

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL**



MEMORIA DE TRABAJO DE PASANTÍA DE PRÁCTICA PROFESIONAL.

TEMA:

“INTERVENCIÓN DE FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL A PACIENTES CON AFECCIONES NEUROLÓGICAS, MUSCULOESQUELÉTICAS Y OSTEOARTICULARES A TRAVÉS DE LAS TÉCNICAS DE CINESIOTERAPIA Y LAS ONCE CATEGORÍAS DE ACTIVIDADES LA VIDA DIARIA QUE SE ATIENDEN EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN Y ESTIMULACIÓN TEMPRANA CREE-T DE LA CLÍNICA MUNICIPAL DE SAN SALVADOR ESTE, EN EL PERIODO DE JULIO A DICIEMBRE 2025”

PRESENTADO POR:

BR. LUIS FERNANDO PEÑA PÉREZ

**Para optar al Grado de Licenciatura en Fisioterapia y Terapia
Ocupacional.**

DOCENTE ASESOR:

LIC. ELVIS ROMEL GALDÁMEZ LÓPEZ

SAN SALVADOR, EL SALVADOR, 22 DE ENERO 2026

Ing. Juan Rosa Quintanilla

Rector de la Universidad

Doctora Evelyn Beatriz Farfán Mata

Vicerrectora Académica

Maestro Roger Armando Arias Alvarado

Vicerrector Administrativo

Lic. Pedro Rosalío Escobar Castaneda

Secretaría General

Doctor Saúl Díaz Peña

Decano

Licenciado Franklin Arnulfo Méndez Duran

Vicedecano

Licenciado Roberto Carlos Hernández Marroquín

Secretario

Maestra Mónica Raquel Ventura De Ramos

Directora de Escuela de Ciencias de la Salud

Mpc. María del Carmen Merino de Lozano

Directora de la Carrera de Fisioterapia y Terapia Ocupacional

TRABAJO DE GRADO APROBADO POR:

Mpc. Elvis Romel Galdámez López

Docente Asesor de Procesos de Graduación

Mpc. Ana Catalina Mejía de Guardado

Coordinadora General de Procesos de Grado

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO I:.....	2
1.1 PLANTEAMIENTO DE LA OPORTUNIDAD O NECESIDAD DEL TRABAJO:	2
1.2 JUSTIFICACION	4
1.3 OBJETIVOS.....	6
Objetivo General:	6
Objetivos Específicos:	6
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	7
2.1 MARCO REFERENCIAL	7
2.2 MARCO TEORICO:.....	7
1. Ejercicio Terapéutico	9
2. Terapia Manual	10
3. Electroterapia.....	10
4. Termoterapia y Crioterapia.....	11
5. Hidroterapia.....	11
6. Técnicas de Reeducción Neuromuscular	11
Teoría Neurodesarrollativa (NDT/Bobath)	1
7. Fisioterapia Respiratoria	1
8. Vendajes Terapéuticos.....	1
Terapia ocupacional.....	3
1. Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional y Compromiso (CMOP-E)	3
2. Modelo de Ocupación Humana (MOHO).....	3
3. Modelo de Adaptación Ocupacional (OA).....	4
4. Modelo del Proceso de Intervención en Terapia Ocupacional (OTIPM).....	4
5. Modelo de Desempeño Ocupacional – Australia (OPM-A)	4

6. Modelo del Proceso de Desempeño Ocupacional (OPPM)	4
7. Modelo Kawa (Modelo del Río).....	4
8. Modelo Biopsicosocial.....	4
Alimentación	6
2.3 MARCO PATOLOGICO	1
Neurodesarrollo normal.	1
Sistema Nervioso Periférico (SNP)	5
1. Nervios Craneales (12 pares)	5
2. Nervios Espinales o Raquídeos (31 pares)	6
3. Ganglios nerviosos	6
4. Sistema Nervioso Autónomo (SNA)	6
Parálisis cerebral.....	7
El retraso psicomotor.	7
Parálisis de Erb.....	8
Accidente cerebrovascular (ACV)	9
Síndrome de Guillain-Barré.....	10
Cervicalgia.	11
Lumbalgia	2
Artrosis.....	2
Tenosinovitis	3
Hombro Doloroso.....	3
Esguince	5
Escoliosis	6
Lumbociática.....	7
Cuadro resumen de Patologías.	8
MG30.2 - Hernia del disco intervertebral	12
CAPÍTULO III: METODOLOGIA.....	16

Metodología específica:	17
PLAN OPERATIVO DE EVALUACION DE FISIOTERAPIA	18
PLAN DE ACCIÓN DE PASANTÍA PRÁCTICA PROFESIONAL	20
PLAN OPERATIVO DE INTERVENCION EN FISIOTERAPIA	20
PLAN DE ACCIÓN DE PASANTÍA PRÁCTICA PROFESIONAL	26
PLAN OPERATIVO DE EVALUACION DE TERAPIA OCUPACIONAL.....	26
PLAN DE ACCIÓN DE PASANTÍA PRÁCTICA PROFESIONAL	29
PLAN OPERATIVO DE INTERVENCION EN TERAPIA OCUPACIONAL	29
PLAN OPERATIVO DE EDUCACION PARA LA SALUD.	50
Contribución del trabajo	52
RECURSOS:	52
LIMITANTES:	53
CAPITULO IV	55
PRESENTACION DE RESULTADOS.....	55
Tabla 1. Distribución de la población por grupo etario atendido:	56
Tabla 2. distribución de población por sexo.....	57
Tabla 3. Distribución de personas según domicilio	58
Tabla 4. Distribución de personas según domicilio.....	59
.....	59
Tabla 5. Distribución de población según diagnostico	60
Tabla 6. Distribución de las modalidades de tratamiento Fisioterapia	62
Tabla 7. Distribución de las modalidades de tratamiento en Terapia ocupacional.....	64
Tabla 8. pacientes atendidos en Fisioterapia y Terapia ocupacional	66
Tabla 9. Cantidad de ingresos de pacientes por mes.	67
Tabla 10. Cantidad total de pacientes atendidos por mes.	68
Tabla 11. Cantidad de tipos de Alta	69
Tabla 12. Ejecución del plan de acción de educación para la salud.	70

CAPITULO V 71

 5.1 CONCLUSIONES 71

 5.2 RECOMENDACIONES 72

 5.3 ANEXOS 73

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES..... 73

 Referencias Bibliográficas: 77

INTRODUCCIÓN

La atención integral en fisioterapia y terapia ocupacional es un elemento esencial y relevante en los sistemas de salud particularmente en situaciones donde las demandas de rehabilitación física y funcional son elevadas y los recursos son escasos.

En San Salvador Este, tanto la Clínica Municipal de Soyapango como su Centro de Rehabilitación y Estimulación Temprana (CREET), situado en el distrito de Ilopango, ofrecen servicios sin costo a una población en situación de vulnerabilidad que padece una variedad de afecciones neurológicas, musculoesqueléticas y osteoarticulares.

La ejecución de este proyecto de prácticas profesionales surge como respuesta a la necesidad de mejorar las intervenciones terapéuticas en el CREET, a través de la puesta en marcha de un programa de atención en fisioterapia y terapia ocupacional fundamentado en técnicas de cinesioterapia y en la utilización de las once categorías de Actividades de la Vida Diaria (AVD), identificadas como instrumentos esenciales para promover la autonomía funcional del paciente.

Esta propuesta tuvo como objetivo no solo optimizar los resultados clínicos de los usuarios, sino también robustecer el modelo de cuidado comunitario desde una perspectiva interdisciplinaria, humana y enfocada en el paciente. El proyecto se llevó a cabo de julio a diciembre de 2025, con el objetivo principal de aplicar intervenciones efectivas que traten de forma holística las condiciones clínicas de los pacientes, fomentando su implicación activa en la vida diaria y mejorando su calidad de vida. Además, se busca registrar los resultados alcanzados y establecer fundamentos metodológicos para implementar una intervención eficaz.

CAPITULO I:

1.1 PLANTEAMIENTO DE LA OPORTUNIDAD O NECESIDAD DEL TRABAJO:

1.1 PLANTEAMIENTO DE LA OPORTUNIDAD O NECESIDAD DEL TRABAJO:

La ejecución de la pasantía de práctica profesional como personal de la Clínica Municipal de Soyapango al Centro de Rehabilitación y Estimulación Temprana (CREET), ubicado en San Bartolo, Ilopango, mejoro la atención brindada en fisioterapia y terapia ocupacional a una población diversa de adultos y niños que presentaron patologías neurológicas, musculoesqueléticas y osteoarticulares. Esta cobertura se extendió también a comunidades de distrito de Tonacatepeque, mediante jornadas médicas que se realizan semanalmente.

Por medio de un estudio de percepción realizado en octubre de 2024, cuando se llevó a cabo la práctica clínica del módulo X de la carrera de licenciatura en fisioterapia y terapia ocupacional, se identificó necesidades que se trataron con la ejecución de las pasantías de prácticas profesionales con el fin de estructurar y optimizar las intervenciones terapéuticas las cuales se brindaron, con enfoques funcionales y centrados en el desempeño ocupacional y la independencia del paciente, lo cual se buscó abordar con las técnicas de cinesioterapia y las actividades de la vida diaria.

Los pacientes adultos y niños que acudieron al CREET presentaron una amplia gama de condiciones de salud (tal como parálisis cerebral, síndrome del espectro autista, accidentes cerebrovasculares, Guillain Barré, parálisis facial, artrosis de rodilla, lumbalgias, y rehabilitación postquirúrgica, entre otras). Estas patologías requiere un abordaje interdisciplinario, ya que la Organización Mundial de la Salud (OMS) aborda de manera directa o indirecta cada una de las condiciones que se mencionan, dentro del marco más amplio de la salud neurológica, musculoesquelética y de rehabilitación, que no solo atiende el dolor o la limitación del movimiento,

sino que también promueva la funcionalidad en actividades de la vida diaria (AVD), permitiendo una participación activa en su entorno personal, familiar y comunitario. Actualmente, se observa que, aunque se aplican técnicas de cinesioterapia y algunas estrategias de terapia ocupacional, no existe una articulación clara entre estas intervenciones y las once categorías de AVD, reconocidas como marco estructural para valorar y fomentar la autonomía del paciente. Esta falta de integración metodológica limita el impacto de los tratamientos, ya que no se abordan de manera holística las necesidades reales de los usuarios niños y adultos, ni se prioriza la funcionalidad como eje de la rehabilitación.

Además, la atención que alcanzaba un promedio de 140 atenciones mensuales se aumento de manera significativa a más de 200 , las cuales se dividen en pacientes adultos y niños, los cuales se desglosan en una población que eran 6 niños, con una totalidad de usuarios de 42 del sexo femenino y 20 masculino, a la que se sumaron 16 niños y 53 adultos, lo cual fue de beneficio con la llegada de un recurso humano más al Centro de Rehabilitación y Estimulación Temprana (CREE-T). Por lo general, la variedad de condiciones de salud hizo necesario contar con una metodología bien definida que permitió a los profesionales de fisioterapia y terapia ocupacional intervenir con base en criterios estandarizados, funcionales y medibles, optimizando así el tiempo y los recursos disponibles con respecto a la demanda.

Por lo tanto, la ejecución de la pasantía de practica profesionales desarrolló un abordaje que combinó técnicas de cinesioterapia y estrategias de intervención ocupacional enfocadas a pacientes adultos y niños, estructurado a través de las once categorías de actividades de la vida diaria, con el fin de mejorar la efectividad terapéutica, favoreciendo la independecia funcional del paciente y fortalecer la atención integral brindada en el CREET durante el periodo de julio a diciembre de 2025.

1.2 JUSTIFICACION

Este trabajo de grado de pasantías de prácticas profesionales se ejecutó como una respuesta a la necesidad detectada a través del estudio de percepción, donde la demanda creciente de atención integral, sumada a la escasez de recursos humanos disponibles para el sector de la rehabilitación física y funcional, fue necesaria para los pacientes adultos y niños con afecciones neurológicas, musculoesqueléticas y osteoarticulares que acuden al Centro de Rehabilitación y Estimulación Temprana (CREET), situado en San Bartolo, Ilopango.

La implementación del tema de prácticas profesionales centradas en las técnicas de cinesioterapia y las once categorías de las actividades cotidianas en la institución CREET fue valorada positivamente por las autoridades durante su ejecución, dado que benefició de forma más directa a la población para un mayor nivel de atención. Este centro ofrece servicios sin costo a una población extremadamente vulnerable, en la que se brindó tratamiento a un promedio de 32 pacientes semanales con diferentes condiciones de salud que necesitaban intervenciones especializadas en fisioterapia y terapia ocupacional.

