Barillas.

### **2.5.3 Población**

Este municipio está integrado por 1 pueblo, 20 aldeas y 6 caseríos. Según el Instituto Nacional de Estadística –INE–, para el año 2013 la población del municipio de San José Pinula era de 72 161 habitantes.

La economía es sustancialmente mantenida por el ganado vacuno. En el municipio existen granjas avícolas, cultivos de maíz y verduras. El aspecto ganadero tiene importancia por la producción de leche, que es un producto que se exporta.

También existe el trabajo artesanal en la elaboración de muebles, utensilios para el hogar o instrumentos de bambú.

La fiesta titular se celebra el 19 de marzo en honor del santo patrono San José. Llega a extenderse hasta por diez días la celebración y festejos.

El municipio es irrigado por importantes ríos como El Acatan, que nace entre las aldeas de Santa Inés Pinula y Don Justo. Su cauce tiene una dirección de sureste a norte, a donde finalmente desemboca en el río Platanitos. Otro río es el Frío, que nace en la parte oeste de la aldea El Colorado, con rumbo sur a norte, desaguando en el río La Danta.

#### **2.5.4 Pobreza y salud**

Según el informe del Plan de desarrollo de San José Pinula en el 2010 por parte SEGEPLAN, en el municipio no existe diversidad de etnias, debido a que es mayoritariamente urbano, solo existe un 3.8% de la población indígena, la mayor parte cakchiquel. Siendo las condiciones de vida en extrema pobreza es un 2.3%; la pobreza general es de un 24%.

En la cobertura de salud lo representa por medio del Ministerio de Salud Pública (MSPAS) y Asistencia Social, da la cobertura a la población pinulteca por medio de un centro de salud que cubre el 85% de la población.

Contando también con puestos de salud ubicados en las aldeas: El Colorado y Concepción Pinula. Siendo datos recabados en el 2010 por USAID y MSPAS.

#### **2.6 Conclusión del diagnóstico de la población**

Las condiciones de pobreza y extrema pobreza no contribuyen al desarrollo de la salud, además de no contar con un plan de salud pública suficiente, para la atención de todos los pinultecos, la falta de escolarización es un factor predisponente para no

conocer sobre la discapacidad, otro factor adicional es no contar con un plan de rehabilitación basada en la comunidad.

La clínica municipal es el único centro público enfocado en rehabilitación física que presta servicio sin remuneración para toda la población con discapacidad de este municipio. Siendo el costo de los servicios elevado en el sector privado para personas y familia que lo requieren.

En el municipio la salud es atendida por el sistema de extensión de cobertura, por lo que no existen suficientes servicios de salud, debido a que los existentes solo están ubicados en algunas aldeas, sin tener tampoco acceso a la Medicina Física y rehabilitación.

## **2.7 Antecedentes**

La historia de la clínica municipal de fisioterapia inicia en el año 2013 por parte de la municipalidad de San José Pinula y el apoyo de los estudiantes de la carrera de Administración de Empresas sección “B” de la Universidad Mariano Gálvez quienes equiparon la clínica; en donde se brindaban hasta el 2017 servicio médicos, odontológicos, psicológicos, fisioterapia y nutrición. Organizados por parte de la Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del alcalde (SOSEA); sirviendo a miles de pinultecos con necesidad mejorar su salud y apoyar a la extensión de cobertura por parte del MSPAS.

### **2.7.1 Visión**

Llegar a ser la institución municipal que da respuesta inmediata, transparente y objetiva a las necesidades de salud y asistencia social a cada familia de San José Pinula.

### **2.7.2 Misión**

Servir a cada familia pinulteca con transparencia y equidad de género para establecer una salud integral y así alcanzar una mejor calidad de vida para todos sus habitantes.

### **2.7.3 Servicios de atención que presta la clínica municipal de San José Pinula**

Fisioterapia, Nutrición, Psicología, Jornadas médicas, Salud reproductiva. Así como atención al usuario, clínica de hipodérmica, curación, y procedimientos quirúrgicos menores como la colocación de suturas y retiro de estos.

### **2.7.4 Barreras de entendimiento entre los profesionales de salud y los pacientes**

Los profesionales de salud deben enfrentarse día a día con distintas barreras. El nivel académico o escolaridad de las personas que acuden al servicio muchas veces se dificulta, debido a que se utilizan palabras técnicas, es indispensable la utilización de lenguaje sencillo para dar a entender correctamente al paciente que debe hacer para su recuperación. En San José Pinula es predominante el idioma español, sin embargo, las utilidades de ciertas palabras provocan un desconocimiento por parte del paciente sobre lo que le sucede con su salud.

Otro tipo de barrera entre el profesional de la salud y el terapeuta es la confianza de la población hacia personas no calificadas para la atención de la salud como lo son los hueseros, sobadores, naturistas e incluso muchas veces los propietarios de las farmacias ya que ellos no diagnostican sino solo disminuyen los síntomas o los empeoran los padecimientos de los pacientes.

Debido al alto índice de pobreza, la adquisición de los servicios modernos de tecnología de diagnóstico por ejemplo radiografías, ultrasonidos, resonancias magnéticas o tomografías son difíciles de costear. A los pacientes que se le solicitan exámenes especializados deben acudir a servicios privados ya que el Centro de Salud y la Clínica Municipal no cuentan con el equipo necesario y material.

Las personas deciden utilizar otro tipo de medios como agua tibia y sal combinada con hierbas como el *güis*, berro o vinagre; al igual de la utilización de bálsamos como el "Mariguanol" y "pomada de vaca". Ya que la adquisición de este tipo de medicina tradicional genera menos gastos y produce una analgesia momentánea.

### **2.7.5 El fisioterapeuta frente al contexto sociocultural de su trabajo**

La responsabilidad del terapeuta físico es dar un servicio con ética y profesionalismo, utilizando al máximo los recursos que están a su alcance como rampas, gradas, parqueo, barras, etc.; brindando un tratamiento adecuado a cada uno de los pacientes, que así lo requieran para una pronta evolución en la rehabilitación de su patología.

El Servicio Social, se desarrolló tanto en la clínica de fisioterapia, como en el centro de salud apoyando a las actividades solicitadas, por la municipalidad ejemplo de estas son: el club de las embarazadas, jornadas médicas en empresas, en el centro de cuidado de adulto mayor llamado mis años dorados y en algunas aldeas como fue en el caso de la aldea El Zapote en la parte alta del municipio; ante esto el fisioterapeuta debe ser creativo para poder prestar la atención adecuada dependiendo de las necesidades específicas de cada lugar.

#### **2.7.6 Problemas detectados en la investigación**

Factores de inasistencia o abandono del tratamiento de los pacientes debido a:

- La distancia de las viviendas y la falta de transporte de las aldeas hacia el casco urbano del municipio.
- Escasos recursos monetarios para costear el traslado de la casa hacia el centro.
- No existen el material y equipo necesario para el tratamiento fisioterapéutico adecuado.
- El poco o nulo personal en las instalaciones para atender a los pacientes que acuden por primera vez al servicio, generando sobrepoblación en un solo día, o presa de pacientes para tratamiento fisioterapéutico.
- Poco conocimiento sobre que es la rehabilitación y el rol del fisioterapeuta en el proceso salud enfermedad.



## **Capítulo III**

### **Recolección de datos**

#### **3.1 Recolección de datos**

##### **3.1.1 Población**

Pacientes que consultan al servicio de fisioterapia, referidos del centro de salud o por sus propios medios.

##### **3.1.2 Instrumentos de recolección**

Ficha de asistencia: en la cual se consigna mensualmente el control de asistencia de los pacientes que asistieron al servicio de fisioterapia de la Clínica Municipal.

Hojas de evaluación: (ver anexo) Es la historia de los acontecimientos en la cual se puede hacer referencia del nombre del paciente, la fecha, historia clínica, evaluaciones de fuerza muscular, amplitudes articulares, etc.

##### **3.1.3 Metodología**

En el Servicio Social realizado en la Clínica Municipal de San José Pinula, junio del 2017 hasta junio del 2018, brindando atención de lunes a viernes de 8:00 a 12:00 horas distribuyendo a los pacientes equitativamente pudiendo atender entre 7 y 8 pacientes diarios.

##### **3.1.3.1 Intervención de especialistas**

Así mismo se realizó la gestión para formar un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud que donaron muchas su trabajo como médico o realizaron la atención a bajos precios, el cual está conformado por:

- **Dr. Raúl Amílcar Cornado González** – Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación
- **Dr. Helbert Yubiny Sánchez Aquino** – Medicina Interna, Medicina Crítica y Terapia Intensiva, Nutrición enteral y parenteral.
- **Dr. Axel Omar Sánchez** – Neurólogo y Pediatra

- **Dr. Manuel Antonio Martínez** – traumatólogo y Ortopedista, Especialista en Miembro inferior
- **Dr. Arturo Guerra** – Traumatólogo y Ortopedista, Cirujano de Columna
- **Dr. Lizardo Pérez** - Uro ginecólogo
- **Dr. Víctor Trujillo Luarca** – Neurocirujano.
- **Giovani De Paz** – Ortesista y Protesista

### **3.1.3.2 Donaciones**

Se hicieron gestiones durante este periodo para obtener donaciones con el fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes siendo las siguientes:

**Fundación Tzu-chi:** donación de alimentos para las personas con discapacidad del Municipio de San José Pinula.

**CADEG Centro de Atención de Discapacitado del Ejército de Guatemala:** por medio del coronel Rodríguez jefe de esta entidad, quien giro sus buenos oficios para la donación de ortesis específicamente AFOS, férulas y plantillas para los pacientes con discapacidad del servicio.

**Club de Leones de Guatemala:** realizó la donación de sillas de ruedas para los pacientes con dificultad de traslado por secuelas de Evento Cerebrovascular, Paraplejía y Parálisis Cerebral Infantil.

**Buckner:** Donación de zapatos con la campaña “YO DOY LA TALLA”; y de diferentes medicamentos que fueron administrados a los pacientes.

### **3.1.3.3 Otras actividades**

Se realizaron jornadas de atención a la población con un barrido de discapacidad en la aldea El Zapote de San José Pinula, haciendo una recolección de datos identificándose a siete personas con discapacidad musculoesquelética, se hizo conciencia a la población sobre las barreras que los pacientes sufren y se informó a las autoridades correspondientes.

Se puso en práctica los conocimientos adquiridos en la carrera, mediante la enseñanza en el club de Embarazadas, se les explica la manera adecuada de realizar la

respiración, ejercicios para la prevención y disminución de la intensidad del dolor lumbar, ejercicios para la insuficiencia vascular, y fortalecimiento del suelo pélvico para la recuperación postparto.

Participación y apoyo en el rally de espacios amigables, por el día de la Salud Mental, impulsados por la enfermera Clara De León y el Sr. Edgar Reyes.

Cooperación en la semana de la lactancia materna promovidos por el Licenciado Villegas y la Srita. Linda Monroy, como parte de la concientización del cuerpo y cuidados de la madre así mismo el seguimiento de los hitos del desarrollo de los bebés.