Algunas de las patologías más comunes incluyeron trastornos del sistema nervioso central y periférico (Accidentes cerebrovasculares, parálisis cerebral, parálisis facial, además de trastornos del sistema musculoesquelético y osteoarticular (cervicalgias, lumbalgias, artrosis, lesiones traumáticas y postoperatorias, entre otros). Sin embargo, a pesar del gran número de pacientes y la complejidad de sus situaciones clínicas, la mejoraría y el beneficio para la población se logró alcanzando un mayor número de atenciones y, por ende, más beneficiados para mejorar su calidad de vida.

Por esta razón, este estudio se basó en la necesidad de evaluar y aplicar la intervención de fisioterapia y terapia ocupacional mediante la implementación de las once categorías de Actividades de la Vida Diaria (AVD), que facilitan la valoración y atención integral de las habilidades funcionales de los pacientes en su ambiente real. De igual manera, el empleo de métodos de cinesioterapia como elemento esencial del tratamiento físico tenía como objetivo

potenciar el movimiento, la fuerza, la coordinación y la autonomía funcional del paciente, favoreciendo su rehabilitación completa. Desde un enfoque científico y académico, la ejecución de la pasantía de práctica profesional brindó una oportunidad importante para producir conocimiento aplicado, relacionado directamente con el entorno comunitario y para fortalecer el modelo de atención primaria en salud, fusionando las disciplinas de fisioterapia y terapia ocupacional con un enfoque enfocado en la funcionalidad y la calidad de vida. Por otro lado, también permitió destacar la relevancia de la intervención colectiva y estructurada en los servicios de rehabilitación de primer nivel, fomentando tácticas de atención que se adapten a las circunstancias locales y que se adecuen a criterios técnicos, éticos y humanos.

Finalmente, estas intervenciones no solo ayudaron a registrar el efecto de las acciones llevadas a cabo durante el periodo de julio a diciembre 2025, sino también a definir directrices y sugerencias que facilitaron la mejora y consolidación del cuidado proporcionado en el CREET, favoreciendo a largo plazo a la población atendida y reforzando la función de la fisioterapia y la terapia ocupacional en los sistemas sanitarios municipales.

1.3 OBJETIVOS.

Objetivo General:

Implementar un programa de intervención en fisioterapia y terapia ocupacional para pacientes con afecciones neurológicas, musculoesqueléticas y osteoarticulares en el Centro de Rehabilitación y Estimulación Temprana (CREET) de la clínica municipal de San Salvador este, durante el periodo de julio a diciembre de 2025.

Objetivos Específicos:

1. Evaluar por medio del MIF y PTO las principales afecciones neurológicas, musculoesqueléticas y osteoarticulares tratadas en el CREET.
2. Ejecutar técnicas de cinesioterapia para cada categoría de afección neurológica, musculoesquelética y osteoarticulares que presenten lo pacientes que asisten al centro de rehabilitación CREET.
3. Aplicar estrategias de intervención desde la terapia ocupacional orientada hacia la mejora de la autonomía de actividades de la vida diaria.
4. Desarrollar sesiones educativas dirigidas a la prevención de complicaciones secundarias y el manejo en su hogar de las afecciones neurológicas, musculoesqueléticas y osteoarticulares de la población que asiste a CREE-T.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 MARCO REFERENCIAL

La clínica municipal de Soyapango según datos de registro es una clínica parte de la alcaldía de municipio de San Salvador este en el cual está constituido por cuatro distritos los cuales son Soyapango, San Martín, Tonacatepeque e Ilopango.

Dentro de este proyecto en el año 2023 nace el centro de rehabilitación y estimulación temprana, el cual es un centro de rehabilitación física y ocupacional ubicado en el distrito de Ilopango, como iniciativa del ex alcalde del municipio Licenciado José Chicas.

Dicho centro de rehabilitación beneficia a la población que reside en cualquiera de los cuatro distritos que pertenecen a San Salvador este, a lo largo de casi estos dos años de funcionamiento fue la primera vez que firmaron un convenio en donde acepten la realización de un proceso de grado en este caso pasantías de práctica profesional de estudiantes de la carrera de licenciatura en fisioterapia y terapia ocupacional, de la Universidad de El Salvador.

2.2 MARCO TEORICO:

Antecedentes históricos de la rehabilitación de El Salvador:

Historia de la Fisioterapia Y Terapia Ocupacional en El Salvador

En El Salvador se comienza a hablar de la rehabilitación entre la década de 1950 a 1960, cuando el país se ve afectado por una epidemia de poliomielitis y niños con parálisis cerebral, la falta de una institución especializada para brindar atención a las personas con discapacidad lleva a un grupo de nobles ciudadanos a darle vida el 25 de noviembre de 1957 a la Asociación Salvadoreña de Rehabilitación. En estos primeros pasos dentro del campo de la rehabilitación el experto estadounidense David Amato propuso tres puntos fundamentales:

- Entrenamiento en el exterior

- Divulgación del concepto de rehabilitación para despertar el interés del público y del gobierno en esta rama de la medicina.
- La creación de un centro integral nacional de rehabilitación.

La Asociación Salvadoreña de Rehabilitación con el gobierno de José María Lemus gestionó becas a médicos para estudiar Medicina Física y Rehabilitación en Estados Unidos; además se envió a un Ingeniero a estudiar para fabricar aparatos ortopédicos.

También se enviaron a México a seis enfermeras graduadas a estudiar fisioterapia, dos profesoras a estudiar terapia ocupacional, dos profesoras a estudiar terapia de lenguaje y cuatro jóvenes a estudiar fabricación aparatos ortopédicos y miembros artificiales.

En 1960 regresan al Hospital Rosales recién creado el Departamento de Medicina física y Rehabilitación. La asociación de Rehabilitación solicita al director Cívico Militar la promulgación de una ley, creando ISRI, Ley que fue aprobada y publicada en el diario Oficial del 27 de diciembre de 1961. En 1959 el Dr. Ramón Quintanilla especializado en medicina física inicia la labor del servicio de fisioterapia. El 13 de septiembre de 1968 el departamento de Medicina Física del Hospital Rosales pasa a formar parte de ISRI.

La Escuela de Fisioterapia fue fundada en el ISRI, a nivel de estudios superiores, la cual tenía un periodo de duración de dos años y Terapia Ocupacional duraba un año, al poco tiempo se abrió el Centro de Parálisis Cerebral y una de las terapeutas ocupacionales, Blanca Hernández se trasladó a dicho centro. A mediados de la década del 60, fueron traídas por el ISRI 3 terapeutas de Argentina; una de terapia de lenguaje, una en fisioterapia y una en terapia ocupacional, estas terapeutas abrieron cursos de capacitación en las tres especialidades.

En el centro de Parálisis Cerebral aumentaron a 3 las terapeutas ocupacionales, en el centro del aparato locomotor dos recursos, del mismo curso se seleccionaron dos personas para que estudiaran la carrera completa en Buenos Aires, Argentina, ellas fueron Anabella Villacorta y Maricela Ramos. Un año después se fueron otras tres personas: Ena Herrador, Evelyn Vargas y Silvia Reyna.

A lo largo de los años se fueron viendo cambios significativos para la Fisioterapia y terapia ocupacional:

- En 1976 se inicia la Terapia Ocupacional en el Seguro Social con la T.O Maricela Ramos de Alcoleas.
- En 1973 la Carrera de Fisioterapia pasa a formar parte de la Escuela de Tecnología Médica de la Universidad de El Salvador, formando profesionales con el título de Tecnólogo en Fisioterapia.
- En 1992 la Carrera de Fisioterapia de la Universidad de El Salvador cambió su currículum, incorporando la disciplina de Terapia Ocupacional con la terapeuta ocupacional Maricela Ramos de Alcoleas.
- En el año de 1998 de la Universidad sacó su primera promoción de Licenciados en Fisioterapia y Terapia Ocupacional.

Concepto de Fisioterapia

La fisioterapia es una disciplina de las ciencias de la salud encargada de prevenir, tratar y rehabilitar alteraciones del movimiento y la función física del cuerpo humano, causadas por lesiones, enfermedades o discapacidades. Su objetivo principal es restaurar, mantener y promover la funcionalidad, la movilidad y la calidad de vida del paciente mediante el uso de agentes físicos (como el ejercicio terapéutico, la electricidad, el calor, el frío, el agua, entre otros) y técnicas manuales. A continuación, se mencionan las principales:

1. Ejercicio Terapéutico

Es el uso planificado, sistemático y progresivo del movimiento corporal con el objetivo de restaurar, mejorar o mantener la función física, la fuerza, la movilidad y el equilibrio. Se adapta a las necesidades de cada paciente.

- Fortalecimiento muscular
- Movilización articular activa y pasiva

- Estiramientos
- Reeducción postural
- Propiocepción y equilibrio
- Marcha y entrenamiento funcional

2. Terapia Manual

Conjunto de técnicas aplicadas con las manos del fisioterapeuta para movilizar tejidos blandos y estructuras articulares. Busca aliviar el dolor, mejorar la movilidad, reducir contracturas y normalizar la función.

- Masoterapia (masaje terapéutico)
- Movilizaciones articulares
- Manipulaciones
- Liberación miofascial
- Drenaje linfático manual

3. Electroterapia

Uso de corrientes eléctricas y otros agentes físicos para tratar el dolor, estimular músculos, reducir inflamaciones y promover la regeneración tisular. Es una herramienta complementaria a otras técnicas.

- TENS (electroanalgesia)
- EMS (electroestimulación muscular)
- Ultrasonido terapéutico
- Láser de baja intensidad
- Magnetoterapia

4. Termoterapia y Crioterapia

Terapias que emplean el calor o el frío con fines terapéuticos. La termoterapia aumenta el flujo sanguíneo y relaja los músculos; la crioterapia reduce el dolor, la inflamación y el espasmo muscular.

- Compresas calientes
- Parafina
- Crioterapia local o general
- Baños contrastados

5. Hidroterapia

Uso del agua como medio terapéutico para facilitar el movimiento, reducir la carga articular, mejorar la circulación y relajar la musculatura. Es ideal para rehabilitación temprana y pacientes con dolor.

- Ejercicios en piscina terapéutica
- Baños de inmersión
- Chorros a presión
- Flotación y movilización asistida

6. Técnicas de Reeducción Neuromuscular

Métodos específicos para mejorar la activación neuromuscular, la coordinación y el control motor en personas con afecciones del sistema nervioso central o periférico. Se basan en la neuroplasticidad.

- Facilitación Neuromuscular
- Propioceptiva (FNP)
- Bobath
- Vojta
- Rood
- Método Kabat

Teoría Neurodesarrollativa (NDT/Bobath)

El concepto Bobath respalda intervenciones fisioterapéuticas dirigidas a personas con alteraciones del sistema nervioso central, tales como parálisis cerebral o accidente cerebrovascular, condiciones frecuentes en los pacientes del CREET. Su aplicación busca modular el tono muscular y promover patrones motores funcionales, lo cual facilita la ejecución de AVD y potencia los logros en la rehabilitación integral.

7. Fisioterapia Respiratoria

Intervenciones que tienen como objetivo mejorar la función pulmonar, eliminar secreciones, aumentar la capacidad vital y disminuir el trabajo respiratorio en Pacientes con enfermedades respiratorias agudas o crónicas.

- Drenaje postural
- Percusiones y vibraciones
- Ejercicios de expansión torácica
- Técnicas de tos asistida
- Entrenamiento de músculos respiratorios

8. Vendajes Terapéuticos

Aplicación de vendajes con fines terapéuticos, como estabilizar articulaciones, disminuir edemas, activar la musculatura o corregir patrones de movimiento. Se personaliza según el diagnóstico y objetivo clínico.

- Vendaje funcional
- Vendaje neuromuscular (kinesiotape)
- Vendaje compresivo (linfedema)

La cinesioterapia como pilar de la fisioterapia

La cinesioterapia es el conjunto de técnicas que utilizan el movimiento como medio terapéutico. Se divide en activa (realizada por el paciente), pasiva (aplicada por el terapeuta) y asistida (combinación de ambas), y tiene como objetivo restaurar la función motora, fortalecer la musculatura, recuperar rangos articulares y prevenir complicaciones (Fernández & Morales, 2019).

Principios de la Cinesioterapia

La cinesioterapia, como eje en fisioterapia, se fundamenta en el uso del movimiento con fines terapéuticos para restaurar funciones alteradas por lesiones neurológicas, musculoesqueléticas u osteoarticulares. La combinación de técnicas activas, pasivas y asistidas permite la mejora del tono muscular, la coordinación, el rango articular y la independencia funcional, convirtiéndose en un componente indispensable del tratamiento integral ofrecido en el Centro de rehabilitación y estimulación temprana (CREE-T).

Cinesioterapia como pilar de la fisioterapia

La cinesioterapia es el conjunto de técnicas que utilizan el movimiento como medio terapéutico. Se divide en activa (realizada por el paciente), pasiva (aplicada por el terapeuta) y asistida (combinación de ambas), y tiene como objetivo restaurar la función motora, fortalecer la musculatura, recuperar rangos articulares y prevenir complicaciones (Fernández & Morales, 2019).