Intervención en la Sala situacional del Centro de Salud de San José Pinula, de enero 2018 proveyendo datos y estadísticas de la atención proporcionada al municipio, además de hacer énfasis en la necesidad de la participación del área de rehabilitación.

Apoyo a las jornadas de APROFAM realizadas en el centro de atención.

Colaboración a todas las actividades presididas por SOSEA, como, por ejemplo, desfile del 15 de septiembre, entrega de zapatos por la ONG BUCKNER, entrega de alimentos por parte de la Fundación Tzu-Chi, entre otras.

#### **3.1.4 Análisis de resultados**

Los resultados se presentan en cuadros y graficas estadísticas conteniendo los datos del trabajo realizado en la Clínica Municipal, durante el periodo ya antes mencionado, para la mejor comprensión se distribuye de la siguiente manera: genero, edad, diagnostico, tratamientos realizados mensuales y lugares de proveniencia de los pacientes.

## CAPITULO IV

### ANALISIS DE RESULTADOS

#### 4. 1 Análisis de resultados

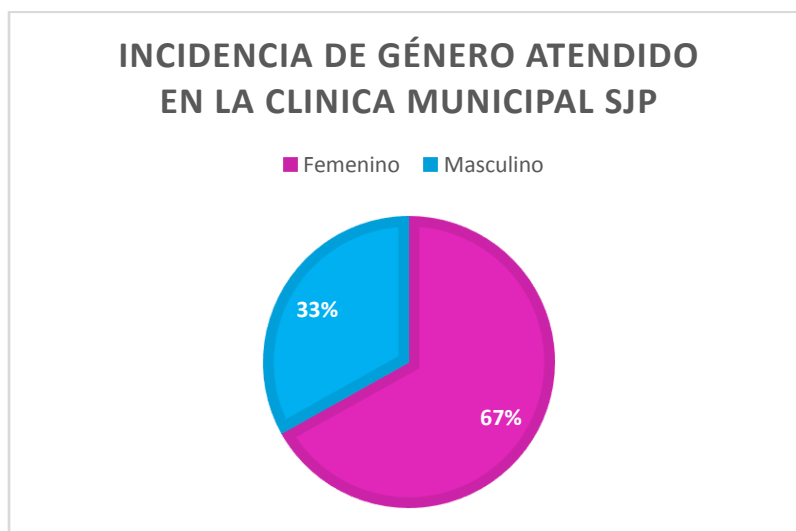
Durante el Servicio Social realizado en la Clínica Municipal de San José Pinula se atendieron 139 pacientes en las instalaciones. Por lo tanto se demuestra en las siguientes graficas:

*Tabla 2. Incidencia según género.*

Sexo	Total	Porcentaje
Femenino	93	66.92 %
Masculino	46	33.08 %
Total	139	100%

Nota: Fuente anexo 1

Según el análisis de datos de la tabla 2, se puede observar en la gráfica no. 7, que el mayor número de pacientes en el periodo atendido en la Clínica Municipal fue población femenina.



Nota: Fuente tabla no. 2

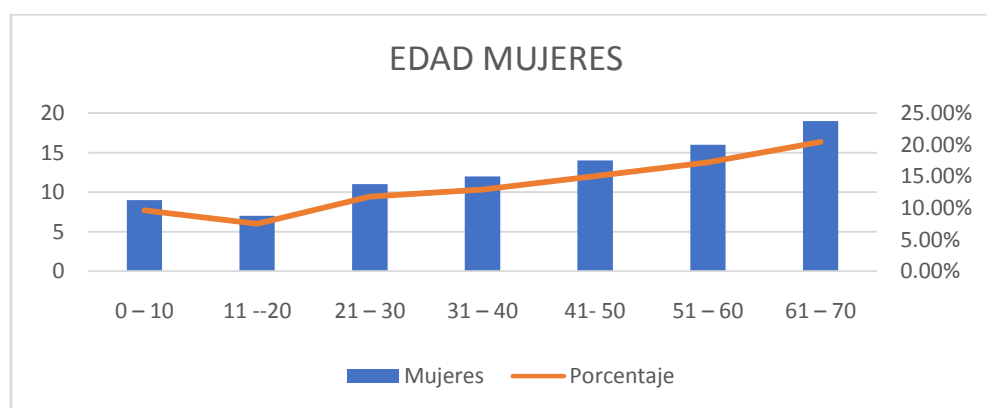
*Figura 7. Incidencia de género atendido en la clínica municipal de San José Pinula de junio 2017 a mayo 2018.*

*Tabla 3. Estadística por edad*

Edad	Mujeres	Porcentaje	Hombres	Porcentajes
0 – 10	9	9.67 %	12	26.09 %
11 – 20	7	7.53 %	11	23.91%
21 – 30	11	11.83 %	7	15.22 %
31 – 40	12	12.90 %	5	10.87 %
41- 50	14	15.05 %	2	4.35 %
51 – 60	16	17.20 %	1	2.17 %
61 – 70	19	20.43 %	6	13.04 %
71 en adelante	6	6.45 %	2	4.35 %
Total	93	100 %	46	100 %

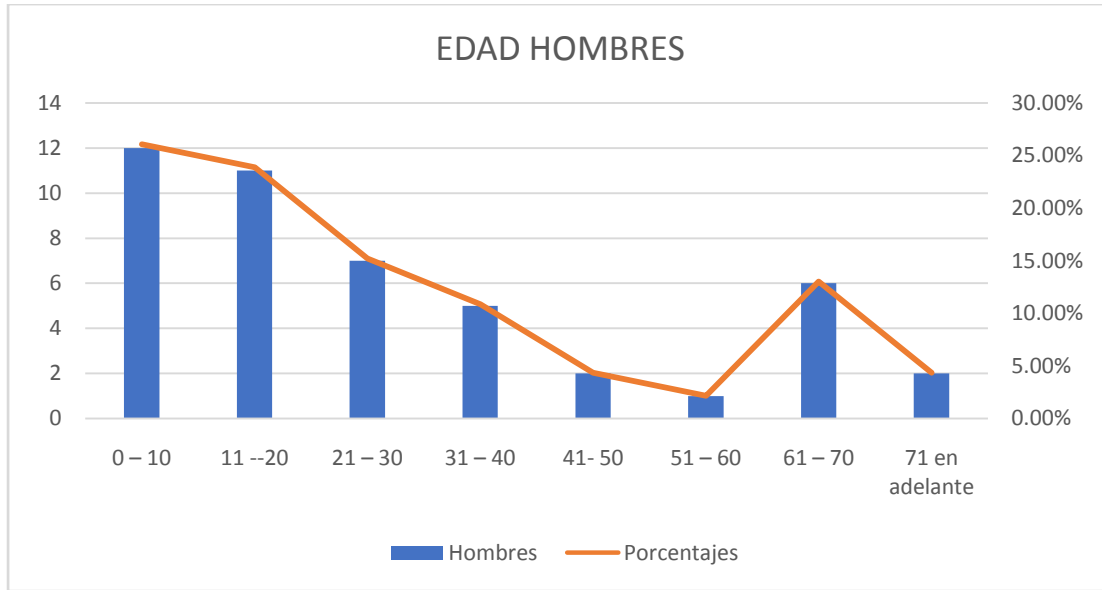
Nota: Anexo 1.

Al observar los datos de la tabla 3, se determinó que el grupo etario que más consulta a la clínica municipal es la población femenina con el 20.43% corresponde al rango de edades de 61 a 70 años. Por el contrario, en la población masculina, este rango de edad fue un 13.04%. En el género masculino, los niños tienen el porcentaje más alto de atención, en edades comprendidas entre 0 a 10 años y las niñas un 9.67%. Adicionalmente, se muestra que, en la edad de 71 años en adelante la asistencia de los pacientes sin importar el género, disminuye hasta una media de 5%, pudiéndose deber a la comorbilidad que presentan las personas de estas edades.



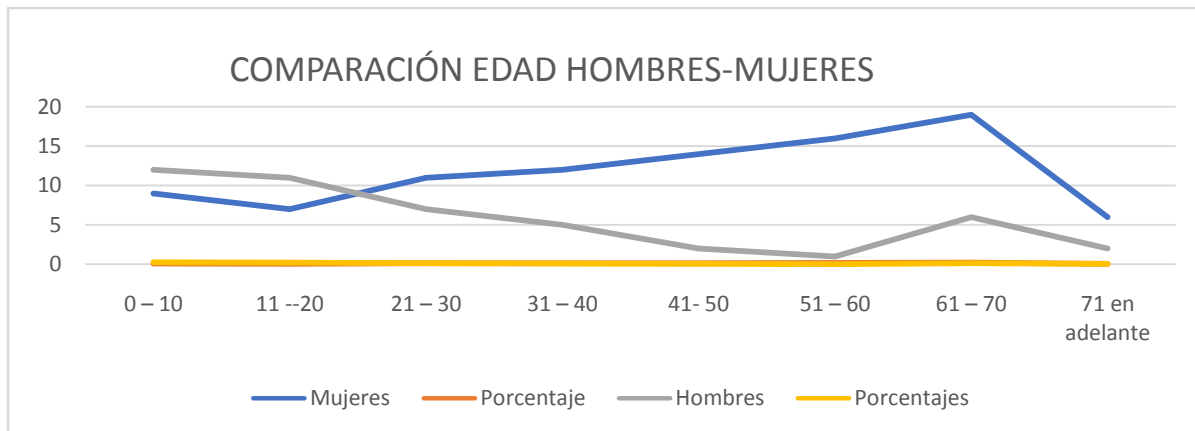
Nota: Fuente tabla 3.

Figura 8. Grafica sobre las edades de las mujeres atendidas de junio del 2017 a mayo 2018.



Nota: Fuente tabla 3.

Figura 9. Grafica sobre las edades de los hombres atendidas de junio del 2017 a mayo 2018.



Nota: Fuente tabla 3.

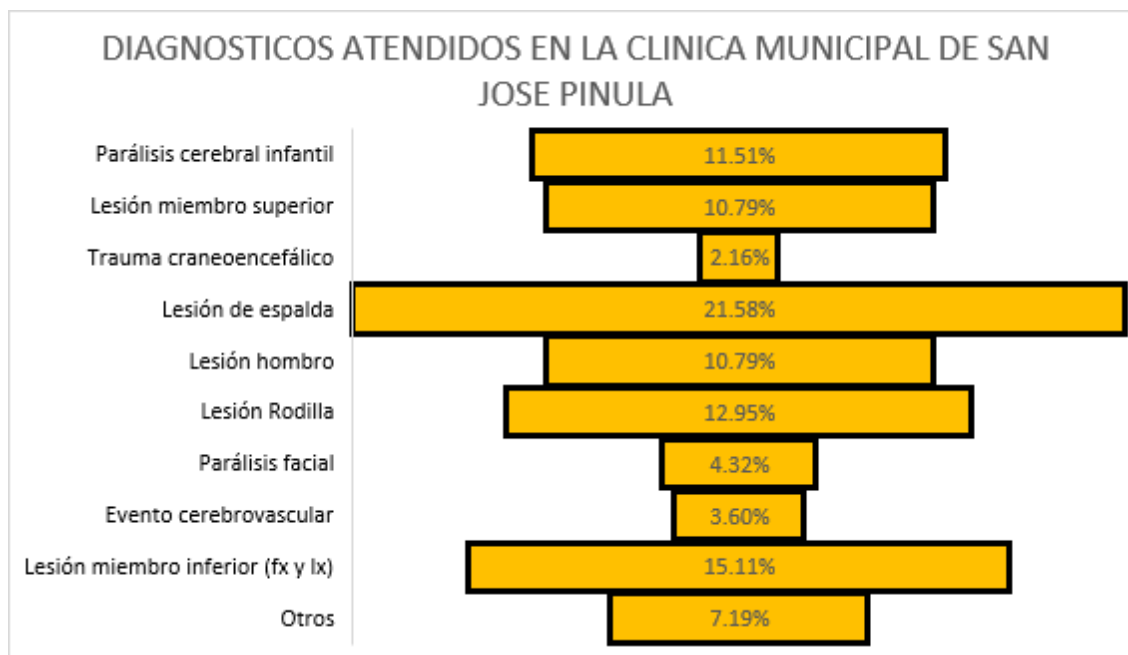
Figura 10. Grafica en la cual se representa la comparación de edades de los pacientes que asistieron a la Clínica Municipal en el periodo del junio del 2017 a mayo del 2018.

*Tabla 4. Morbilidad*

Diagnostico	Hombres	Mujeres	Total, Dx.	Porcentajes
Parálisis cerebral infantil	11	5	16	11.51 %
Lesión miembro superior	6	9	15	10.79 %
Trauma craneoencefálico	2	1	3	2.16 %
Lesión de espalda	8	22	30	21.58 %
Lesión hombro	6	9	15	10.79 %
Lesión Rodilla	5	13	18	12.95 %
Parálisis facial	2	4	6	4.32 %
Evento cerebrovascular	3	2	5	3.6 %
Lesión miembro inferior (fx y lx)	1	20	21	15.11 %
Otros	2	8	10	7.19 %
Total	46	93	139	100 %

Nota: Anexo 1

En la tabla 4, se analizaron las diez patologías más frecuentes presentadas en el periodo de evaluación. Para el género masculino el mayor porcentaje es parálisis cerebral infantil siendo el 23.91 % de la población y en el género femenino es lesión de espalda con un 23.65 %. En comparación, ambos géneros solicitaron al menos una terapia de un 21.58 % a causa de lesión de espalda, seguido de la lesión de rodilla con un 12.95 %.



Nota: Fuente tabla 4.

Figura 11. 10 diagnosticos mas frecuentes en la Clinica Municipal de San Jose Pinula.

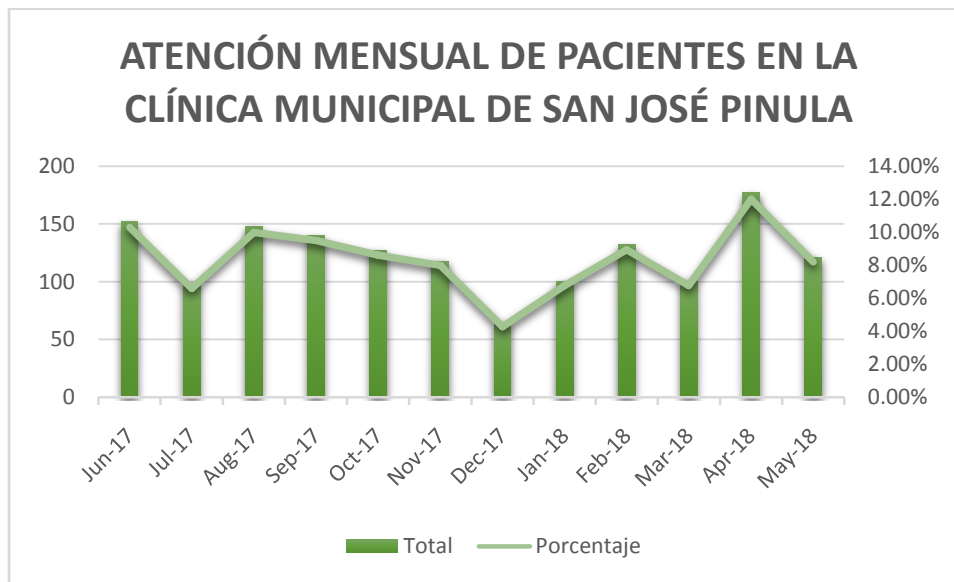
Tabla 5. Distribución de tratamientos de fisioterapia mensuales.

Mes / año	Total	Porcentaje
Junio 2017	152	10.31 %
Julio 2017	97	6.58 %
Agosto 2017	148	10.0 %
Septiembre 2017	140	9.49 %
Octubre 2017	127	8.61 %
Noviembre 2017	118	8 %
Diciembre 2017	63	4.27 %
Enero 2018	100	6.78 %
Febrero 2018	132	8.95 %
Marzo 2018	100	6.78 %
Abril 2018	177	12 %
Mayo 2018	121	8.20 %
Total	1,475 terapias	100%

Nota: Anexo 1



En análisis de la tabla no. 5 se observó mayor afluencia de pacientes en periodo de abril 2018, se brindaron en total 177 tratamientos en el mes, representando un 12% durante el periodo de junio 2017 a mayo 2018. Los meses que presentan los porcentajes de menor afluencia se debe a que en esos meses se laboraron menos cantidad de días, siendo el mes de diciembre el de menor asistencia ya que solo se laboraron 15 días del mes. La media total presentada durante el periodo asistido es de 7 terapias diarias.



Nota: fuente tabla 5.

Figura 12. Ilustración de la cantidad de pacientes atendidos mensualmente en la Clínica Municipal de fisioterapia de San José Pinula.

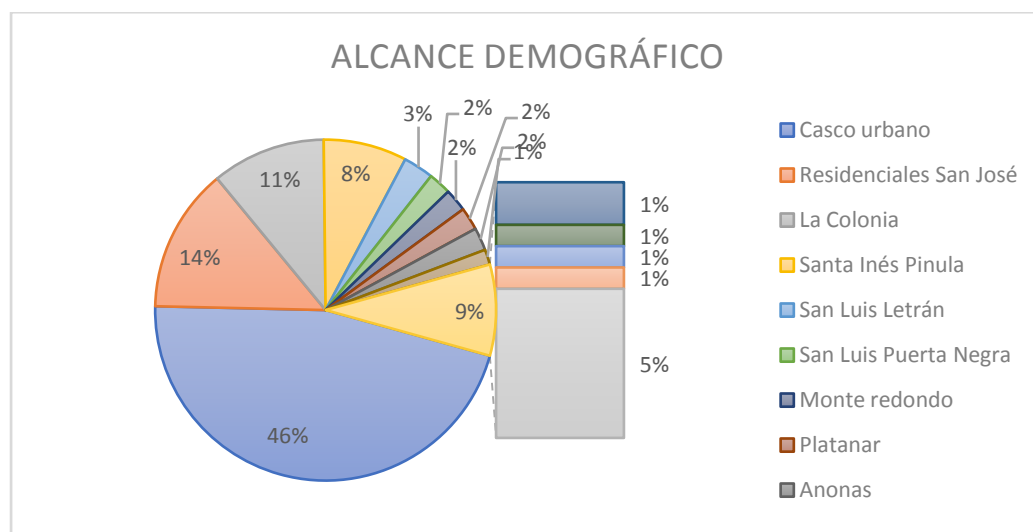
Tabla 6. Alcance territorial de cobertura.

Lugar	Número de pacientes	Porcentaje
Casco urbano	64	46.04 %
Residenciales San José	19	13.67%
La Colonia	15	10.79%
Santa Inés Pinula	11	7.91%
San Luis Letrán	4	2.88%
San Luis Puerta Negra	3	2.16%
Monte redondo	3	2.16%

Platanar	3	2.16%
Anonas	3	2.16%
Ciénaga Grande	2	1.44%
El Carmen	2	1.44%
El Cedrito	1	0.72%
Concepción Pinula	1	0.72%
Joya de los Cedros	1	0.72%
Otros	7	5.04%
Total	139	100 %

Nota: Anexo 1

Por último, en la gráfica no. 12, se muestra el alcance del servicio social realizado en la Clínica Municipal de San José Pinula, creando un impacto en la población, donde mayormente fue beneficiada el casco urbano con un 46.04%, le sigue las zonas adyacentes al mismo con un 24.46%. es importante notar que otras localidades con más de 15 km de distancia fueron beneficiadas, pues solicitaron la atención terapéutica con un 5.04%, ejemplo de esto son las personas que acudieron de los municipios de Palencia y Santa Catarina Pinula.



Nota: Fuente tabla 6.

Figura 13. Alcance territorial de cobertura de pacientes que asisten a la Clínica Municipal de San José Pinula.

## CONCLUSIONES

- Los resultados de este estudio concluyen que el género femenino fue el que mayormente solicito tratamiento por su discapacidad, siendo el grupo etario entre los 50 a más de 70 años.
- En hombres las principales causas de consulta son las asociadas a problemas neurológicos, el grupo etario más afectado son los niños.
- El impacto sobre el conocimiento de la discapacidad y la fisioterapia tuvo un alcance de 139 personas y su familia, quienes se involucraron dentro del tratamiento de cada paciente; para poder proveerles planes educacionales sobre el cuidado y seguimiento de la patología de cada uno de ellos.
- Se gestiono varias donaciones de diferentes instituciones como el CADEG, Buckner; Club de Leones y la fundación Tzu -Chi; gracias al apoyo y colaboración por parte de los miembros de la SOSEA. Obteniendo sillas de ruedas, férulas y AFOS, así como también víveres y zapatos para las personas con discapacidad del municipio.
- Se proporciono 1,475 terapias a los habitantes del municipio de San José Pinula y poblaciones adyacentes en un aproximado de 15 kilómetros alrededor.
- En el proceso de investigación se obtuvo el apoyo de médicos especialistas los cuales brindaron la atención a bajo costo, algunos donaron su tiempo y conocimiento para el bienestar de los pacientes mejorando su calidad de vida, por medio de un tratamiento multidisciplinario e interdisciplinario.
- De acuerdo con la cantidad de pacientes atendidos y a los objetivos propuestos se puede concluir la importancia que tiene la implementación del servicio de rehabilitación en la Clínica Municipal de San José Pinula a mayor escala.
- Los resultados obtenidos en la investigación son similares a los conocidos de la realidad nacional, las personas con discapacidad que asisten a la clínica Municipal de San José Pinula viven en pobreza y con poca accesibilidad a la rehabilitación; por lo que este estudio es un punto de partida para futuras investigaciones en el ámbito de la discapacidad.