En el contexto del Centro de rehabilitación y estimulación temprana (CREE-T) es fundamental ya que es parte del tratamiento afecciones tanto neurológicas como músculo esqueléticas y articulares por su papel directo en la movilidad y la funcionalidad siendo dicha aplicación vinculada directamente con las actividades de la vida diaria.

Fisioterapia y su rol en la rehabilitación integral

La fisioterapia es una disciplina de las ciencias de la salud centrada en el movimiento corporal humano y encargada de promover, prevenir, tratar y rehabilitar alteraciones del movimiento y la

función física mediante el uso de agentes físicos, ejercicios terapéuticos y técnicas manuales. Su intervención es clave en pacientes con afectaciones neurológicas, musculoesqueléticas y osteoarticulares, contribuyendo a mejorar la movilidad, reducir el dolor y restaurar la independencia funcional (World Confederation for Physical Therapy [WCPT], 2023).

Desde un enfoque centrado en la funcionalidad, la fisioterapia no solo busca la resolución de síntomas, sino también la recuperación del desempeño en las actividades de la vida diaria (Martínez & Gómez, 2020). En el contexto del CREET, este enfoque es particularmente necesario dada la diversidad de patologías y la necesidad de estrategias personalizadas y dosificadas de acuerdo con cada evaluación y posterior tratamiento.

Terapia ocupacional.

La terapia ocupacional es una profesión centrada en el cliente que promueve la salud y el bienestar a través de la ocupación. El objetivo principal de la terapia ocupacional es permitir que las personas participen en las actividades de la vida diaria. Los terapeutas ocupacionales logran este resultado trabajando con personas y comunidades para mejorar su capacidad de participar en las ocupaciones que quieren, necesitan o se espera que realicen, o modificando la ocupación o el entorno para apoyar mejor su compromiso ocupacional. Según el libro de la Terapia ocupacional (*Willard & Spackman, 11ª ed., 2009*)

1. Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional y Compromiso (CMOP-E)

Relaciona la persona, la ocupación y el entorno para explicar la participación en actividades significativas. Recalca la espiritualidad como centro del ser y el uso del instrumento COPM para valorar el desempeño y satisfacción ocupacional.

2. Modelo de Ocupación Humana (MOHO)

Desarrollado por Gary Kielhofner. Explora cómo la volición, los hábitos/roles, las habilidades y el entorno influyen en la Ocupación. Considera la interacción dinámica entre estos componentes como base para evaluar e intervenir en el desempeño ocupacional.

3. Modelo de Adaptación Ocupacional (OA)

Creado por Schkade y Schultz. Se enfoca en el proceso por el cual una persona trabaja activamente para superar retos ocupacionales. Propone que el individuo usa su capacidad adaptativa para responder a las demandas de ocupaciones significativas.

4. Modelo del Proceso de Intervención en Terapia Ocupacional (OTIPM)

Desarrollado por Anne Fisher. Es un modelo de razonamiento profesional top-Down, centrado en la ocupación. Divide el proceso en: evaluación y metas, intervención y reevaluación, con métodos orientados a la ocupación. Se basa en el Transactional Model of Occupation (TMO), que enfatiza la interacción individual-situación como sistema inseparable.

5. Modelo de Desempeño Ocupacional – Australia (OPM-A)

Diseñado por Chapparo y Ranka. Enfatiza que la Terapia Ocupacional debe centrarse en el desempeño ocupacional desde una perspectiva sociocultural. Integra varios constructos: rol ocupacional, componentes del desempeño, entorno, espacio-tiempo, entre otros.

6. Modelo del Proceso de Desempeño Ocupacional (OPPM)

Derivado del OPM-A, profundiza en los procesos implicados en la realización de ocupaciones. Su foco clínico es desglosar el análisis del rendimiento ocupacional en etapas procesales.

7. Modelo Kawa (Modelo del Río)

Diseñado por Iwama, usa la metáfora del río para expresar la vida y experiencia ocupacional. Elementos simbólicos: agua (vida), rocas (obstáculos), troncos (recursos personales/sociales), orillas (entorno). Considera la cultura y la narrativa personal, subrayando una perspectiva integrada culturalmente.

8. Modelo Biopsicosocial

Basado en Engel, integra factores biológicos, psicológicos y sociales para comprender la Salud. Aplica un enfoque holístico en intervención, considerando al ser Humano en su contexto global.

Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)

La CIF, propuesta por la OMS, ofrece un marco teórico que permite comprender y abordar las afecciones neurológicas, musculoesqueléticas y osteoarticulares desde un enfoque biopsicosocial. Este modelo integra los componentes de salud (funciones y estructuras corporales), actividad y participación, facilitando la evaluación funcional del paciente en su contexto real. En el caso del CREET, la CIF es clave para guiar las intervenciones orientadas a la mejora de la participación en AVD y a la rehabilitación integral.

Este modelo teórico desarrollado por Gary Kielhofner sustenta la intervención en terapia ocupacional desde una perspectiva integral y centrada en el desempeño ocupacional. Considera que la participación en actividades significativas, como las Actividades de la Vida Diaria (AVD), es esencial para la salud y el bienestar. El MOH se convierte en un pilar conceptual para estructurar intervenciones centradas en la autonomía funcional del paciente, especialmente en aquellos con condiciones neurológicas o musculoesqueléticas atendidos en el CREET

Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional y Compromiso (CMOP-E)

El CMOP-E propone que la funcionalidad surge de la interacción entre la persona, el entorno y la ocupación. Esta propuesta refuerza el enfoque de tu investigación al permitir una planificación terapéutica que tome en cuenta las once categorías de las AVD, como medio para mejorar la independencia y la calidad de vida de los pacientes. En un contexto como el del CREET, donde se atiende a población vulnerable, este modelo proporciona una estructura para lograr intervenciones ajustadas al contexto familiar y comunitario.

Enfoque Centrado en el Paciente

Este enfoque representa una corriente contemporánea en fisioterapia y terapia ocupacional que prioriza la individualidad del usuario, considerando sus necesidades, intereses, metas funcionales

y contexto de vida. En el caso del CREET, el abordaje centrado en el paciente favorece intervenciones más efectivas, pues articula técnicas terapéuticas con las once categorías de AVD, garantizando un proceso más participativo, significativo y orientado a la autonomía del usuario.

Terapia ocupacional y desempeño funcional en las Actividades de la Vida Diaria

La terapia ocupacional es una disciplina que evalúa e interviene en la capacidad del individuo para participar de manera independiente y satisfactoria en la ocupación y parte de ella son las actividades de la vida diaria (AVD). Su campo de acción es amplio, pero tiene como eje central la funcionalidad del individuo dentro de su entorno físico y social (American Occupational Therapy Association [AOTA], 2020).

La intervención desde la terapia ocupacional incluye estrategias para mejorar el autocuidado, el manejo del hogar, el uso del tiempo libre y la productividad laboral o académica, adaptando tareas, entrenando funciones y promoviendo el uso de ayudas técnicas. En pacientes con afecciones neurológicas o musculoesqueléticas, este abordaje permite la restauración de la autonomía, evitando la dependencia y favoreciendo la inclusión (Pérez & Rivera, 2019).

Las once categorías de las Actividades de la Vida Diaria (AVD)

El modelo de las once AVD, propuesto por la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF) y adaptado por la AOTA, permite organizar la evaluación e intervención funcional. Las categorías son:

- | | |
|---|------------------------|
| 1. Baño y ducha | 3. Alimentación |
| 2. Control de esfínteres intestinal y vesical | 4. Vestido |
| | 5. Comer |
| 6. Movilidad funcional | 9. Actividad sexual |
| 7. Cuidado de dispositivos personales | 10. Sueño/descanso |
| 8. Higiene y aseo personal | 11. Higiene en el baño |

2.3 MARCO PATOLOGICO

Neurodesarrollo normal.

Desarrollo Motor Típico (0 días a 12 meses) - según Lois Bly

Neonato (0–10 días)

- Predominio de reflejos primitivos: succión, moro, prensión, búsqueda.
- Movimiento global, sin control voluntario.
- Cabeza cae hacia atrás si se levanta el tronco.
- Postura en flexión generalizada (posición fetal invertida).

1 Mes

- Sigue predominando tono flexor.
- Levanta ligeramente la cabeza en prono.
- Manos cerradas, prensión refleja presente.
- Movimientos aleatorios, sin propósito.

2 Meses

- Más simetría en extremidades.
- Inicia sostén de cabeza en prono.
- Manos comienzan a abrirse.
- Persistencia de RTCA, cabeza se inclina a un lado.

3 Meses

- Mejor control cefálico en línea media.

- Carga peso sobre antebrazos en prono.
- Lleva manos a la línea media y boca en supino.
- Sonrisa social más evidente.

4 Meses

- Control cefálico activo y simétrico.
- Levanta cabeza a 90° en prono.
- Manos a rodillas en supino, rotación de tronco.
- Inicio de reacciones de equilibrio.

5 Meses

- Apoyo sobre brazos extendidos en prono.
- Lleva pies a la boca en supino.
- Sedente con apoyo: mayor control troncal.
- Inicio de disociación de segmentos corporales.

6 Meses

- Chin-tuck activo, buen control postural.
- Carga peso sobre codos extendidos.
- Gira con control de supino a prono.
- Sedente sin apoyo con pelvis estable.
- Sostiene peso en bipedestación asistida.

7 Meses

- Consolida reacciones de equilibrio.
- Comienza a reptar y pivotar en prono.
- Gira con facilidad, control abdominal.

8 Meses

- Gateo recíproco, transiciones entre posturas.
- Sedente con piernas extendidas, rotación activa.
- Escala y explora el entorno activamente.

9–10 Meses

- Gateo maduro, movilidad independiente.
- Bipedestación con apoyo más estable.
- Transiciones complejas entre posiciones.
- Mayor manipulación fina y coordinación.

11–12 Meses

- Inicia marcha con ayuda o independiente.
- Disociación pelvis-tronco y mejor equilibrio.
- Explora activamente, lanza y recoge objetos.

Sistema Nervioso Central (SNC)

Definición según Kapandji:

El sistema nervioso central está compuesto por el encéfalo (cerebro, cerebelo y tronco encefálico) y la médula espinal. Es el **centro integrador principal**, encargado de recibir, procesar,

interpretar y responder a la información sensorial, así como de coordinar las funciones motoras y autónomas del organismo.

Función:

- Integra la información sensorial proveniente del entorno y del cuerpo.
- Coordina las respuestas motoras voluntarias e involuntarias.
- Regula funciones vitales como la respiración, el ritmo cardíaco y la conciencia.
- Es el asiento de funciones superiores como el pensamiento, la memoria y el lenguaje.
- **Sistema Nervioso Central (SNC)**
- El SNC está protegido por estructuras óseas (cráneo y columna vertebral) y compuesto por:
 - **1. Encéfalo**
 - Ubicado en la cavidad craneal, incluye:
 - **Cerebro:** Controla funciones cognitivas superiores (memoria, pensamiento, lenguaje, emociones).
 - **Diencéfalo:**
 - **Tálamo:** Estación de relevo sensorial.
 - **Hipotálamo:** Regula el sistema endocrino, la temperatura, el hambre y emociones.
 - **Tronco encefálico:**
 - **Mesencéfalo**
 - **Protuberancia (puente)**
 - **Bulbo raquídeo** (centros vitales: respiración, ritmo cardíaco).

- **Cerebelo:** Coordina el equilibrio y la precisión del movimiento.
- **2. Médula espinal**
- Se extiende desde el bulbo raquídeo hasta la región lumbar.
- Transmite información entre el cerebro y el resto del cuerpo.
- Es sede de **reflejos espinales**.

Nervioso Periférico (SNP)

Definición según Kapandji:

El sistema nervioso periférico está constituido por los nervios (pares craneales y nervios espinales) y ganglios que conectan el SNC con los órganos, músculos y piel. Funciona como **sistema de transmisión**, llevando información desde el cuerpo al SNC y viceversa.

Función:

- Conduce impulsos sensoriales desde los receptores hacia el SNC (función aferente).
- Transmite órdenes motoras desde el SNC hacia los músculos y glándulas (función eferente).
- Incluye el sistema nervioso somático (control voluntario) y el autónomo (funciones involuntarias).

Sistema Nervioso Periférico (SNP)

El SNP conecta al SNC con el resto del cuerpo. Está formado por:

1. Nervios Craneales (12 pares)

- Emergen del encéfalo.
- Controlan funciones sensoriales y motoras de la cabeza, cuello y órganos viscerales (Ej.: nervio óptico, nervio vago).

2. Nervios Espinales o Raquídeos (31 pares)

- Salen de la médula espinal.
- Cada nervio se divide en una rama dorsal (sensorial) y una ventral (motora).