## PERSPECTIVAS

- Aumentar el conocimiento sobre la discapacidad, la fisioterapia y la inclusión social, en base a la promoción de información accesible para todas las personas, incluyendo al personal de salud; debido a los resultados obtenidos en esta investigación, puesto que todas las personas pueden poseer discapacidad temporal o permanente en algún momento de la vida.
- Las autoridades municipales admitan la discapacidad como una prioridad para el municipio y se obtenga accesibilidad a los servicios de salud incluyente como lo norma el decreto número 135-96 Ley de atención a las personas con discapacidad en Guatemala.
- Considerar el presupuesto necesario para la adquisición de material y equipo adecuados para la realización de terapias y poder brindar de una manera más eficiente la rehabilitación de la población pinulteca.
- Fortalecimiento interinstitucional IPETH-Municipalidad San José Pinula para proveer estudiantes de alto nivel para el servicio de fisioterapia en el municipio.
- Colaboración de las autoridades municipales para realizar un barrido de discapacidad en las aldeas de San José Pinula y desarrollar un programa de Rehabilitación basada en la comunidad (RBC).
- Favorecer a las personas que poseen discapacidad y que carecen de recursos económicos, poder tener acceso a una rehabilitación física digna, una inclusión social y la reinserción en la sociedad con la discapacidad remanente.
- Identificar tempranamente los casos de discapacidad neurológica en niños, por equipos organizados por la clínica municipal o centro de salud en las comunidades, puedan realizar la correcta referencia, diagnóstico, rehabilitación y habilitación.
- Fomentar los valores que nuestra alma mater ha fomentado de servicio comunitario y aportar el conocimiento adquirido en nuestra formación a la sociedad Guatemalteca.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud. (ed. Esp.) Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. IMSERSO; 2001.
2. IMSERSO. Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. Manual de la consecuencia de la enfermedad. OMS, Instituto de Servicios Sociales, 1983.
3. Egea C, Sarabia A. "Clasificaciones de la OMS sobre Discapacidad". Murcia, 2001. Disponible en: <http://www.carlosyalicia@ono.com>.
4. Querejeta M. "Aportaciones de la CIF a la conceptualización de la Dependencia". Rev. Rehabilitación (Madrid). 2004;38(6):248-54.
5. OMS-CIF. Disponible en: <http://www3.who.int/icf/icftemplate.cfm>
6. Villanueva L., Eusebio L, Peralta S. Fisioterapia 2005;27(5): 274-283
7. Frontera W, Fuhrer M, Jette A, Chan L, Cooper R A, Duncan P W, etal. Rehabilitation medicine summit: Building research capacity. Top Stroke Rehabil. 2005; 12: 68–80.
8. Fineberg H. Science and medicine in the 21st century: Opportunities for rehabilitation medicine. Am J PhysMed Rehabil. 2005; 84: 928–31.
9. Stucki G, Reinhardt J, Grimby G, Melvin J. Developing research capacity in human functioning and rehabilitation research from the comprehensive perspective based on the ICF-model. Eur J Phys Rehabil Med. 2008; 44:343–51.
10. Laxe, S., Bernabeu, M., López, R., García, A., & Tormos, J. M. (2010). Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud en Rehabilitación: de la teoría a la práctica. Rehabilitación, 44(2), 152-157.
11. Morales, L. M., Luna, G., & Moreno-Montoya, J. (2017). Aplicación mundial de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud en Fisioterapia: revisión sistemática. Rehabilitación, 51(2), 119-128.
12. Di Nubila H, Buchalla C. The role of WHO Classifications---ICD and ICF--- on definitions of disability. Rev Bras Epidemiol.2008;11:324---35.

13. Escorpizo R, Stucki G, Cieza A, Davis K, Stumbo T, Riddle D. Creating an interface between the International Classification of Functioning, Disability and Health and physical therapist practice. *Phys Ther.* 2010; 90:1053-63.
14. Escorpizo R, Bemis-Dougherty A. Introduction to special issue: A review of the International Classification of Functioning, Disability and Health and physical therapy over the years. *Physio Ther Res Int.* 2015; 20:200-9
15. de la Salud, A. M. (2005). Discapacidad, incluidos la prevención, el tratamiento y la rehabilitación (No. WHA58. 23). Organización Mundial de la Salud.
16. Sève-Ferrieu, N. (2017). Independencia, autonomía y calidad de vida: análisis y evaluaciones. *EMC-Kinesiterapia-Medicina Física*, 38(1), 1-16.
17. Ramírez-Vélez, R., Hurtado, C. E., & López, M. F. (2010). Análisis de la capacidad científica e investigativa de los profesionales en Fisioterapia de Colombia. Dificultades y oportunidades de desarrollo. *Revista Iberoamericana de Fisioterapia y Kinesiología*, 13(1), 37-45.
18. Cuenot, M. (2018). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. *EMC-Kinesiterapia-Medicina Física*, 39(1), 1-6.
19. Crespo, M., Maribel, C., & Verdugo Alonso, M. Á. (2012). Historia de la clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud (CIF): Un largo camino recorrido.
20. Fernández, J., Fernández, M., & Cieza, A. (2010). Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). *Revista española de salud pública*, 84, 169-184.
21. Maribo T, Anttila H, Paltamaa J, Snyman S. I Can Function – the mobile ICF (m ICF) app to assess functioning and disability (Conference Paper). World Confederation for Physical Therapy Congress 2017, Cape Town, South Africa, 2017. [www. researchgate.net/publication/311237302 I Can Function - the mobile ICF mICF app to assess functioning and disability](http://www.researchgate.net/publication/311237302_I_Can_Function_-_the_mobile_ICF_mICF_app_to_assess_functioning_and_disability)
22. Herrera, S., Vázquez, J., & Pindado, L. (2008). La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). *Rehabilitación*, 42(6), 269-275.

23. del Pueblo, B. D. (1999). Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad. In Documentos de Trabajo (pp. 12-12).
24. Tamayo, M., Besoain, Á., & Rebolledo, J. (2018). Determinantes sociales de la salud y discapacidad: actualizando el modelo de determinación. *Gaceta Sanitaria*, 32(1), 96-100.
25. Shaw, E. (2007). Discapacidad y calidad de vida. In *Toma de Decisiones en el Tratamiento del Dolor* (2.ª ed.) (pp. 18-19).
26. Somoza, M. J., & Melcon, M. O. (2015). Discapacidad por enfermedades neurológicas. Carga, población y recursos humanos en Argentina. *Neurología Argentina*, 7(4), 206-212.
27. Pérez, L., Fernández Moreno, A., & Katz, S. (2014). Discapacidad en Latinoamérica. Voces y experiencias universitarias.
28. Fernández, E. M., Arrondo, M. V., Muñoz-Cruzado, M., Guerrero, E. S., Romero, F. G., & Matamoros, D. C. (2006). Intervención estratégica del fisioterapeuta en el entorno familiar del paciente discapacitado. *Fisioterapia*, 28(1), 35-40.
29. Arribas, M. D., Serrano, M. F., & Pérez-Llantada, J. P. (2005). La equivalencia de los test de valoración con la Clasificación Internacional de la Funcionalidad, Discapacidad y la Salud. *Revista Iberoamericana de Fisioterapia y Kinesiología*, 8(1), 36-43.
30. Lourido, B. P., & Da Rocha, V. M. (2008). Fisioterapia comunitaria: el camino desde la conceptualización a la Intervención con la comunidad. *Fisioterapia*, 30(5), 244-250.
31. Juan, M. Á. C., & Guillén, A. C. (2018). Fisioterapia y sociedad. Acercándonos a las necesidades reales. *Fisioterapia*, 40(5), 278-279.
32. Mundial, B. (2011). Informe mundial la discapacidad. Organización Mundial de la Salud.
33. Garrido, J. F. V. (2005). Investigación en Fisioterapia, ¿unautopía? *Fisioterapia*, 27(6), 297-300.
34. Alcocer, M. Á. (2007). Investigación y práctica clínica en fisioterapia. *Fisioterapia*, 29(2), 65-66.

35. Ramírez, R., Domínguez, M., Morales, M., Meneses, J., González, K., Martínez, J., & Agredo, R. (2013). Estado actual de la investigación y principales barreras para la práctica basada en evidencia en fisioterapeutas colombianos. *Fisioterapia*, 35(4), 146-153.
36. Pantano, L. (2014). La medición de la discapacidad en Latinoamérica. Los marcos conceptuales de preguntas censales. Lecciones de algunas experiencias.
37. Gómez Conesa, A. (2010). El método científico y la profesión fisioterapeuta. *Fisioterapia: revista de salud, discapacidad y terapéutica física*, 32(5), 199-199.
38. Fougeyrollas, P., & Charrier, F. (2013). Modelo de proceso de producción de discapacidad. *EMC-Kinesiterapia-Medicina Física*, 34(4), 1-9.
39. Suárez, E. F. (2017). Qué es el razonamiento clínico y por qué beneficia tanto al paciente como al fisioterapeuta. *Fisioterapia*, 39(2), 49-52.
40. Herrera, S., Vázquez, J. L., & Pindado, L. G. (2008). La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). *Rehabilitación*, 42(6), 269-275.
41. Comín, M. C., Garrós, C. R., Franco, E., Damian, J., Tovar, M. R., & de Pedro-Cuesta, J. (2011). Producción científico-profesional española sobre discapacidad según el modelo CIF. Revisión de la literatura, 2001-2011. *Gaceta Sanitaria*, 25, 39-46.
42. Zunzunegui, M. V. (2011). Evolución de la discapacidad y la dependencia. Una mirada internacional. *Gaceta Sanitaria*, 25, 12-20.
43. Paolinelli, G. C., & González, A. M. (2014). Epidemiología de la discapacidad en Chile, niños y adultos. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(2), 177-182
44. del Rey, C. F., & Martínez, M. F. C. (2014). Cuidador familiar. In *Manual práctico de enfermería comunitaria* (pp. 138-147). Elsevier.
45. Juan, L. C., & Riera, J. R. M. (2014). Familia: funciones. In *Manual práctico de enfermería comunitaria* (pp. 307-310). Elsevier.
46. Martínez Riera, J. R. (2011). Intervención comunitaria en la escuela. Estado de la cuestión. *Revista Rol de Enfermería*, 34(1), 42-49.



47. Villamizar-García, M. C., Bueno-Balaguer, L. A., Ordóñez-Chaussinant, M. X., Martínez-Marín, R. P., Angarita-Fonseca, A., Ávila-Galván, J. A., ... & Villar-Ballesta, K. J. (2015). Caracterización de la discapacidad en población con limitaciones permanentes en movilidad o autocuidado, Girón, Colombia. *Fisioterapia*, 37(5), 237-245.
48. Boletas de asistencia del área de fisioterapia en la clínica municipal de San José Pinula 2017 – 2018
49. SEGEPLAN (2010). Plan de desarrollo municipal San José Pinula. Recuperado el 8 de agosto de 2016, de <http://goo.gl/Kia1gT>
50. Instituto Nacional de Estadística (2014). Caracterización departamental, Guatemala. Recuperado el 7 de agosto de 2016, de <http://goo.gl/x2cYPs>
51. San José Pinula (s. f.) San José Pinula. Recuperado el 23 de mayo de 2018, de <http://munisanjosepinula.gob.gt/>
52. Municipio de San José Pinula, Guatemala (2016) recuperado el 30 de mayo de 2018; Por: Luis Valladares <http://www.deguate.com/municipios/pages/guatemala/san-jose-pinula/municipalidad.php>

# Anexos



## 2. Ficha clínica

Este formato sirve para documentar toda la información recolectada del paciente realizando una anamnesis completa para uso de referencia del tratamiento a aplicar.