3. Ganglios nerviosos

- Agrupaciones de cuerpos neuronales fuera del SNC.
- Participan en la transmisión e integración de señales.

4. Sistema Nervioso Autónomo (SNA)

Subdivisión del SNP que regula funciones involuntarias:

- **Simpático:** Prepara al cuerpo para la acción (lucha o huida).
- **Parasimpático:** Promueve el reposo y la digestión.

Afecciones neurológicas, musculoesqueléticas y osteoarticulares en el contexto de

Afecciones neurológicas

Entre las patologías neurológicas atendidas comúnmente se encuentran: parálisis cerebral, accidentes cerebrovasculares, síndrome de Guillain-Barré, enfermedad de Parkinson y retraso psicomotor. Estas condiciones afectan directamente el control motor, el tono muscular y la coordinación, generando alteraciones funcionales significativas (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022).

Parálisis cerebral

Definición CIE-11

Parálisis cerebral (8A05)

Trastorno permanente del desarrollo del movimiento y la postura causado por una lesión no progresiva del cerebro inmaduro. Puede acompañarse de trastornos sensoriales, cognitivos, comunicativos o del comportamiento.

La parálisis cerebral (PC) es un trastorno permanente del movimiento y la postura que limita la actividad, atribuido a alteraciones no progresivas que ocurrieron en el cerebro en desarrollo del feto o del lactante. Se asocia con frecuencia a trastornos sensoriales, perceptivos, cognitivos, de comunicación y del comportamiento (Rosenbaum et al., 2007).

Fisiopatología: Se debe a una lesión no progresiva del encéfalo en desarrollo, que afecta las áreas encargadas del control motor. Esta lesión puede ser causada por hipoxia, infecciones, hemorragias o malformaciones congénitas.

Pruebas complementarias: Resonancia magnética cerebral, tomografía computarizada, evaluación neurológica y del desarrollo.

Cuadro clínico: Alteraciones del tono muscular (hipotonía o hipertonía), reflejos anormales, retrasos en el desarrollo motor, trastornos del movimiento y postura.

Anatomía patológica: Daño en áreas motoras de la corteza cerebral, ganglios basales o cerebelo; gliosis y atrofia cortical.

El retraso psicomotor.

Definición CIE-11

Parálisis de Erb (8B11.0 – Lesión del plexo braquial)

Daño al plexo braquial superior (C5-C6), común en partos complicados. Causa debilidad o parálisis en el hombro y brazo del lado afectado.

Se refiere a una demora significativa en la adquisición de habilidades del desarrollo motor, cognitivo, del lenguaje o social, en relación con los parámetros esperados para la edad cronológica del niño. Puede tener origen neurológico, ambiental o mixto (Ramos Lizana & Sánchez-Carpintero Abad, 2013).

Fisiopatología: Puede estar relacionado con alteraciones estructurales del sistema nervioso central, trastornos genéticos, factores prenatales o ambientales que afectan la mielinización y sinaptogénesis.

Pruebas complementarias: Evaluación psicométrica del desarrollo, neuroimagen, electroencefalograma, análisis genético.

Cuadro clínico: Demora en hitos del desarrollo motor, del lenguaje, cognitivo y social; pobre coordinación, lenguaje limitado.

Anatomía patológica: Puede existir hipoplasia cerebral, disgenesia del cuerpo calloso, mielinización incompleta.

Parálisis de Erb

Definición CIE-11

Parálisis de Erb (8B11.0 – Lesión del plexo braquial)

Daño al plexo braquial superior (C5-C6), común en partos complicados. Causa debilidad o parálisis en el hombro y brazo del lado afectado.

La parálisis de Erb, también conocida como parálisis braquial obstétrica, es una lesión del plexo braquial superior (raíces C5 y C6), generalmente causada por tracción excesiva durante el parto. Produce debilidad o parálisis del hombro y el brazo del recién nacido (Al-Qattan et al., 2014).

Fisiopatología: Lesión de las raíces nerviosas C5-C6 del plexo braquial por tracción durante el parto, comprometiendo la función motora del hombro y brazo.

Pruebas complementarias: Electromiografía (EMG), resonancia magnética del plexo braquial, ecografía del hombro.

Cuadro clínico: Parálisis o debilidad del brazo, brazo en aducción y rotación interna, reflejo de Moro ausente del lado afectado.

Anatomía patológica: Degeneración axonal, desmielinización, avulsión de raíces nerviosas en casos severos.

Accidente cerebrovascular (ACV)

Definición CIE-11

Accidente cerebrovascular (8B11.Z – Evento cerebrovascular no especificado)

Interrupción del flujo sanguíneo cerebral que puede ser isquémico (obstrucción) o hemorrágico (ruptura vascular). Causa síntomas neurológicos súbitos como debilidad, pérdida de lenguaje o coordinación.

Un accidente cerebrovascular es una alteración neurológica súbita provocada por una interrupción del flujo sanguíneo cerebral (isquemia) o por sangrado dentro del encéfalo (hemorragia), que genera daño cerebral. Es una causa importante de discapacidad en adultos (Feigin et al., 2017).

Fisiopatología: Obstrucción (isquemia) o ruptura (hemorragia) de un vaso sanguíneo cerebral, lo cual interrumpe el flujo sanguíneo y produce necrosis neuronal.

Pruebas complementarias: TAC cerebral, resonancia magnética, doppler carotídeo, angiografía cerebral.

Cuadro clínico: Déficits neurológicos focales, hemiparesia, disartria, alteraciones visuales, pérdida de conciencia.

Anatomía patológica: Infarto cerebral, necrosis isquémica, hemorragia intracerebral, edema cerebral.

Síndrome de Guillain-Barré

Definición CIE-11

Síndrome de Guillain-Barré (8B51)

Trastorno autoinmune en el que el sistema inmunitario ataca los nervios periféricos. Produce debilidad muscular ascendente y puede causar parálisis. Su forma más común es la polirradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria aguda.

El síndrome de Guillain-Barré (SGB) es una polirradiculoneuropatía inflamatoria aguda de origen autoinmune, que se caracteriza por debilidad muscular progresiva y arreflexia. En su forma clásica, comienza en las extremidades inferiores y asciende simétricamente (Willison et al., 2016).

La rehabilitación neurológica exige un abordaje interdisciplinario donde fisioterapia y terapia ocupacional se articulan para recuperar las funciones perdidas y favorecer la neuroplasticidad mediante estímulos repetitivos, tareas funcionales y entrenamiento motor (López et al., 2021).

Fisiopatología: Respuesta autoinmune postinfecciosa que ataca la mielina de los nervios periféricos, provocando una polineuropatía inflamatoria aguda.

Pruebas complementarias: Electromiografía, punción lumbar (aumento de proteínas), estudios de conducción nerviosa.

Cuadro clínico: Debilidad muscular progresiva ascendente, arreflexia, parestesias, dificultad respiratoria en casos graves.

Anatomía patológica: Desmielinización segmentaria de raíces nerviosas y nervios periféricos, infiltrado inflamatorio perineural.

Afecciones musculoesqueléticas y osteoarticulares

Las patologías musculoesqueléticas incluyen, cervicalgias, dorsalgias, lumbalgias, artrosis, 7 tenosinovitis, fracturas y condiciones postquirúrgicas. Estas afectan la movilidad articular, fuerza muscular y resistencia funcional. Por su parte, las afecciones osteoarticulares comprometen las estructuras óseas y articulares, dificultando la ejecución de movimientos complejos (Ríos & Caballero, 2020).

Cervicalgia.

Definición CIE-11

Cervicalgia (FA01)

Dolor localizado en la región cervical (cuello), puede deberse a tensión muscular, degeneración de discos, artrosis u otras causas mecánicas.

Sus principales causas suelen ser el resultado de una sobrecarga muscular o lesión nerviosa a nivel cervical, entre ellas se puede mencionar: (8)

- Mala postura.
- Artrosis cervical.
- Lesiones del disco intervertebral.
- Tumores.
- Infecciones.
- Fracturas vertebrales.
- Síndrome de dolor miofascial (puntos gatillo miofasciales)

Fisiopatología: Puede originarse por sobrecarga mecánica, degeneración discal, artrosis o irritación nerviosa que afectan las estructuras cervicales.

Pruebas complementarias: Radiografía cervical, resonancia magnética, EMG, evaluación postural.

Cuadro clínico: Dolor cervical, rigidez, cefaleas, limitación del rango de movimiento, parestesias.

Anatomía patológica: Degeneración discal, osteofitos, contracturas musculares, inflamación articular.

Lumbalgia

Definición CIE-11

Lumbalgia (FA02)

Dolor en la región lumbar o baja de la espalda. Puede ser agudo o crónico y estar relacionado con sobrecarga, hernias discales o enfermedades degenerativas.

Fisiopatología: Asociada a alteraciones musculoesqueléticas, degeneración del disco intervertebral, espondilosis o hernias discales que comprimen raíces nerviosas.

Pruebas complementarias: Radiografía lumbar, RMN, exploración física funcional.

Cuadro clínico: Dolor lumbar con o sin irradiación, rigidez matutina, limitación funcional, contractura muscular.

Anatomía patológica: Discopatía, protrusión o hernia discal, inflamación facetaria, esclerosis ósea.

Artrosis

Artrosis (FA20 – Artrosis primaria)

Enfermedad degenerativa articular caracterizada por el desgaste del cartílago, proliferación ósea y dolor. Puede afectar rodillas, caderas, manos, entre otras.

Fisiopatología: Desgaste progresivo del cartílago articular con cambios reactivos en el hueso subcondral, formación de osteofitos y sinovitis leve.

Pruebas complementarias: Radiografías articulares, resonancia magnética, análisis de líquido sinovial.

Cuadro clínico: Dolor articular mecánico, rigidez matutina <30 min, crepitación, deformidades.

Anatomía patológica: Destrucción del cartílago hialino, esclerosis subcondral, osteofitos marginales.

Tenosinovitis

Definición CIE-11:

Tenosinovitis (FA91.2)

Inflamación del tendón y su vaina sinovial. Común en muñeca, dedos o tobillos. Puede producir dolor, rigidez y crepitación al mover la articulación.

El abordaje terapéutico requiere cinesioterapia, reeducación postural, entrenamiento de marcha y ejercicios de fortalecimiento muscular, así como estrategias de adaptación funcional para evitar la cronificación de los síntomas y la discapacidad asociada.

Fisiopatología: Inflamación de la vaina sinovial de un tendón debido a microtraumatismos, sobreuso o infecciones.

Pruebas complementarias: Ecografía musculoesquelética, resonancia magnética, exploración clínica con maniobras específicas.

Cuadro clínico: Dolor localizado al movimiento, engrosamiento tendinoso, crepitación, limitación funcional.

Anatomía patológica: Engrosamiento de la vaina sinovial, líquido inflamatorio peritendinoso, fibrosis en fases crónicas.

Hombro Doloroso

Definición CIE-11:

Hombro doloroso (FA83.1 – Síndrome de hombro doloroso)

Dolor en el hombro causado por diversas afecciones como tendinitis, bursitis, pinzamientos o capsulitis adhesiva. Puede limitar severamente el rango de movimiento.

Fisio patogenia:

La fisiopatología varía según la causa específica:

En la tendinitis del manguito rotador, hay microtraumatismos repetitivos, degeneración tendinosa e inflamación.

En la bursitis subacromial, el roce excesivo provoca inflamación de la Bursa.

En la capsulitis adhesiva, se produce una inflamación crónica de la cápsula articular que termina en fibrosis y restricción del movimiento.

En la artropatía degenerativa, el cartílago articular se desgasta y produce dolor, rigidez e inflamación.

Anatomía patológica:

Degeneración del tendón del supraespinoso (más frecuente).

Engrosamiento capsular y fibrosis en la cápsula glenohumeral (hombro congelado).

Inflamación crónica de la Bursa subacromial.

Cambios degenerativos articulares como osteofitos y pérdida de cartílago.

Pruebas complementarias:

Radiografía: para evaluar alteraciones óseas como artrosis o calcificaciones.

Ecografía musculoesquelética: útil para detectar roturas del manguito rotador, bursitis, o tendinopatías.

Resonancia magnética: permite evaluar tejidos blandos, cápsula articular y tendones.

Artrografía: en casos de sospecha de rotura capsular o labral.

Cuadro clínico:

- Dolor localizado (anterior, lateral o posterior).
- Limitación funcional (dificultad para elevar el brazo, peinarse, abotonarse).

- Dolor nocturno (frecuente).
- Sensación de rigidez o bloqueo articular.

Esguince

Definición CIE-11:

. Esguince (FA80)

Lesión de los ligamentos de una articulación por distensión o rotura parcial. Común en tobillos, rodillas o muñecas. Produce dolor, inflamación y limitación funcional.

Fisiopatogenia:

Cuando una articulación es forzada más allá de su rango fisiológico, los ligamentos se estiran de forma anormal:

Grado I: distensión sin ruptura ligamentosa.

Grado II: desgarro parcial del ligamento.

Grado III: ruptura completa del ligamento.

Esto provoca inflamación local, liberación de mediadores inflamatorios, hemorragia subcutánea y dolor por afectación de terminaciones nerviosas.

Anatomía patológica:

Micro desgarros o ruptura total de fibras colágenas del ligamento.

Edema y hemorragia intraligamentosa.

Inflamación y posible avulsión ósea en casos severos.

Pruebas complementarias:

Exploración física: con test de estabilidad (ej. Prueba del cajón anterior para rodilla o tobillo).

Radiografía: para descartar fractura asociada.

Ecografía: permite observar lesiones del ligamento en tiempo real.

RMN: ideal para evaluar grado de la lesión, sangrado, edema y lesiones asociadas (meniscos, cápsula articular).

Cuadro clínico:

- Dolor agudo e inmediato tras el trauma.
- Edema, equimosis y hematoma local.
- Inestabilidad articular.
- Dificultad o imposibilidad para soportar peso (en articulaciones de carga).

Escoliosis

Definición CIE-11 Escoliosis (LB71.0 – Escoliosis idiopática)

Deformidad tridimensional de la columna vertebral con desviación lateral en forma de "S" o "C". Puede ser idiopática o secundaria a otras patologías neuromusculares.

Fisio patogenia:

Forma idiopática influenciada por factores genéticos, biomecánicos y neuromusculares. En variantes congénitas o neuromusculares, hay defectos estructurales o debilidad muscular.

Cuadro clínico:

Curvatura visible, prominencia costal, asimetría de hombros/caderas. En casos graves: limitación respiratoria y dolor crónico.

Pruebas complementarias:

Exploración física (prueba de Adams), radiografías con medición del ángulo de Cobb, RM si se sospecha patología neurológica.

Anatomía patológica:

En la idiopática no hay lesión estructural. En formas secundarias puede haber hemivértebras o cambios degenerativos.

Lumbociática

Definición CIE-11

Lumbociática (FA02.1 – Radiculopatía lumbar con ciática)

Dolor lumbar irradiado al miembro inferior siguiendo el trayecto del nervio ciático, causado por compresión o irritación de raíces nerviosas lumbares.

Fisio

patogenia:

Hernia discal o degeneración del disco provoca compresión mecánica/inflamatoria de raíces nerviosas L5 o S1.

Cuadro clínico:

Dolor irradiado glúteo-pierna, parestesias, debilidad motora, reflejos alterados, signo de Lasègue positivo.

Pruebas complementarias:

Evaluación neurológica, maniobra de Lasègue, RM lumbar. EMG si se requiere confirmar radiculopatía.

Anatomía patológica:

Desplazamiento del núcleo pulposo fuera del anillo fibroso, compresión neural.

Cuadro resumen de Patologías.

Patología	Clasificación	Definición CIE -11	Fisiopatología	Tratamiento en fisioterapia
Parálisis cerebral	Neurológica	(8A05) Trastorno permanente del desarrollo del movimiento y la postura causado por una lesión no progresiva del cerebro inmaduro. Puede acompañarse de trastornos sensoriales, cognitivos, comunicativos o del comportamiento.	Daño cerebral perinatal o prenatal que afecta los centros motores, provocando espasticidad, ataxia o disquinesias.	Fisioterapia basada en neurodesarrollo (Bobath), FNP, estiramientos, fortalecimiento y entrenamiento funcional.
Parálisis de Erb	Neurológica	(8B11.0 – Lesión del plexo braquial) Daño al plexo braquial superior (C5-C6), común en partos complicados. Causa debilidad o parálisis en el hombro y brazo del lado afectado.	Fisiopatología: Mecanismo lesional principal: La lesión ocurre por tracción excesiva del cuello en dirección opuesta al hombro, lo que estira o desgarran las raíces nerviosas C5 y C6 del plexo braquial. Esto puede provocar: Neuropraxia: interrupción temporal de la conducción nerviosa (reversible). Axonotmesis: lesión del axón, con conservación de la vaina de mielina. Neurotmesis: ruptura total del nervio (más grave).	Estimulación eléctrica, movilización pasiva, ejercicios de fortalecimiento, FNP y reeducación funcional del brazo.

Retraso psicomotor	Neurológica	Retraso psicomotor (6A03.1 – Retraso global del desarrollo intelectual) Dificultades significativas en múltiples áreas del desarrollo (motricidad, lenguaje, socialización, etc.) que no son esperadas para la edad cronológica. Se considera parte de los trastornos del desarrollo neurológico.	Multifactorial: causas genéticas, metabólicas o lesiones perinatales que afectan el desarrollo neurológico global del niño.	Estimulación temprana, integración sensorial, ejercicios de coordinación, equilibrio y control postural, terapia lúdica.
Síndrome del Espectro Autista (TEA)	Neurológica	CIE-11 6A02.0 Trastorno del neurodesarrollo caracterizado por alteraciones persistentes en la comunicación social y patrones de comportamiento restrictivos y repetitivos.	Alteraciones en la conectividad neuronal, dificultades en la integración sensorial y en el control motor y postural.	Integración sensorial, estimulación motora gruesa, ejercicios de equilibrio y coordinación, trabajo del esquema corporal, intervención interdisciplinaria.
Demencia no especificada	Neurológica	CIE-11 6D8Z Síndrome adquirido caracterizado por deterioro cognitivo progresivo que afecta la funcionalidad diaria, sin etiología definida.	Neurodegeneración difusa, pérdida neuronal y sináptica, alteración de redes corticales y subcorticales.	Ejercicio terapéutico funcional, entrenamiento de la marcha, prevención de caídas, estimulación psicomotriz, mantenimiento de la movilidad.

Accidente Cerebrovascular	Neurológica	Accidente cerebrovascular (8B11.Z – Evento cerebrovascular no especificado) Interrupción del flujo sanguíneo cerebral que puede ser isquémico (obstrucción) o hemorrágico (ruptura vascular). Causa síntomas neurológicos súbitos como debilidad, pérdida de lenguaje o coordinación.	ACV Isquémico: Una obstrucción arterial impide el flujo sanguíneo. 2. ACV Hemorrágico: Ruptura de una arteria, sangrado intracerebral o subaracnoideo.	<ul style="list-style-type: none"> • Concepto Bobath • Facilitación neuromuscular propioceptiva (FNP). Reeducación de la marcha
Parálisis facial	Neurológicas periféricas	CIE-11 8A40 Trastorno neurológico causado por afectación del nervio facial que produce debilidad o parálisis de los músculos faciales.	Lesión o inflamación del VII par craneal que genera denervación parcial o total de la musculatura facial.	Ejercicios faciales activos y asistidos, reeducación neuromuscular, masoterapia, electroestimulación (según fase), educación al paciente.
Síndrome de Guillan Barre	Neurológica periféricas	Síndrome de Guillain-Barré (8B51) Trastorno autoinmune en el que el sistema inmunitario ataca los nervios periféricos. Produce debilidad muscular ascendente y puede causar parálisis. Su forma más común es la polirradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria aguda.	Fisiopatología: Respuesta autoinmune postinfecciosa que ataca la mielina de los nervios periféricos, provocando una polineuropatía inflamatoria aguda.	1. Cinesioterapia Pasiva, activa, activa-asistida, resistida. 2. Fisioterapia respiratoria Drenaje postural, ejercicios respiratorios, técnicas de expansión torácica, espirometría incentivada. 3. Técnicas neuro facilitadoras Bobath (facilitación e inhibición del tono) PNF (Facilitación neuromuscular propioceptiva) 4. Estimulación eléctrica

				Electroestimulación funcional (FES), TENS, EMS.
Artroplastia de rodilla	Osteoarticular	CIE-11 ICHI Estado posterior a reemplazo quirúrgico parcial o total de la articulación de la rodilla.	Inflamación postquirúrgica, alteración biomecánica articular, debilidad muscular y limitación del rango de movimiento.	Ejercicios de movilidad articular, ejercicio terapéutico de fortalecimiento de cuádriceps e isquiotibiales, reeducación de la marcha, control del dolor y edema.
Artritis reumatoide	Osteoarticular	Enfermedad inflamatoria crónica autoinmune que afecta principalmente las articulaciones sinoviales.	Inflamación sinovial persistente, destrucción progresiva del cartílago y hueso, deformidades articulares.	Ejercicio terapéutico dosificado, movilidad articular, fortalecimiento isométrico, protección articular, educación postural.

Fractura de radio	Osteoarticular	Interrupción de la continuidad ósea del radio, comúnmente en su extremo distal.	Trauma directo o caída, proceso inflamatorio y rigidez secundaria a inmovilización.	Movilización progresiva de muñeca y mano, fortalecimiento, reeducación funcional, control del edema y dolor.
Fractura de fémur	Osteoarticular	Ruptura de la continuidad del hueso femoral, asociada a trauma de alta energía o fragilidad ósea.	Daño óseo y muscular severo, riesgo de inmovilidad prolongada y pérdida funcional.	Reeducación de la marcha, fortalecimiento de miembros inferiores, entrenamiento de transferencias, equilibrio y prevención de caídas.
Hernias discales	Osteoarticular	MG30.2 - Hernia del disco intervertebral Definición CIE-11: Protrusión localizada del contenido del disco intervertebral más allá del espacio intervertebral. Puede producir dolor y/o déficit neurológico debido a la	Degeneración discal que permite el desplazamiento del material interno del disco, ocasionando compresión radicular y dolor irradiado.	Ejercicios de estabilización lumbar, McKenzie, tracción vertebral, electroterapia analgésica y educación postural.

		compresión de las estructuras nerviosas adyacentes.		
Artrosis de rodilla	Osteoarticular	Artrosis (FA20 – Artrosis primaria) Enfermedad degenerativa articular caracterizada por el desgaste del cartílago, proliferación ósea y dolor. Puede afectar rodillas, caderas, manos, entre otras.	Desgaste del cartílago articular con inflamación sinovial secundaria, osteofitos y limitación funcional.	Ejercicios de fortalecimiento, hidroterapia, electroterapia analgésica, movilización articular y marcha asistida.
Escoliosis	Osteoarticular	. Escoliosis (LB71.0 – Escoliosis idiopática) Deformidad tridimensional de la columna vertebral con desviación lateral en forma de "S" o "C". Puede ser idiopática o secundaria a otras patologías neuromusculares.	Desequilibrio en el crecimiento vertebral o alteraciones neuromusculares que deforman la columna en los planos frontal y rotacional.	Ejercicios de elongación y fortalecimiento asimétrico, técnicas de Schroth, corrección postural y respiratoria.
Cervicalgia	Musculoesquelética	Cervicalgia (FA01) Dolor localizado en la región cervical (cuello), puede deberse a tensión muscular, degeneración de discos, artrosis u otras causas mecánicas.	Sobrecarga muscular, malas posturas o degeneración discal que provocan inflamación y contractura de los músculos cervicales.	Terapia manual, movilización cervical, ejercicios de fortalecimiento y estiramiento, y técnicas analgésicas como TENS o calor superficial.
Lumbalgia crónica	Musculoesquelética	Lumbalgia (FA02) Dolor en la región lumbar o baja de la espalda. Puede ser agudo o crónico y estar relacionado con sobrecarga, hernias discales o enfermedades degenerativas	Degeneración discal, alteraciones musculares o mecánicas que perpetúan el dolor por disfunción segmentaria.	Fortalecimiento de core, estiramientos lumbares, técnicas miofasciales, reeducación postural y TENS.

Síndrome de Hombro Congelado (Capsulitis adhesiva)	Musculoesquelética	(FA83.1 – Síndrome de hombro doloroso) Dolor en el hombro causado por diversas afecciones como tendinitis, bursitis, pinzamientos o capsulitis adhesiva. Puede limitar severamente el rango de movimiento.	Inflamación y fibrosis de la cápsula articular del hombro, generando adherencias y rigidez progresiva.	Movilizaciones articulares, ejercicios pendulares, estiramientos capsulares, terapia de calor y FNP
Esguince de tobillo	Musculoesquelética	Lesión de los ligamentos del tobillo, generalmente por un mecanismo de inversión forzada.	Estiramiento o rotura parcial/completa de los ligamentos laterales del tobillo, causando inflamación, dolor y limitación funcional.	Crioterapia, vendaje funcional, ejercicios propioceptivos, fortalecimiento y reeducación de la marcha.
Lumbociática	Musculoesquelética	Dolor lumbar que se irradia hacia uno o ambos miembros inferiores por afectación del nervio ciático.	Compresión o irritación del nervio ciático, habitualmente por hernia discal o contractura muscular profunda (piriforme).	Descompresión neurodinámica, movilización neural, ejercicios de fortalecimiento y estiramiento lumbar, técnicas de relajación miofascial.