UNIVERSIDAD GALILEO – IPETH

CLINICA MUNICIPAL DE FISIOTERAPIA

SAN JOSE PINULA, GUATEMALA

FICHA DE EVALUACIÓN

Lugar y Fecha

--	--

Nombre completo:		Edad:	
		Sexo:	
Lugar de nacimiento:		Teléfono:	
		Profesión:	
Religión	Estado civil	No. Dependientes	No. De hijos
Dirección de la vivienda		Propia	Familiar
		Alquilada	Teléfono
En caso de emergencia llamar a:			Parentesco
Diagnostico actual:			
Historial de la enfermedad:			

ANTECEDENTES

Médicos			
Quirúrgicos			
Traumáticos			
Alérgicos			
Medicamentos	Tabaco	Alcohol	
	Otros:		

### 3. Instrumentos de evaluación

Dentro de los instrumentos de evaluación encontramos diferentes escalas que nos sirven de referencia para el tratamiento fisioterapéutico del paciente dando un punto de partida y poder evaluar más adelante la evolución de este. En las cuales encontramos: medición de miembro inferiores, balance muscular o examen muscular, valoración de la sensibilidad y goniometría.

#### 3.1 Medida de miembros inferiores

Izquierdo		Derecho
	Omblogo - Espina Iliaca	
	Omblogo – Maléolo Interno	

Esta  
eval  
uaci  
ón  
apoy  
a  
para  
desc  
artar  
o  
verifi  
car

un acortamiento de miembros inferiores, así como, las características de un muñón en pacientes amputados.

Nombre: \_\_\_\_\_

Diagnostico: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

	Espina Iliaca – Maléolo Interno	
	Circunferencia del muslo	
	Circunferencia pierna	
Medidas de Muñón		
	Media	
	Superior	
	Inferior	
	Cicatrices	
	Otros	

### 3.2 Examen muscular o balance muscular

Este examen es un proceso más específico, para determinar que músculo se ve afectado según la lesión que posea el paciente, refiere cuales son los músculos por trabajar, utilizando como referencia la escala de Daniel's para identificar el tipo de contracción que cada uno de estos posea.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fisioterapeuta: \_\_\_\_\_

Fecha de la lesión: \_\_\_\_\_ Diagnostico: \_\_\_\_\_

Examinador							
Fecha							
Cuello			Flexores				Cuello
			Extensores				
Tronco			Flexión, recto anterior				Tronco
			Extensión, Región torácica				
			Extensión, región lumbar				
			Obli. Mayor a.      Obli. Menor i.      Obl. Menor d. Obl. Mayor i.				
			Elevación de la pelvis				
Cadera			Flexores				Cadera
			Extensores				
			Abductor, glúteo medio				
			Aductores				
			Rotadores externos				
			Rotadores Internos				
			Sartorio				
			Tensor de la Fascia Lata				
Rodilla			Semitendinoso, Semimembranoso				Rodilla
			Biceps Crural				
			Cuádriceps				
Tobillo			Flexión plantar, Gemelo y soleo				Tobillo
			Flexión plantar, soleo				
Pie			Inversión, Tibial anterior				Pie
			Inversión, Tibial posterior				
			Eversión, peroneo lateral corto				
			Eversión, peroneo lateral largo				
Artejos 2 – 4			Flexores metatarsfalángicos				Artejos 2 – 4
			Extensores Metatarsfalángicos				
			Flexión inter-falángica proximal				
			Flexión inter-falángica distal				
			Abductores				
			Aductores				
Dedo Gordo			Flexión metatarsfalángica				Dedo gordo
			Flexión inter-falángica				
			Extensión inter-falángica				

Examinador							
Fecha							
Omoplato			Abductor, serrato mayor				Omoplato
			Aductor, trapecio fibras medias				
			Aductor, romboides				
			Elevación				
			Depresión				
Hombro			Flexion a 90°				Hombro
			Extensión				
			Abducción Deltoides				
			Abducción deltoides posterior				
			Aducción Horizontal Pectoral mayor				
			Rotación Externa				
			Rotación Interna				
Codo			Flexores				Codo
			Extensores				
Antebrazo			Supinación				Antebrazo
			Pronación				
Muñeca			Flexión, desviación radial				Muñeca
			Flexión, desviación cubital				
			Extensión, desviación radial				
			Extensión, desviación cubital				
Dedos			Flexión Metacarpo falángica				Dedos
			Extensión Metacarpo falángica				
			Flexion inter-falángica proximal				
			Flexion inter-falángica distal				
			Abductores				
			Aductores				
			Oposición del meñique				
Pulgar			Oponente				Pulgar
			Flexion metacarpofalángica				
			Extensores Metacarpofalángica				
			Flexion inter-falángica				
			Extensión inter-falángica				
			Abductores				
			Aductores				
Medidas							
Tórax			Inspiración				Tórax
			Espiración				



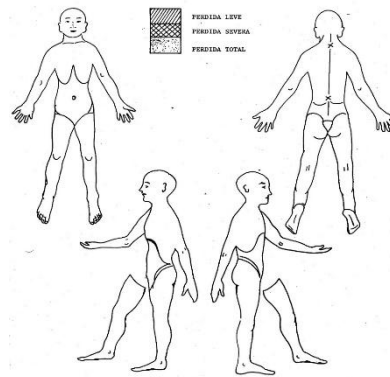
### 3.3 Valoración de la sensibilidad

Este test ayuda a reconocer el tipo de sensibilidad que tiene el paciente, es más utilizado para las lesiones de plexo o atrapamientos nerviosos. Da una referencia de las áreas a trabajar y el tipo de sensibilidad que goce, desde una hipoalgesia hasta una hiperalgesia.

Colocar un ✓ en la casilla que corresponda la sensibilidad del paciente.

Numeración	Descripción	Positivo
S. 0	Abolición total de la sensibilidad en la zona autónoma	
S. 1	Existencia de sensibilidad dolorosa y profunda	
S. 2	Existencia de ligera sensibilidad táctil y dolorosa	
S. 2+	Igual al grado 2 pero con reacción subjetiva exagerada	
S. 3	Recuperación de la sensibilidad dolorosa y táctil	
S. 3+	Sensibilidad discriminativa entres dos puntos superiores a 1 cm	
S. 4	Sensibilidad discriminativa entre dos puntos inferior a 1 cm	

Área más afectada: \_\_\_\_\_



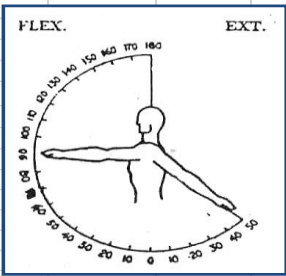
### 3.4 Goniometría

Estas evaluaciones nos ayudan a identificar que tan restringido está el movimiento, utilizando herramientas como el goniómetro que se coloca en la articulación para tener un dato numérico sobre cuántos grados tiene el paciente y hasta donde debe llegar para tener una movilización articular adecuada.

**Universidad Galileo - IPETH**  
 Licenciatura en Fisioterapia  
 4A Calle 7a. Avenida, calle Dr. Eduardo Suger Cofiño  
 Guatemala, Guatemala  
 Telefonos 2423 8000

Nombre del paciente \_\_\_\_\_  
 Diagnostico \_\_\_\_\_  
 Fecha \_\_\_\_\_

IZQUIERDO

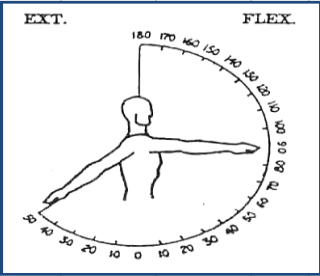


HOMBROS

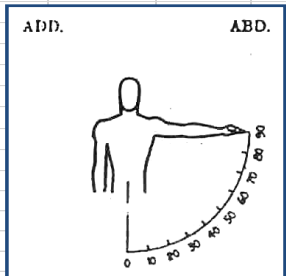
Flexion 0-90  
Flex. Y Rot. Omoplato 90-180  
Extension Rot. Omoplato 180-90  
Extension 90-30

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

DERECHO



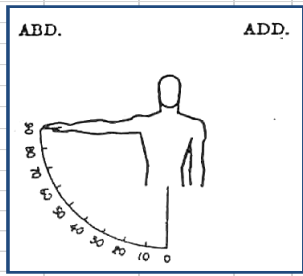
ADD.



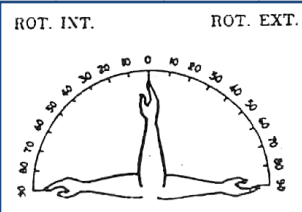
Abduccion 0-90  
Abd. Y Rot omoplato 90-180  
Adduccion 90-0  
Add. Y Rot. Omoplato 180-90

	Izquierdo		Derecho	
	Abd.	Add.	Abd.	Add.
1				
2				
3				
4				
5				
6				

ADD.



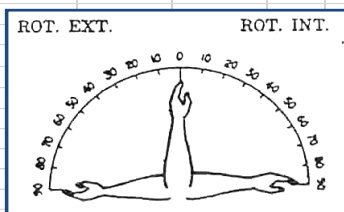
ROT. INT.



Codo flexionado a 90 grados  
Rotacion Externa 0-90  
Rotacion Interna 0-90

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

ROT. EXT.



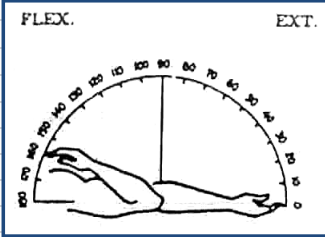
IZQUIERDO

CODO

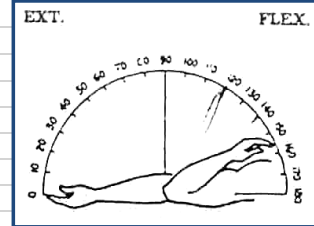
Flexion 0-145 -160

Extension 160-145 -0

DERECHO



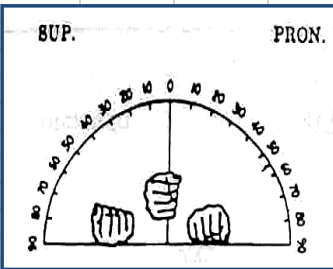
	Izquierdo		Derecho	
	Flex	Ext	Flex	Ext
1				
2				
3				
4				
5				
6				



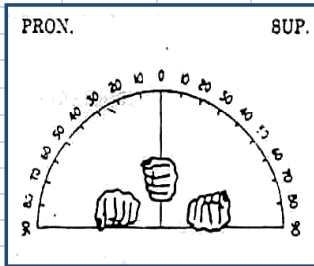
RADIO CUBITAL

Pronacion 0-90

Supinacion 0-90



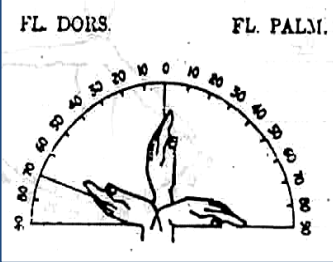
	Izquierdo		Derecho	
	Pron.	Sup.	Pron.	Sup.
1				
2				
3				
4				
5				
6				



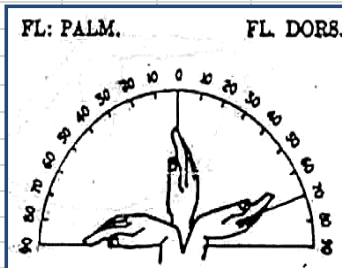
MUÑECA

Flexion Dorsal 0-70

Flexion Palmar 0-90

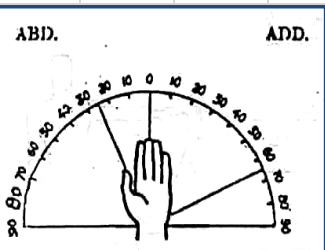


	Izquierdo		Derecho	
	Flex Dor.	Flex. Pal	Flex Dor	Flex Pal
1				
2				
3				
4				
5				
6				

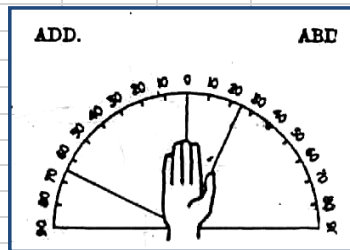


Abduccion 0-25

Adduccion 0-55-65



	Izquierdo		Derecho	
	Abd.	Add.	Abd.	Add.
1				
2				
3				
4				
5				
6				



Universidad Galileo – IPETH  
 Licenciatura en Fisioterapia  
 4A Calle 7a. Avenida, calle Dr. Eduardo Suger Cofiño  
 Guatemala, Guatemala  
 Teléfonos 2423 8000

**Nombre del paciente** \_\_\_\_\_

**Diagnostico** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_

AMPLITUD ARTICULAR

MIEMBROS INFERIORES

IZQUIERDO

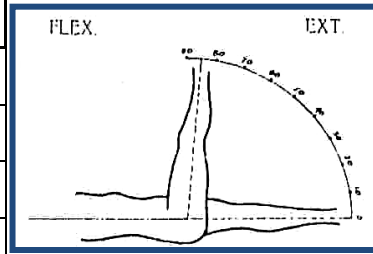
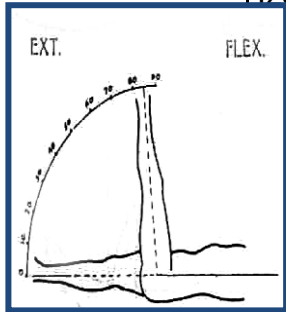
CADERAS

DERECHO

Flexion (rodilla recta) 0-85

Extensión 85-0

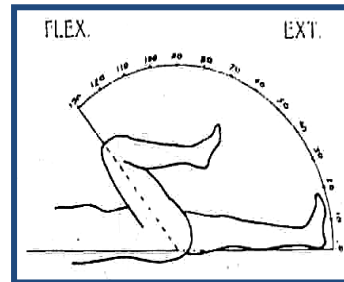
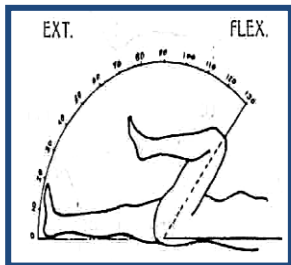
	Izquierdo		Derecho	
	Flex	Ext	Flex	Ext
5				
6				



Flexion (rod. Flexionada) 0-130

Extensión 130-0

	Izquierdo		Derecho	
	Ext	Flex	Flex	Ext
2				



3				
4				
5				
6				

Extensión 0-20

Extensión (y columna lumbar) 0-45

		Izquierdo		Derecho	
		Flex	Ext	Flex	Ext
5	EXT.				
	EXT Y COL. LUMB.				
6	EXT. Y COL. LUMB.				
	EXT				

Aducción 45-0 abducción 0-45

		Izquierdo		Derecho	
		Flex	Ext	Flex	Ext
5	ADD.				
	ABD.				
6	ABD.				
	ADD.				

Rotación Interna 0-45, rotación

externa 0-45

		Izquierdo		Derecho	
		Flex	Ext	Flex	Ext
	5				
	6				

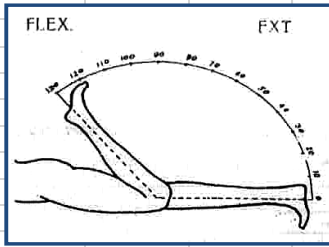
**RODILLA**

(posicion prona)

Flexion 0-120-130

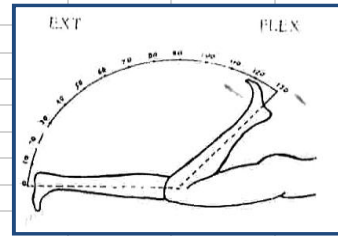
Extension 130-120 -0

**IZQUIERDO**



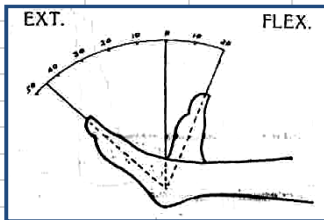
	Izquierdo		Derecho	
	Flex	Ext	Flex	Ext
1				
2				
3				
4				
5				
6				

**DERECHO**

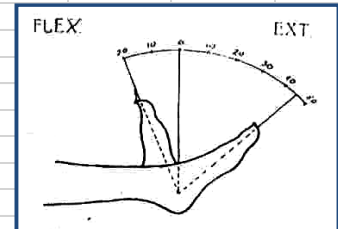


Flexion 0-120

Extension 0-45

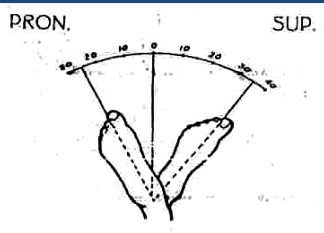


	Izquierdo		Derecho	
	Flex	Ext	Flex	Ext
1				
2				
3				
4				
5				
6				

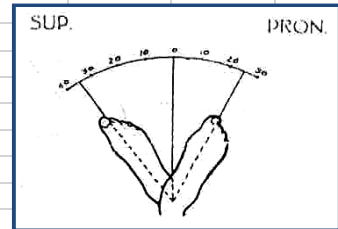


Pronacion 0-25

Supinacion 0-45



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

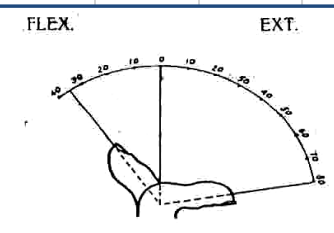


**ARTEJOS**

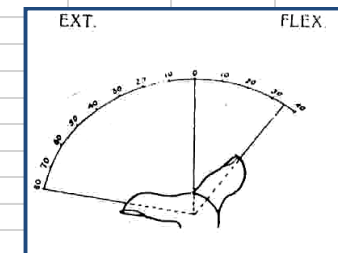
Articulacion proximal

Flexion 0-25-35

Extension 0-80



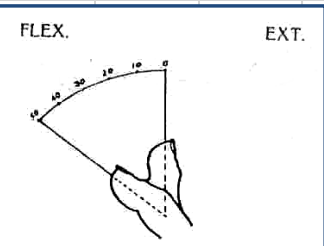
	Izquierdo		Derecho	
	Flex	Ext	Flex	Ext
1				
2				
3				
4				
5				
6				



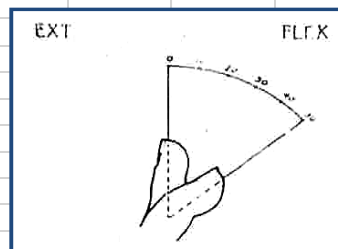
**ARTICULACION MEDIA Y DISTAL**

Flexion 0-50

Extension 50-0



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



## 4. Sistema de asistencia por mes

### 4.1 Junio 2017

CLINICA MUNICIPAL SAN JOSE PINULA UNIDAD DE FISIOTERAPIA JUNIO																															
Nombre	01-jun	02-jun	03-jun	04-jun	05-jun	06-jun	07-jun	08-jun	09-jun	10-jun	11-jun	12-jun	13-jun	14-jun	15-jun	16-jun	17-jun	18-jun	19-jun	20-jun	21-jun	22-jun	23-jun	24-jun	25-jun	26-jun	27-jun	28-jun	29-jun	30-jun	
1 Alma Sayes	x							x					x							x		x	J								D
2 Ingrid Santos	x						x		x				x			x					x		R				x				I
3 Alicia Torres	x												x	x							x		x				x				A
4 Lainer Villavicencio	x																						N								J
5 Candelaria Tepeque	x														x								A								D
6 Juan Carlos Bran	x					x		x					x		x						x		x	D				x			E
7 Nery Monzón	x					x	x		x				x	x		x					x	x	A				x	x	x		L
8 Agustina Sil	x					x		x					x	x							x		x	A				x			E
9 Marco Tulio Paz	x							x															A								E
10 Rosalinda Orozco	x							x	x				x	x							x		P				x			J	
11 Miriam Morataya	x							x					x								x		R				x		x		E
12 Nely López								x					x		x						x	x	O				x	x			R
13 Jonny del Cid								x					x										F				x				C
14 Benita Espinoza								x		x			x								x		A					x			I
15 Heidi Marroquín								x			x		x				x				x		M				x		x		T
16 Alicia Sagastume								x					x								x							x			O
17 Melvin Pineda								x																							
18 Monica Reyes								x		x								x													
19 Karla Cermeño								x		x			x															x			
20 Ana Elizabeth Sipaque								x																							
21 Brenda López										x																					
22 Pedro Urias										x							x											x			
23 Jonathan Hernandez										x																					
24 Raul Pineda										x																					
25 Mitchell Gonzalez													x	x	x																
26 Maria Alvarez													x																		
27 Erwin Ecute																	x														
28 Johan Carlo Palencia																															
29 Estephanie Vasquez																															
30 Edith Tagre																															
31 Patricia Arriola																															
32 Marlon Monzon																															
33 Fidelina Ramirez																															
34 Eloisa Morales																															
35 Aura Gonzalez																															
36 Irma de Monzon																															
37 Oscar Cruz																															
38 Antonio Rustrian																															
39 Magdalena Cojon																															
40 Gyumari De La Cruz																															
41 Alida Santos																															
42 Jimmy Gutierrez																															
43 Miriam Solares																															
Total de pacientes	43					11	4	12	5			2	16	9	4	7				0	15	6	10	0			9	14	8	14	
Total de terapias	146																														

Nota: elaboración propia.