CAPÍTULO III: METODOLOGIA

La población beneficiada del proyecto brindado por la clínica municipal de Soyapango en conjunto con la alcaldía municipal de San Salvador este son la población que reside en cualquiera de los cuatro distritos que pertenecen al municipio, el centro de rehabilitación y estimulación temprana CREE-T, es una institución que opera de manera gratuita a la población, brindando servicio de fisioterapia así como terapia ocupacional interviniendo de manera directa en conjunto con grupo multidisciplinario de trabajadores de salud bajo el siguiente protocolo:

- El doctor José Ángel Chávez es el director del centro de rehabilitación y estimulación temprana
- Dentro de la metodología propia del centro de rehabilitación y estimulación temprana como primer contacto hay dos personas del área administrativa que recopilan en forma de entrevista datos como: nombre, número de teléfono, dirección, documento único de identidad, referencia médica de primer, segundo o tercer nivel.
- El médico general realiza una preevaluación como segundo contacto antes de brindar la referencia a la licenciada en fisioterapia y terapia ocupacional a cargo, de tener espacio para brindar un cupo se le brinda la cita de lo contrario pasa a lista de espera.
- Una vez realizada y avalada la referencia el licenciado en fisioterapia y terapia ocupacional recibe al paciente donde realizará una evaluación en fisioterapia enfocada por sistemas en donde se confirme y determine el tratamiento adecuado e individualizado para el paciente.
- Dentro del centro de rehabilitación se añade un recurso humano más del Cuál fue un estudiante de la carrera de licenciatura en fisioterapia y terapia ocupacional, que realizó pasantía de práctica profesional en el centro de rehabilitación y estimulación temprana en días de Lunes a jueves de 7:00am a 12:30pm en periodo de julio a diciembre 2025, en donde los lunes a miércoles fueron dentro de la institución y jueves se visitaba Tonacatepeque.
- Ya al realizar la evaluación se le realiza el tratamiento correspondiente.

Metodología específica:

Después que la licenciada de planta delega las referencias correspondientes:

- Se realiza una evaluación del paciente de fisioterapia o terapia ocupacional por medio del MIF y PTO enfatizando en cuál era la discapacidad y la incapacidad de este si tuviese, prestando principal atención a todas aquellas actividades de la vida diaria que este paciente no pueda realizar a causa de su condición de salud
- Se le pedía al paciente las pruebas que se ha realizado ya sean estas radiografías, ultrasonografías, resonancias magnéticas, tomografía, encefalograma, etcétera.
- En el caso del paciente faltaba en un número determinado de 3 de sesiones se le brindaba la alta voluntaria.
- Una vez evaluado el paciente se procedía a realizar un tratamiento adecuado y dosificado según la tolerancia y necesidad del paciente.
- Debido a que el tratamiento era individualizado de acuerdo con la evaluación y necesidad del paciente Así mismo se programaba si el tratamiento iba enfocado a fisioterapia o terapia ocupacional para la intervención y abordaje del paciente.
- Se atendía a cada paciente en horarios de 8:00am a 12:30pm de Lunes a miércoles, teniendo común atender 1 o 2 pacientes por hora según era la demanda y necesidad.
- Los días Jueves se asistía a jornadas de Fisioterapia realizadas en la alcaldía del distrito de Tonacatepeque en horario de 8:00am a 1:00pm en la cual asistían 10 citados previamente por cada terapeuta.

PLAN DE ACCIÓN DE PASANTÍA PRÁCTICA PROFESIONAL

PLAN OPERATIVO DE EVALUACION DE FISIOTERAPIA

Actividad general : Evaluación MIF

Objetivo General: Evaluar a pacientes que asisten al área de fisioterapia en el centro rehabilitación y estimulación temprana a través del MIF

Lugar de ejecución: centro de rehabilitación y estimulación temprana

Bachiller Ejecutor: Luis Fernando Peña Pérez **Docente Asesor:** Elvis Galdámez López

Fecha ejecución: 14 de julio a 15 de diciembre de 2025

Horarios de ejecución: 7:00am 12:30md

Objetivos específicos	Actividad	Metodología	Recursos	Tiempo	evaluación
1-Efectuar la evaluación del método de intervención en fisioterapia	Evaluación del MIF de los usuarios	Se aplicará la evaluación en fisioterapia a los usuarios que asisten a CREE-T determinando información relevante en cuanto a la condición de salud que han sido diagnosticados, con el fin de realizar posteriormente una intervención eficaz. El tiempo que se aplicará la evaluación tendrá un tiempo prudencial durante la hora de sesión.	Recursos Humanos <ul style="list-style-type: none"> ● Fisioterapeuta ● Paciente Recursos Materiales <ul style="list-style-type: none"> ● Lápiz ● Cuaderno ● Fichas de evaluación de fisioterapia y terapia ocupacional 	15 in	

<p>2- Identificar los principales diagnósticos de los pacientes que asisten a CREET.</p>	<p>Realizar la condición de salud a través del CIE-10 y 11</p>	<p>A través del uso del CIE-10 Y 11 se consultará la condición de salud especialmente su definición para recopilar datos precisos de acuerdo al clasificador para obtener datos relevantes del diagnóstico para en la afección del paciente.</p>	<p>Recursos Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Fisioterapeuta ● Paciente <p>Recursos Materiales</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Lápiz ● Cuaderno ● Fichas de evaluación de fisioterapia y terapia ocupacional 		
<p>3-Ejecutar pruebas básicas y específicas según la condición de salud de cada</p>	<p>Hacer pruebas básicas y específicas.</p>	<p>Realizar las pruebas básicas y pruebas específicas según las fichas de evaluación para cada condición de salud de los usuarios.</p>	<p>Recursos Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Fisioterapeuta ● Paciente <p>Recursos Materiales</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Lápiz ● Cuaderno ● Fichas de evaluación de fisioterapia y terapia ocupacional 		
<p>4-Identificar los principales signos y síntomas según función y estructura que presentan los pacientes</p>	<p>Clasificar las afecciones identificadas.</p>	<p>Según los resultados previos de la evaluación, ya teniendo en cuenta los principales signos y síntomas, será momento de identificar las afecciones y calificar en cuanto a funciones y estructuras corporales según el CIF.</p> <p>Se realizará las pruebas de los factores contextuales mediante las fichas correspondientes para mejor evaluación</p>	<p>Recursos Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Fisioterapeuta ● Paciente <p>Recursos Materiales</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Lápiz ● Cuaderno ● Fichas de evaluación de fisioterapia y terapia ocupacional 		

<p>que asisten a CREET.</p> <p>5-Identificar las Principales limitantes que se enfrentan los usuarios en factores contextuales</p>	<p>Realizar las pruebas de evaluación de factores contextuales</p>		<p>Recursos Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Fisioterapeuta ● Paciente <p>Recursos Materiales</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Lápiz ● Cuaderno ● Fichas de evaluación de fisioterapia y terapia ocupacional 		
--	--	--	---	--	--

PLAN DE ACCIÓN DE PASANTÍA PRÁCTICA PROFESIONAL

PLAN OPERATIVO DE INTERVENCION EN FISIOTERAPIA

Actividad general: Intervención de Fisioterapia del paciente

Objetivo General: Ejecutar las técnicas de fisioterapia para las afecciones neurológicas, musculoesqueléticas y osteoarticulares.

Lugar de ejecución: centro de rehabilitación y estimulación temprana.

Bachiller Ejecutora: Luis Fernando Peña Peréz

Docente Asesor: Licdo. Elvis Romel Galdámez López

Fecha ejecución: 14 de julio a 15 de diciembre de 2025

Horarios de ejecución: 7 a 12 md

Objetivos específicos	Actividad	Metodología	Recursos	Tiempo	Evaluación
1-Disminuir el dolor por deficiencias musculoesqueléticas, osteoarticulares y neurológicas.	<p>1. técnicas crioterapia</p> <p>2. Técnicas de termoterapia</p> <p>3. Uso de técnicas de electroterapia</p> <p>4. Uso de técnicas manuales de masoterapia</p> <p>5. Uso de técnicas de FNP específicas para dolor.</p>	<p>La metodología para aplicar las técnicas mencionadas será de forma diversa:</p> <p>Aplicación de 15 a 20 minutos de compresas frías o calientes para contrarrestar el dolor combinadas al mismo tiempo con utilización del TENS.</p> <p>Aplicación de técnicas manuales de masoterapia por un periodo de 15 minutos si la condición de salud lo requiere.</p> <p>Utilización de facilitación de los muscular específicamente técnicas enfocadas a reducción del dolor mediante el uso de diagonales de movimiento tanto en miembros superiores como inferiores.</p>	<p>Recursos Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Fisioterapeuta ● Paciente <p>Recursos Materiales</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Canapé ● Tens ● Compresas frías ● Compresas calientes 		
2-Mejorar la fuerza muscular por deficiencias neurológicas, musculoesqueléticas y osteoarticulares.	<p>1-Ejercicios isométricos</p> <p>2-Ejercicios isotónicos resistidos.</p> <p>3.Ejercicios con peso corporal</p> <p>4. Ejercicios con banda elástica.</p> <p>5- FNP</p> <p>6- Ejercicio con pesas</p>	<p>La metodología para aplicar es a dosificación correcta del ejercicio de fuerza progresiva empezando de isométricos hasta llegar a ejercicios de fuerza con peso adicional.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 10 repeticiones de forma inicial de cada ejercicio enseñado para también hacer en casa. ● Frecuencia: 1-2 veces por sesión, 3 a 5 sesiones por semana. 	<p>Recursos Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Fisioterapeuta ● Paciente <p>Recursos materiales: Bandas elásticas Pesas de agarre de brazaletes.</p>		

		<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo total estimado: 10–15 minutos por sesión. 			
3-Mejorar los arcos de movimiento por deficiencias neurológicas, musculoesqueléticas y osteoarticulares.	1- Ejercicio de estiramiento forzado. 2- Utilización del ejercicio terapéutico 3- Uso de poleas 4- Ejercicios de movilidad articular con banda elástica	<p>1. Metodología:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posición inicial: paciente en posición cómoda (supino, sedente o en camilla). • Ejecución: se realiza estiramiento pasivo sostenido hasta alcanzar el límite de tolerancia sin dolor. <p>2. Metodología:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tipo: ejercicios activos o activos-asistidos dependiendo del nivel funcional del paciente. • Ejercicios a realizar: <ul style="list-style-type: none"> ○ Flexión y extensión de codo con pelota ligera. ○ Abducción y aducción de hombro con pica. ○ Movimientos de alcance y trazo. <p>Con esto se facilitará el movimiento activo-asistido para incrementar el rango sin sobrecarga.</p> <p>3. Metodología:</p>	<p>Recursos Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fisioterapeuta • Paciente <p>Recursos materiales: canapé colchoneta poleas Conos</p>		

		<ul style="list-style-type: none"> • Modalidad: uso de poleas simples en pared o estructuras móviles. • Ejercicios comunes: <ul style="list-style-type: none"> ○ Flexo-extensión de hombro. ○ Abducción-abducción de hombro. ○ Movimiento cruzado (diagonal). <p>Tiempo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Duración del estiramiento: 20–30 segundos por grupo muscular, con 3 a 5 repeticiones por zona articular. • Frecuencia: 1-2 veces por sesión, 3 a 5 sesiones por semana. • Tiempo total estimado: 10–15 minutos por sesión. 			
4- Mejorar las reacciones posturales y de defensa por deficiencias neurológicas, musculoesqueléticas y osteoarticulares.	1-Reacciones de enderezamiento en superficies inestables 2.Practicar las reacciones de equilibrio en bipedestación y en sedestación.	Metodología 1: - Estimular el enderezamiento de cabeza, cuello y tronco Colocar al paciente en superficies inestables (balón, colchoneta, cojín de equilibrio). - Realizar movimientos controlados del tronco (inclinarse hacia los lados, rotar suavemente). contra la gravedad.	Recursos Humanos <ul style="list-style-type: none"> • Fisioterapeuta • Paciente Recursos materiales: barras paralelas		

	<p>3.Practicar las reacciones de apoyo en diferentes posiciones fundamentales.</p> <p>4.Practicar las reacciones de defensa hacia adelante a los lados, y hacia atrás.</p>	<p>Metodología 2: Actividades en bipedestación sobre superficie firme e inestable (cojines, bosa). - Uso de pelota terapéutica para sentarse y mantener equilibrio. - Ejercicios con desplazamiento del peso (adelante, atrás, lateral).</p> <p>Metodología 3: Posiciones de apoyo en cuadrupedia y bípedo con desplazamiento. - Facilitar contacto con manos, codos, rodillas ante desequilibrio suave. - Empujar levemente desde distintas direcciones para provocar respuesta de apoyo.</p> <p>Metodología 4: Ejercicios de caída controlada hacia adelante, atrás y a los lados desde posición sedente o de rodillas. - Simular desequilibrio súbito leve para estimular extensión protectora de brazos. - Juegos de equilibrio dinámico donde se permite perder el balance brevemente y sacar las reacciones de defensa</p>			
5-Modular el tono de los pacientes con deficiencia neurológicas.	<p>Uso de técnicas de cinesioterapia del concepto Bobath.</p> <p>Uso las cargas de peso</p>	<p>Se trabajará en posiciones clave: decúbito supino, prono, lateral, sedente, bipedestación. - Facilitar movimientos funcionales mediante contacto manual en puntos de control (pelvis, escápula).</p>	<p>Recursos Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Fisioterapeuta ● Paciente <p>Recursos materiales:</p>		