### 4.2 Julio 2017

CLINICA MUNICIPAL SAN JOSE PINULA UNIDAD DE FISIOTERAPIA JULIO																																
Nombre	03-jul	04-jul	05-jul	06-jul	07-jul	08-jul	09-jul	10-jul	11-jul	12-jul	13-jul	14-jul	15-jul	16-jul	17-jul	18-jul	19-jul	20-jul	21-jul	22-jul	23-jul	24-jul	25-jul	26-jul	27-jul	28-jul	29-jul	30-jul	31-jul			
1 Marlon Monzón	x							x		x					x		x						x		x					D	x	
2 Jonathan Hernández	x								x						x								x								I	x
3 Nely López	x								x		x					x															A	
4 Erwin Ecute	x					x						x				x																
5 Patrocinio Quevedo	x																														x	
6 Nery Monzón	x																														D	
7 Jonny del Cid		x																													E	
8 Benita Espinoza		x																													L	
9 Heidi Marroquín		x																													E	
10 Juan Carlos Bran		x																													M	
11 Oscar Cruz																															P	
12 Candelaria Tepeque																															L	
13 Gemima Méndez																															E	
14 Ingrid Santos																															A	
15 Karla Cermeño																															D	
16 Jimmy Gutierrez																															O	
17 Laura Quiñonez																																
18 Maribel Hernandez																																
19 Marco Tulio Paz																															M	
20 Armando Ortiz																															U	
21 Lily Lazo																															N	
22 Alison Castañon																															I	
23 Lainer Villavicencio																															C	
24 Marcelina Palencia																															P	
25 Gyumari De La Cruz																															P	
26 Vitalina Urbina																															A	
27 Antonio Rustrian																															L	
28 Jose Daniel Taque																																
29 Edith Tagre																																
30 Angeline Lino																																
31 Cecilia Noj																																
32 Alicia Torres																																
33 Hamilton Francisco																																
34 Thelma García																																
Total de pacientes	34	4	2	2	7			4	4	7	3	3			5	3	7	8	7				4	7	5	3				x		
Total de terapias																																



Dia	Mar.	Mier.	Jue.	Vie.	Lun.	Mar.	Mier.	Jue.	Vie.	Lun.	Mar.	Mier.	Jue.	Vie.	Lun.	Mar.	Mier.	Jue.	Vie.	Lun.	Mar.	Mier.	Jue.	
nombre de pacientes	1	2	3	4	7	8	9	10	11	14	15	16	17	18	21	22	23	24	25	28	29	30	31	
Cecilia Noj	1		1			1		1				1	1			1		1			1		1	
Edith Tagre	1		1			1		1					1			1		1			1		1	
Alicia Torres	1		1			1		1					1			1		1			1		1	
Heidy marroquin	1		1			1		1					1	1		1		1			1		1	
Nely Lopez		1					1					1					1						1	
nery Monzon		1		1			1		1			1		1			1		1				1	
Vitalina Urbina			1					1					1				1		1				1	
Daniel Taque			1					1					1				1		1				1	
Juan carlos bran	1		1			1		1					1			1		1			1		1	
Silvia Ortiz				1					1					1				1					1	
Ingrid Santos				1					1					1				1					1	
Erwin Ecute				1	1				1	1				1	1			1	1				1	
Laura Quiñones	1		1			1		1					1			1		1			1		1	
Lily Lazo			1					1					1			1		1					1	
Telma Garcia				1				1					1	1				1					1	
Jonathan hernandez					1					1					1						1			
walter churruvia					1					1			1		1						1		1	
Valerin Najarro										1			1		1			1	1		1		1	
pedro pablo Samayoa										1														
aArmando Ortiz			1					1					1					1					1	
Nancy Bran													1											
Belsy Lopez													1											
luis Alfonso Rustrian													1	1	1	1	1							
Mrlon Monzon					1					1					1						1			
Olga Marina Batz			1					1					1					1					1	
Lainer villavicencio																			1					
Edwin Tiul																							1	
Total	7	4	9	5	4	6	4	9	5	6	0	9	11	7	6	7	5	12	4	5	6	7	10	148

### 4.3 Agosto 2017

Nota: elaboración propia

### 4.4 Septiembre 2017

Dia	vie.	lun.	mar.	mier	jue.	vie	lun.	mar.	mier	jue.	vie	lun.	mar.	mier	jue.	vie	lun.	mar.	mier	jue.	vie	TOTAL
Nombre de pacientes	1	4	5	6	7	8	11	12	13	14	15	18	19	20	21	22	25	26	27	28	29	
Thelma Garcia	1				1						1	1				1					1	1
Ingrid santos	1										1											1
Erwin Ecute	1	1				D	1				1	1					1					1
Heidy Tzalam	1					I					1											1
Nery monzon	1	1		1		A		1		1	1			1						1		1
Diego Perez	1			1			1		1		1			1						1		1
Jonathan Hernandez		1					1				1						1					
Walter Perez		1			1	M	1			1	1				1			1			1	
cecilia Noj			1		1	U		1		1			1		1				1		1	
Edith Tagre			1			N		1					1						1			
Alicia Torres			1			D		1					1						1			
Juan Carlos Bran			1		1	I		1		1			1		1				1		1	
Laura Quiñonez			1			A		1					1						1			
Marlon Monzon		1				L	1					1					1					
Edwin Tiul				1			1		1		1			1							1	
Mellanie Tiul				1		F			1		1		1		1						1	
Monica Reyes				1		I	1		1				1		1					1		
Nancy Bran				1		S																
Lynsie Perez				1		I			1					1							1	
Henry Juarez				1		O		1		1				1							1	
Daniel Taque			1		1	T		1		1			1					1			1	
Vitalina Urbina				1		E				1					1						1	
Vivian Garcia	1			1		R		1				1					1					
Olga Batz			1		1	A	1		1		1		1				1		1			1
Katleen Roche						P					1						1					
Imelda Zelada						I								1							1	
Carolina Mendez				1		A			1					1						1		
Edagar Reyes															1							
Juana Yaz																	1					
Total	7	6	6	10	7	0	8	7	9	6	6	9	6	11	5	0	8	6	10	6	7	140

Nota: elaboración propia.

### 4.5 Octubre 2017

Día	lun.	mar.	mier	jue.	vie	lun.	mar.	mier	jue.	vie	lun.	mar.	mier	jue.	vie	lun.	mar.	mier	jue.	vie	lun.	mar.	TOTAL
Nombre del paciente	2	3	4	5	6	9	10	11	12	13	16	17	18	19	20	23	24	25	26	27	30	31	
Cecilia Noj		1		1					A			1		1		1		1					1
Vitalina Urbina		1		1					S			1		1		1		1					1
Vivian Garcia		1		1					A			1		1		1		1					1
Katheleen Roche		1		1					L			1		1		1		1					1
Astrid Monzon	J	1		1					A			1		1	D	1		1					1
Edith Tagre	O		1		1				S	1			1	I				1		1			
Alicia Torres	R		1		1				A	1			1	A				1		1			
Juan Carlos Bran	N	1			1				S			1		D		1		1		1			1
Juana Quim	A			1	1				I	1			1	D				1		1			
Juana Yaz	D			1	1				T	1			1	E				1		1			
Nery Monzon	A			1	1	1			U	1	1		1	D		1		1		1			
Olga Batz				1	1	1			D	1	1		1	L		1		1					
Walter Perez	A				1	1			E	1	1			A		1				1			
Thelma Garcia	P			1	1				L	1				R		1				1			
Marlon Monzon	R					1			A		1			R		1							
Laura Quiñonez	O								N					R									
Imelda zelada	F			1					I					V					1				
Erwin Ecute	A				1	1			N	1	1			O		1				1			
Carolina Mendez	M	1			1				A		1	1		L		1			1				1
Jonathan Hernandez						1			S		1			U		1							
Magdalena Caal						1			J		1			C		1							
Vicente Medina									P					I						1			
Luisa Martinez									L					O						1		1	
Hilda Machado									L					N					1		1		
	0	7	7	7	10	7	0	0	0	9	8	7	7	10	0	7	7	9	9	9	0	7	127

Nota: elaboración propia.

### 4.6 Noviembre 2017

Dia	mier.	jue.	vie.	lun.	mar.	mier	jue.	vie	lun.	mar.	mier	jue.	vie	lun.	mar.	mier	jue.	vie	lun.	mar.	mier	jue.	TOTAL
Nombre de pacientes	1	2	3	6	7	8	9	10	13	14	15	16	17	20	21	22	23	24	27	28	29	30	
Magdalena Caal		1			1		1			1	REHABILITACION												
Vicente Medina			1			1		1			REHABILITACION											1	
Luisa Martinez	D		1	1		1		1	1		REHABILITACION											1	
Hilda Machado	I			1		1		1	1		REHABILITACION											1	
Juan Carlos Bran	A	1			1		1			1	REHABILITACION												
Juana Yaz			1			1		1			REHABILITACION											1	
Olga Batz	D		1	1		1		1	1		REHABILITACION											1	
Erwin Ecute	E		1	1				1	1		REHABILITACION												
Maria Petrona Funes		1			1		1			1	REHABILITACION												
Vitalina Urbina	L	1					1				REHABILITACION												
Walter perez	O		1		1			1	1		REHABILITACION												
Edwin Lucas	S	1			1		1		1		REHABILITACION												
Emilia Quevedo		1		1			1		1		REHABILITACION												
Dunia Madrid	S	1		1			1			1	REHABILITACION												
Nery Monzon	A		1	1		1		1	1		REHABILITACION												
Ramiro Valenzuela	N		1			1		1			REHABILITACION												
Ysidro Cruz	T		1			1		1			REHABILITACION												
Jonathan Hernandez	O	REHABILITACION							1	1		REHABILITACION											
Herlinda Escobar	S	REHABILITACION							1	1	1	REHABILITACION											
	0	7	9	7	5	8	7	11	7	6	0	0	0	7	7	9	0	12	0	7	9	0	118

Nota: elaboración propia

#### 4.7 Diciembre 2017

Dia	vie.	lun.	mar.	mier	jue.	vie	lun.	mar.	mier	jue.	vie	TOTAL
Nombre de pacientes	1	4	5	6	7	8	11	12	13	14	15	
Erwin Ecute	E	1				REHABILITACION						1
Luisa Martinez	N	1			1		1		1		1	
Diego Perz	T	1			1		1		1		1	
Erwin Lucas	E		1		1		1		1		1	
Vitalina Urbina	G		1		1		1		1		1	
Vicente Medina	A	1			1		1		1			
Petrona Funes	Z		1		1		1		1		1	
Jonathan hernandez	A	1					1					
Walter Perez	P	1			1		1				1	
Kenia Garrido	A	1	1		1	1	1	1	1	1	1	
Herlinda Escobar	T	1			1		1		1			
Nery Monzon	S		1			1		1			1	
Maria Morales	B	REHABILITACION				1		1		1		
Blanca Alvarez	U	REHABILITACION				1		1		1		
Angela Santos	K	REHABILITACION				1		1		1		
Agustina Morales	N	REHABILITACION					1					
Silvia Carias	R	REHABILITACION					REHABILITACION				1	
		8	5		6	8		9	8	5	8	6

Nota: elaboración propia.

## 4.8 Enero 2018

Dia	lun.	mar.	mier	jue.	vie	lun.	mar.	mier	jue.	vie	lun.	mar.	mier	jue.	vie	lun.	mar.	mier	TOTAL
Nombre de paciente	8	9	10	11	12	15	16	17	18	19	22	23	24	25	26	29	30	31	
Yolanda Hernandez	1		1		1	1		1		J	1		1	S	1	1		1	
Erwin Ecute	1				1	1				O	1			U	1	1			
Kenia Garrido	1	1	1	1	1	1	1	1	1	R	1	1	1	L	1	1	1	1	
Jonathan Hernandez	1					1				N	1			T		1			
Edwin lucas		1		1			1		1	A		1		A				1	
Nieves Perez			1	1			1		1	D		1						1	
Petrona Funes			1	1			1		1	A		1						1	
Luisa Martinez	1		1		1	1		1		E	1		1			1		1	
Maria Morales		1		1			1		1	D		1						1	
Nery Monzon			1		1		1			E		1			1		1		
Angela Santos				1	1			1		A			1		1			1	
Andres Chajon				1				1		P			1					1	
Rachela Ajanel					1	1				R	1				1	1			
Juana Cruz							1		1	O		1						1	
Jonny Del Cid								1		F			1						1
Marlem Corado										A	1								
Adelso Francisco										M								1	
Fredy Pelen																		1	
	5	6	5	5	7	6	7	6	6	0	6	8	6	0	6	6	9	6	100

Nota: elaboración propia.

## 4.9 Febrero 2018

Dia	jue.	vie	lun.	mar.	mier	jue.	vie	lun.	mar.	mier	jue.	vie	lun.	mar.	mier	jue.	vie	lun.	mar.	mier	TOTAL
Nombre del paciente	1	2	5	6	7	8	9	12	13	14	15	16	19	20	21	22	23	26	27	28	
Petrona Funes	1			1					1		1			1		1				1	
Angela Santos	1										1				1						
Jonathan Hernandez	1		1					1				1						1			
Edwin Lucas	1			1					1		1			1		1			1		
Yolanda Hernandez		1	1					1		1		1	1		1		1	1		1	
Kenia Garrido	1	1	1	1				1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Erwin Ecute		1	1					1				1	1				1	1			
Nieves perez	1			1					1		1			1		1			1		
Pablo Lopez			1					1		1			1		1			1		1	
Fredy Pelen			1					1			1		1					1			
Carina Rivas			1					1		1		1	1		1		1	1		1	
Luisa Martinez	1	1	1	1				1	1	1	1	1					1	1			
Francisco Gomez								1			1		1			1		1			
Axel Perez									1												
Candelaria Tepeque			1	1						1				1						1	
Olivia Castro	1										1				1						
Fernanda Montenegro										1	1	1		1	1		1				
Diego Perez		1		1						1		1		1			1			1	
Jonny Del Cid										1					1						1
Andres Chajon										1					1						1
Norma Barrios													1								
Victoria Gonzales														1							
Hugo Tahuite																		1			
Didier Juarez																			1		
Abigail Lorenzo																					1
Valerin Najarro																					1
Yenifer Perez																					1
	8	6	8	7	0	0	0	9	7	9	9	7	9	8	7	7	7	9	7	8	132

Nota: elaboración propia.

### 4.10 Marzo 2018

Día	jue.	vie	lun.	mar.	mier	jue.	vie	lun.	mar.	mier	jue.	vie	lun.	mar.	mier	jue.	vie	lun.	mar.	mier	jue.	vie.	TOTAL
Nombre del paciente	1	2	5	6	7	8	9	12	13	14	15	16	19	20	21	22	23	26	27	28	29	30	
Pablo Lopez	1					1			1					1		1							
Angela Santos	1					1			1					1		1							
Petrona Funes	1					1			1					1		1							
Norma Barrios	1					1			1					1		1							
Carina Rivas	1					1			1					1		1							
Candelaria tepeque	1					1			1					1		1							
Valerin Najarro	1					1			1					1		1							
Yenifer Alvarez	1					1																	
Nieves perez		1						1					1										1
Luisa Martinez		1						1	1				1				1						1
Yolanda Hernandez		1				1		1	1			1				1							1
Erwin Ecute		1						1	1				1										1
Juana Machado		1						1			1				1		1						1
Francisco Tahuite						1		1			1			1			1						1
Andres Chajon						1					1					1							1
Kenia Garrido		1	1			1	1	1	1	1	1		1		1	1	1	1	1	1	1	1	1
Salomon Alvarez								1	1				1										1
Carlos Hernandez								1	1							1							1
Clara Guzman																	1						
Demetria Rosales																							1
	10	5	0	0	5	10	8	6	9	6	0	7	0	9	6	10	9	0	0	0	0	0	100

Nota: elaboración propia.

### 4.11 Abril 2018

Día	lun.	mar.	mier	jue.	vie	lun.	mar.	mier	jue.	vie	lun.	mar.	mier	jue.	vie	lun.	mar.	mier	jue.	vie	lun.	TOTAL
Nombre del paciente	2	3	4	5	6	9	10	11	12	13	16	17	18	19	20	23	24	25	26	27	30	
Nieves perez		1		1			1		1			1		1		1		1		1		
Luisa Martinez	1		1	1	1	1		1	1	1	1		1	1	1	1		1	1	1	1	1
Yolanda Hernandez	1		1		1	1		1		1	1		1		1	1		1		1	1	1
Erwin Ecute	1				1	1				1	1				1	1					1	1
Juana Machado		1		1			1		1			1		1		1		1		1		
Francisco Tahuite		1		1			1		1			1		1		1		1		1		
Andres Chajon			1					1					1					1				
Kenia Garrido	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Carlos Hernandez	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1												
Clara Guzman		1		1			1		1			1		1			1		1			
Demetria Rosales	1		1			1		1		1			1			1		1		1		1
Angeline Lino	1					1					1					1						1
Silvia Ortiz			1		1			1		1			1		1			1		1		
Silvia Escalante	1	1	1	1	1																	
Joel Herrera	1		1	1	1	1		1		1	1		1	1	1	1		1		1		
Blanca Alvarez		1		1			1		1			1		1		1		1		1		
Estela Concua	1		1			1		1		1			1		1		1		1			1
Concepción Berduo										1	1				1	1					1	1
Enilse Rios														1	1	1	1	1	1	1	1	1
Shirley Chavez																	1				1	
Esperanza Lopez																				1	1	1
	10	8	10	8	8	9	7	9	7	7	9	6	9	7	8	10	9	9	8	9	10	177

Nota: elaboración propia.

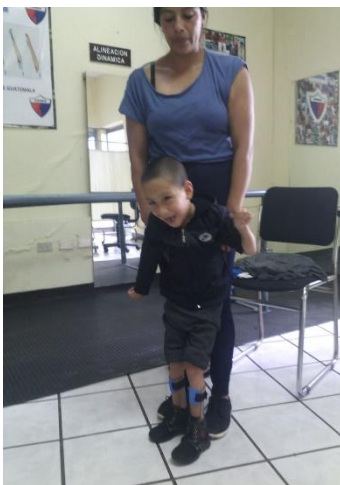
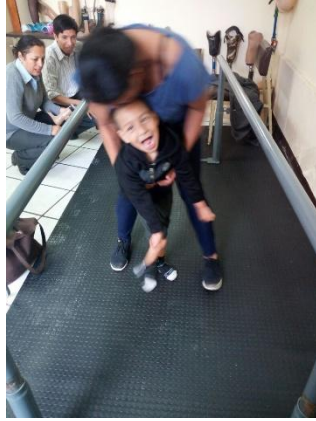
### 4.12 Mayo 2018

Día	Mar.	Mier.	Jue.	Vie.	Lun.	Mar.	Mier.	Jue.	Vie.	Lun.	Mar.	Mier.	Jue.	Vie.	Lun.	Mar.	Mier.	Jue.	Vie.	Lun.	Mar.	Mier.	Jue.	TOTAL											
Nombre de pacientes	1	2	3	4	7	8	9	10	11	14	15	16	17	18	21	22	23	24	25	28	29	30	31												
Nieves perez	1		1			S U P E N D I C I O N P O R E N F E R M E D A D											1			1		1		1		1		1							
Jonathan Hernandez					1																				1						1				
Luisa Martinez			1		1																		1		1		1		1		1		1		
Erwin Ecute					1																			1	1					1	1				
Juana Machado	1			1																				1			1					1		1	
Andres Chajon			1																								1							1	
Clara Guzman	1			1																						1		1				1		1	
Blanca Alvarez			1		1																						1		1					1	
Estela Concuca	1				1																					1				1		1			
Concepción Berduo	1	1	1	1	1																						1		1		1		1		1
Shirley Chavez			1		1																						1		1		1		1		
Esperanza Lopez	1			1																						1			1			1		1	
Irma Catalán	1			1																							1		1			1		1	
Gloria Arevalo																											1		1					1	
Corilia Porres																												1							
Elsa García																													1	1	1	1	1	1	1
Medardo Zacarias																			1	1	1	1	1	1											
Jonathan Rosales																			1	1			1		1										
Juan Alberto Alvarez																			1			1	1		1										
Yeilin Castillo																				1		1		1											
	7	5	6	6	5	0	0	0	0	0	0	0	5	6	8	6	8	10	7	9	7	9	9	8	121										

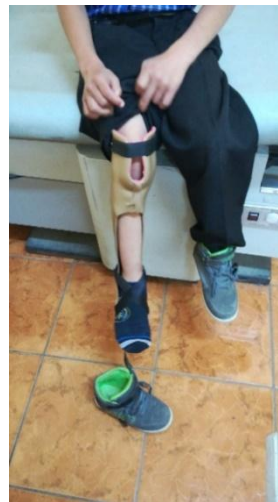
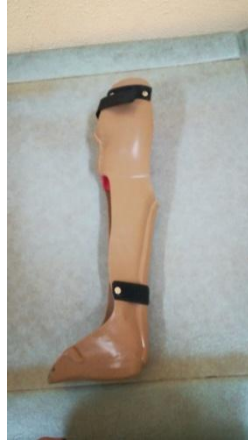
Nota: elaboración propia.

## 5. Imágenes de donaciones y de actividades

Jonathan Hernández Machado de 7 años; Diagnostico: Parálisis Cerebral Infantil.  
Donación por parte del CADEG de AFO de buena postura a 90° para ambos pies y férulas anti espásticas para miembros superiores.



Jonathan Del Cid de 11 años, Diagnostico: Parálisis Cerebral Infantil Donación por parte del CADEG afos de buena postura rodilla y tobillo para des rotación de miembro inferior



derecho.



María Luisa Martínez de 66 años, Diagnostico: Evento Cerebrovascular. Recibió donación del CADEG un AFO y una férula de buena postura para su funcionalidad, además de recibir una silla de ruedas por parte del Club de Leones de Guatemala.





Consultas médicas con el médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación.







Taller: "Club de embarazadas"

Pacientes en Clínica Municipal de Fisioterapia.



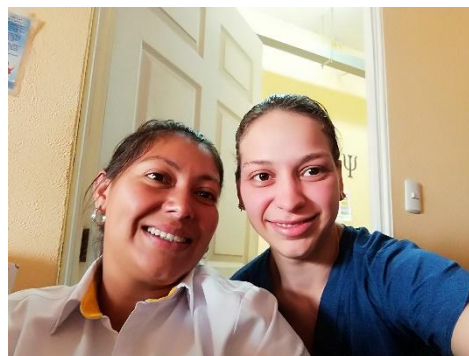
Jornada en la aldea El Zapote San José Pinula, se realizó un barrido de discapacidad encontrando 7 pacientes con la misma, y concientización de como incluirlos en la



sociedad.



## 6. Equipo multidisciplinario





## 7. Imágenes de las Instalaciones y equipos.