	<p>Facilitación mediante la presión profunda.</p> <p>Activación muscular en casos de hipotonía</p>	<p>- Promover el uso del lado afecto en tareas funcionales.</p> <p>De igual forma al utilizar técnicas manuales de presión profunda se debe realizar de proximal a distal, si es en MMSS se debe facilitar a la apertura de la mano.</p> <p>En el caso de la hipotonía la modulación de tono va enfocada a técnicas de movimientos rápidos para la activación muscular.</p>	<p>canapé colchoneta</p>		
<p>6- Estimular la reeducación de la marcha por deficiencias neurológicas, musculoesqueléticas y osteoarticulares</p>	<p>Entrenar la fase de apoyo inicial</p> <p>Entrenar la estabilidad sobre una pierna</p> <p>Hacer la fase de despegue</p> <p>Entrenar la fase de oscilación inicial y media</p> <p>Entrenar la fase de oscilación terminar</p>	<p>Con la utilización de barras paralelas se reeducará la marcha de aquellos pacientes que lo requieran con el fin de mejorar sus fases de manera funcional en bipedestación ya sea libre o con uso de aditamentos como muletas o andadera, para ello es necesario que el paciente realice de forma ordenada y en secuencia la rutina a realizar y las indicaciones que brindara el fisioterapeuta.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia: 1-2 veces por sesión, 3 a 5 sesiones por semana. • Tiempo total estimado: 10–15 minutos por sesión. • Plan para casa 	<p>Recursos Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Fisioterapeuta ● Paciente <p>Recursos materiales: canapé colchoneta</p>		

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

PLAN DE ACCIÓN DE PASANTÍA PRÁCTICA PROFESIONAL

PLAN OPERATIVO DE EVALUACION DE TERAPIA OCUPACIONAL

Actividad general : Evaluación del proceso de terapia ocupacional

Objetivo General: Evaluar a los pacientes que acuden a terapia ocupacional en el centro rehabilitación y estimulación temprana.

Lugar de ejecución: centro de rehabilitación y estimulación temprana

Bachiller Ejecutor: Luis Fernando Peña Pérez **Docente Asesor:** Elvis Galdamez López

Fecha ejecución: 14 de julio a 15 de diciembre de 2025

Horarios de ejecución: 7:00am 12:30md

Objetivos específicos	Actividad	Metodología	Recursos	Tiempo	Evaluación
1- Realizar evaluación de la anamnesis y del perfil ocupacional	2- Elaboración de la anamnesis. 3- Elaboración perfil ocupacional.	Al realizar la entrevista se podrá recopilar información relevante acerca del paciente para la formulación de su perfil ocupacional.	Recursos Humanos <ul style="list-style-type: none"> ● TO/Fisioterapeuta ● Paciente Recursos Materiales <ul style="list-style-type: none"> ● Lápiz ● Cuaderno ● Fichas de evaluación de terapia ocupacional prueba de intereses y OpHI II 		

<p>1- Evaluar las ocupaciones de los Usuarios</p>	<p>Evaluar las AVD Evaluar las AIVD Evaluar trabajo</p>	<p>Por medio de las fichas de evaluación se realizará la evaluación de cada una de las ocupaciones y Por ende las deficiencias que pueden tener los usuarios.</p>	<p>Recursos Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> ● TO/Fisioterapeuta ● Paciente <p>Recursos Materiales</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Lápiz ● Cuaderno <p>Fichas de evaluación de terapia ocupacional</p>		
<p>2- Evaluar las habilidades de desempeño motoras, de procesamiento y de interacción</p>	<p>Evaluación de las habilidades de desempeño</p>	<p>Se realizarán las evaluaciones de los componentes sensación, percepción, cognición, motor y neuromuscular y psicosocial se utilizará las fichas correspondientes a cada una, tomando en cuenta el caso del paciente y su condición de salud.</p>	<p>Recursos Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> ● TO/Fisioterapeuta ● Paciente <p>Recursos Materiales</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Lápiz ● Cuaderno ● Fichas de evaluación de terapia ocupacional ● Caja de terapia ocupacional. 		
<p>4. Determinar las deficiencias en cuanto a función y estructura de los componentes de sensación, percepción, cognición, motor y neuromuscular, psicosocial del usuario</p>	<p>1.Evaluación de sensación, 2. Evaluación de percepción. 3.Evaluación de cognición. 4.Evaluación del componente motor y neuromuscular, 5. Evaluación de psicosocial.</p>	<p>Por medio de la utilización de las fichas respectivas para la evaluación de los componentes se determinará las deficiencias que poseen las personas que asisten al centro de rehabilitación y estimulación temprana.</p>	<p>Recursos Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> ● TO/Fisioterapeuta ● Paciente <p>Recursos Materiales</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Lápiz ● Cuaderno ● Fichas de evaluación de terapia ocupacional <p>Caja de terapia ocupacional.</p>		

5. Evaluar los factores contextuales de los pacientes que asisten a CREET	Determinar los factores personales Evaluar Factores ambientales del paciente. 1-Contexto 2.Entorno	La determinación de los factores personales del paciente se realiza mediante la entrevista y la evaluación de los valores, creencia, espiritualidad, funciones y estructuras corporales y pruebas específicas con sus fichas correspondientes.	Recursos Humanos <ul style="list-style-type: none"> ● TO/Fisioterapeuta ● Paciente Recursos Materiales <ul style="list-style-type: none"> ● Lápiz ● Cuaderno ● Fichas de evaluación de terapia ocupacional 		

PLAN DE ACCIÓN DE PASANTÍA PRÁCTICA PROFESIONAL

PLAN OPERATIVO DE INTERVENCIÓN EN TERAPIA OCUPACIONAL

Actividad general: Estrategias con fines terapéuticos

Objetivo General: **Aplicar estrategias enfocadas en las habilidades de desempeño para el mejoramiento de las actividades de la vida diaria utilizando la actividad con fines terapéuticos.**

Lugar de ejecución: centro de rehabilitación y estimulación temprana.

Bachiller Ejecutora: Luis Fernando Peña Pérez

Docente Asesor: Licdo. Elvis Romel Galdámez

Fecha ejecución: 14 de julio a 15 de diciembre de 2025

Horarios de ejecución: 7 a 12 md

<p>Habilidades de desempeño</p> <p>Motoras Mejorar el posicionamiento del cuerpo Mejorar obtener y sostener objetos. Mejorar Moverse a sí mismo y objetos Mejorar mantener él se desempeño</p> <p>Procesamiento Mejorar el mantenimiento del desempeño Mejorar la aplicación de conocimiento en la actividad Mejorar la organización temporal</p>	<p>Motoras</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Caminar en línea recta o en zigzag entre conos. ● cama-silla-bipedestación. <p>Transferencias</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Subir y bajar escalones con apoyo supervisado. ● Alcanzar y colocar objetos en estanterías de diferentes alturas. <p>Procesamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Armar rompecabezas o figuras geométricas. 	<p>Se realizarán actividades con propósito enfocadas en los intereses del usuario y en las habilidades afectadas según su evaluación previa. Con cada actividad se pretende mejorar o promover la parte cognitiva y motora mediante simulaciones o juegos con tareas que demanden un esfuerzo cada actividad puede tener un tiempo de 10 a 15 minutos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● TO/Fisioterapeuta ● Paciente <p>Recursos Materiales</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Lápiz ● Cuaderno ● Conos ● Tirro ● Figuras de cartón geometrías ● Rompecabezas ● Damas chinas ● Lotería ● Cartas 		
--	--	--	--	--	--

<p>Mejorar la organización de espacios y objetos. Mejorar la adaptación del rendimiento. Comunicación e interacción Mejorar el inicio y terminación de la interacción social. Mejorar la producción de interacción social. Mejorar el apoyo físico de la interacción social. Mejorar el mantenimiento de la interacción social Mejorar el apoyo verbalmente la interacción social. Mejorar la adaptación a la interacción social.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicios de emparejamiento y clasificación (colores, formas, tamaños). • Secuenciar imágenes de una actividad cotidiana (comer, bañarse). • Recordar y repetir series de números, palabras o instrucciones. <p>Interacción</p> <ul style="list-style-type: none"> • Juegos de dos (dominó, lotería, bingo, Jenga). • Simulación de compras en tienda o pedido de comida. • Conversación dirigida sobre temas familiares (biografía, gustos, rutinas). 				
--	---	--	--	--	--

Objetivos específicos	Actividad	Metodología	Recursos	Tiempo	Evaluación
<p>Sensopercepción</p> <p>1-Mejorar la conciencia de Sensopercepción 2- Mejorar el Procesamiento sensoperceptivo</p>	<p>1-Utilización de estímulos auditivos 2- Uso del Tarjetero de estimulación visual 3-Uso de la caja multisensorial</p>	<p>Metodología 1: 1-Reproducir sonidos conocidos (voz, campanas, aplausos) o ambientales. - Asignar tareas como identificar o localizar sonidos. - Asociar sonidos con acciones (ej. música para moverse, sonar campana para responder).</p>	<p>Recursos Humanos: Terapeuta ocupacional/Paciente Recursos materiales: Los materiales pueden variar y acoplarse según la necesidad. -Guante de textura -tarjetas de memoria, parejas,</p>		

<p>3-Mejorar Sensopercepción visual de</p> <ul style="list-style-type: none"> -Enfoque -Movimiento ocular -Campo Visual -Profundidad. -Agudeza periférica. -Consistencia de color -Figura fondo <p>4- Sensopercepción auditiva, gustativa, olfativa.</p> <p>5-Mejorar la Sensopercepción táctil</p> <ul style="list-style-type: none"> a- Mejorar la sensopercepción superficial b- Mejorar sensopercepciones profundas como la propiocepción. c- Mejorar las sensopercepciones corticales o combinadas d- Mejorar las sensopercepciones vestibulares. 	<p>Sensopercepción táctil</p> <p>4-Utilización del guante de texturas.</p> <p>5-Uso de Camino sensorial en Tapete</p> <p>6-Empuje y tracción con bandas elásticas y objetos con peso</p> <p>7-Reconocimiento de objetos y trazos en la piel</p> <p>8-Circuito de equilibrio dinámico con estímulos multisensoriales</p>	<p>Metodología 2:</p> <p>Se realizará actividades encaminadas al estímulo visual de los pacientes tal como:</p> <p>Uso del tarjetero de estimulación visual</p> <p>Usar luces de colores, linternas, cartas con figuras o imágenes grandes.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar seguimiento visual con objetos móviles. - Juegos de búsqueda visual en láminas. <p>Metodología 3:</p> <p>Se prepara una caja con compartimentos donde el paciente debe introducir la mano sin ver el contenido.</p> <p>Cada compartimento contiene materiales con texturas, olores, sabores, sonidos o pesos distintos (arena, esponja, arroz, algodón perfumado, campanilla, limón, etc.).</p> <p>El paciente debe describir lo que siente usando distintos sentidos.</p> <p>Se refuerza la respuesta con retroalimentación verbal, facilitando la conexión entre estímulo y percepción.</p> <p>Metodología 4:</p>	<p>Tarjetas de estimulación visual</p> <ul style="list-style-type: none"> -Texturas de diferentes tipos -Campana -Bocina -Caja multisensorial. -Objetos rellenos de arena 		
---	--	--	--	--	--

		<p>1-Proporcionar un guante material con diferentes texturas (ásperas, suaves, rugosas, lisas).</p> <p>Metodología 5:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explorar con manos o pies , según tolerancia. - Puede hacerse con ojos cerrados para enfoque táctil. <p>Metodología 6:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se colocan bandas elásticas para realizar ejercicios de empuje y tracción (tirar, empujar, estirar). • Se pueden usar mochilas con peso, sacos de arena o cajas para cargar y trasladar. • Se introducen tareas funcionales como trasladar objetos pesados de un punto a otro o empujar un carro con carga moderada. • Se supervisa la postura y el control del movimiento durante toda la actividad. <p>Metodología 7:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Parte 1 (Estereognosia): El paciente explora con los ojos cerrados objetos cotidianos (llaves, monedas, lápices, etc.) y 			
--	--	---	--	--	--

		<p>debe reconocerlos solo por el tacto.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Parte 2 (Grafestesia): El terapeuta traza letras o números en la palma del paciente con un dedo o lápiz romo, y este debe identificar lo trazado. • Parte 3 (Localización táctil): Se aplica un estímulo táctil leve en una zona del cuerpo y el paciente debe señalar el lugar exacto donde lo sintió. <p>Metodología 7:</p> <p>Se diseña un circuito con balanceo, giros, cambios de dirección y superficies inestables (colchonetas, cojines, balancines).</p> <p>Se incorporan actividades como:</p> <p>Caminar sobre líneas o laberintos.</p> <p>Rodar en colchonetas.</p> <p>Sentarse y pararse desde pelota terapéutica.</p> <p>Giros suaves con ojos abiertos y cerrados.</p>			
--	--	---	--	--	--

		<p>Se complementa con comandos verbales para trabajar orientación espacial y atención.</p> <p>Materiales: Balancines, colchonetas, pelotas terapéuticas, líneas marcadas en el piso.</p> <p>Frecuencia: 2-3 veces por semana, 20 minutos por sesión.</p>			
<p>Neuromuscular 1-Mejorar el componente neuromuscular a-Mejorar los arcos de movimiento. b-Mejorar la fuerza c-Mejorar la resistencia d-Mejorar el control postural(enderezamiento y el equilibrio) e-Mejorar la alineación postural.</p>	<p>Arcos de movimiento 1-Ejercicios con polea de pared 2- Alcance funcional en diferentes alturas 3-Deslizamiento de mano sobre mesa con toalla 4-Trazar círculos en la pared con una esponja 5-Enhebrado o ensartado de objetos Fuerza</p>	<p>Paciente sentado o de pie frente a polea. - Realiza flexión y abducción de hombro repetidas con el fin de realizar una amplitud de arcos de movimiento de hombros. Luego se pueden hacer actividades que asemejan al movimiento de una rueda marina involucrando movimientos que favorecen a los arcos de movimiento. Cada una de estas actividades pueden realizarse de 10 a 15</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● TO/Fisioterapeuta ● Paciente <p>Recursos Materiales</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Guante de texturas ● Materiales: Colchonetas, pelotas, superficies inestables, objetos en estantes. ● Materiales: Pesas, bandas elásticas, objetos con peso funcional (botellas, cajas). 		

	<p>1- Tareas funcionales con resistencia progresiva</p> <p>Resistencia: 1-Estaciones ocupacionales con repeticiones prolongadas</p> <p>Control Postural: Transiciones y tareas dinámicas en distintas superficies</p>	<p>minutos y trabajarse en el plan hogar.</p> <p>Metodología:</p> <p>Se propone que el paciente levante, empuje o cargue objetos de diferente peso durante tareas ocupacionales (ej.: trasladar bolsas, apilar cajas, llenar botellas con agua, apretar pinzas grandes).</p> <p>Se utilizan bandas elásticas o pesas ligeras durante ejercicios dirigidos.</p> <p>Se integran actividades que requieren agarre, tracción o presión mantenida.</p> <p>Frecuencia: 3-4 veces por semana, 20-30 minutos.</p> <p>Metodología:</p> <p>Se practica pasar de una posición a otra: decúbito-sedestación, sedestación-</p>			
--	---	--	--	--	--

		<p>bipedestación, bipedestación-marcha.</p> <p>El paciente realiza actividades como:</p> <p>Mantener el equilibrio sobre una pierna.</p> <p>Alcanzar objetos con desplazamiento de peso.</p> <p>Jugar con pelotas en superficies blandas (colchoneta, cojín de equilibrio).</p> <p>Se incorporan desafíos visuales (seguir objetos) o cognitivos (responder preguntas mientras realiza la tarea).</p> <p>Frecuencia: 2-4 veces por semana, 20-30 minutos.</p> <p>tos.</p>			
--	--	--	--	--	--

<p>Motor 1-Mejorar la tolerancia. 2-Mejorar la coordinación gruesa 3-Mejorar la coordinación fina a-Ocular b-Ojo mano c-Ojo pie 4-Mejorar la coordinación dinámica manual. 5-Mejorar la lateralidad. 6-Mejorar la Interacción Bilateral 7-Mejorar las Praxias 8-Mejorar el Control motriz 9- Mejorar la Integración viso motriz</p>	<p>1-Juegos con pelotas grandes o globos 2-Seguimiento visual con puntero o luces LED 3-Enhebrado y ensartado de objetos 4-Patear objeto visual con precisión</p> <p>4 Coordinación dinámica manual 1-Uso del tablero de montesori</p> <p>5 Lateralidad Hacer Tareas repetitivas con un solo lado del cuerpo</p> <p>6 Interacción Bilateral. Hacer tareas de las AVD que requieren uso</p>	<p>Metodología 1 : El paciente lanza, recibe, pateo o rebota pelotas grandes o globos. Se pueden hacer pases con el terapeuta, lanzar a blancos, o caminar mientras lanza el globo al aire. Ideal con música para marcar ritmo.</p> <p>Frecuencia: 3 veces por semana, 15-20 minutos.</p> <p>Metodología Seguir con los ojos un objeto en movimiento sin mover la cabeza. Enhebrar objetos usando juego de jenga de madera o de ensarte Practicar juego de patear pelotas de diferentes colores formadas frente al paciente</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● TO/Fisioterapeuta ● Paciente <p>Recursos Materiales</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Laser de puntero ● Tablero de montesori ● juguetes ● Juegos de ensarte con conos. ● Pelotas grandes, globos, conos, música. 		
--	---	--	---	--	--

	<p>simultáneo de ambas manos</p> <p>7 Praxias Imitación de gestos</p> <p>8 Control Motriz Ejercicios dirigidos en espejo y con retroalimentación visual</p> <p>9 integración visomotoras 1. Laberintos y caminos visuales 2. Juegos de emparejar figura con silueta</p>	<p>alternando la pierna izquierda derecha.</p> <p>Metodología:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El paciente realiza actividades como: <ul style="list-style-type: none"> • Atornillar tornillos. • Enroscar tapas. • Usar pinzas, destornilladores o so de llaves, abrir candados. <p>Metodología:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tareas como: • Rasgar papel con ambas manos. • Doblar ropa. • Jugar con masa moldeable. • Martillar sujetando el clavo con una mano. <p>Metodología:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El terapeuta realiza gestos simples 			
--	--	---	--	--	--

		<p>(saludar, señalar, tocarse la oreja).</p> <ul style="list-style-type: none"> • El paciente los imita de forma directa. • Luego se da la orden verbal sin gestos para que el paciente los reproduzca. <p>Metodología:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El paciente debe trazar el recorrido de un laberinto impreso usando lápiz o marcador sin salirse del camino. • Puedes variar la dificultad: curvas, caminos estrechos, múltiples rutas. • Opcional: realizarlo con el dedo sobre una Tablet o pizarra. <p>Metodología:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El paciente debe emparejar figuras u objetos 			
--	--	---	--	--	--

		<p>tridimensionales con sus siluetas dibujadas en una hoja o tablero.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se puede usar con letras, formas geométricas, utensilios reales. 			
<p>4- Prensiones Mejorar las prensiones finas y gruesas.</p>	<p>1-Apretar pelotas terapéuticas (de diferentes resistencias) 2- Uso de plastilina terapéutica 3-Ejercicios con pinzas (pinza de ropa, pinzas de resistencia 4-Uso de bandas elásticas para dedos y mano.</p>	<p>1.Se realizará actividades de Apretar y soltar la pelota en series de 10–15 repeticiones. - Usar pelotas de espuma, goma o gel según tolerancia. 2-Con la plastilina terapéutica realizara movimientos de pinza, presión, enrollar, cortar o estirar. 3-Colocar y quitar pinzas en una cuerda o borde de cartón. - Realizarlo en tiempo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • TO/Fisioterapeuta • Paciente <p>Recursos Materiales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poleas • Toallas • Figuras cilíndricas, esféricas • Juegos de ensarte con conos • Plastilina terapéutica. 		

		cronometrado o por repeticiones.			
5- Alteraciones del componente cognitivo 1-Mejorar el nivel de excitación 2-Mejorar la orientación 3-Mejorar el reconocimiento de caras, objetos y otros materiales 4-Mejorar la atención 5-Mejorar la memoria 6.Mejorar la secuenciación 7-Mejorar la categorización 8-Mejorar la formación de conceptos 9-Mejorar Operaciones intelectuales 10-Mejorar la resolución de problemas 11-Mejorar el Lenguaje	1-Estimulación multisensorial dirigida (tacto, sonido, luz) 2- Uso de Calendario terapéutico interactivo 3-Juego de tarjetas de emparejar 4-Juego de lotería. 5.juegos de memoria 6.juegos de secuenciación 7. juego de tarjetero de categorización 8.Juego de analogías y definiciones 9- juegos de rompecabeza 10- juego de Situaciones	Metodología: <ul style="list-style-type: none"> • Se estimula al paciente con luces intermitentes, sonidos llamativos y texturas variadas. • Se alternan estímulos rápidos y lentos. • Se utiliza voz en diferentes tonos para llamar su atención. Metodología 2: <ul style="list-style-type: none"> • El paciente trabaja con un calendario en el que debe señalar el día, mes, año, estación, clima. • Se realizan preguntas sobre su ubicación actual y personas presentes. • Se utilizan imágenes reales del entorno y nombres propios. 	<ul style="list-style-type: none"> • TO/Fisioterapeuta • Paciente Recursos Materiales <ul style="list-style-type: none"> • Lápiz • Cuaderno de tetras • Juegos de memoria • Material para estimulación visual • Bocina • Lampara • Juegos de secuencia • Impresiones • Sopas de letras • Cálculos matemáticos simples. • Se muestran imágenes de objetos, rostros conocidos o materiales de uso común. • El paciente debe identificar, nombrar o emparejar con objetos reales. 		

	<p>funcionales cotidianas. 11- Describir imágenes y contar historias</p>	<p>Metodología 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se muestran imágenes de objetos, rostros conocidos o materiales de uso común. • El paciente debe identificar, nombrar o emparejar con objetos reales. • Se pueden usar fotos familiares o elementos de su entorno. • Se muestran imágenes de objetos, rostros conocidos o materiales de uso común. • El paciente debe identificar, nombrar o emparejar con objetos reales. • Se pueden usar fotos familiares o elementos de su entorno. <p>Metodología 4:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se pueden usar fotos familiares o elementos de su entorno. <p>Materiales: Tarjetas con imágenes, objetos reales, fotos familiares.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 		
--	--	---	---	--	--

		<p>Se utilizará el juego de lotería para estimular la atención del paciente durante la actividad que durará 10 a 15 minutos.</p> <p>Metodología 5:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se presentan pares de tarjetas boca abajo y el paciente debe recordar su ubicación. • También puede usarse una secuencia verbal de palabras que debe repetir. • Se pueden trabajar recuerdos autobiográficos con fotos. <p>Metodología 6:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se entregan tarjetas con imágenes desordenadas (por ejemplo: lavarse las manos, comer, vestirse). 			
--	--	--	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> • El paciente debe colocarlas en el orden correcto. • Puede realizar verbalmente la secuencia o actuarla. <p>Metodología 7:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se le pide al paciente agrupar objetos o imágenes por categoría: frutas, ropa, herramientas, colores. • Se pueden usar objetos reales o tarjetas. • Se incrementa la complejidad (categorización abstracta). <p>Metodología 8:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El paciente completa frases como “Una silla sirve para...” o responde a analogías 			
--	--	---	--	--	--

		<p>como “Perro es a ladrar como gato es a...”.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se pueden usar imágenes o fichas escritas. <p>Metodología 9:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El paciente completa series de números, letras o figuras. • También se resuelven problemas visuales como rompecabezas, cubos de figuras. • Se inicia con dificultad baja y se incrementa. <p>Metodología 10:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se le presenta al paciente una imagen compleja y debe describir lo que ve. • Luego se le pide crear una historia con las imágenes dadas. 			
--	--	--	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> También se incluyen juegos de palabras o rimas. 			
<p>Componente Psicosocial.</p> <p>1-Mejorar los componentes psicológicos</p> <p>2-Mejorar los componentes sociales</p> <p>3-Mejorar la autoorganización</p> <p>4-Mejorar las reacciones emocionales</p> <p>5-Mejorar los trastornos de salud mental</p>	<p>1-Actividad de identificación personal positiva.</p> <p>2-Juego de roles y dinámicas cooperativas</p> <p>3-Planificación de la agenda semanal.</p> <p>4-Técnicas de respiración y expresión emocional creativa</p> <p>5-Juego de participación en ocupaciones significativas</p>	<p>Metodología:</p> <ul style="list-style-type: none"> El paciente elabora un autorretrato o collage con elementos que representen sus gustos, logros, intereses. Se le guía a identificar fortalezas y capacidades personales. Se promueve compartir con el grupo si es grupal, fomentando el refuerzo social. <p>Metodología:</p>	<ul style="list-style-type: none"> TO/Fisioterapeuta Paciente <p>Recursos Materiales</p> <ul style="list-style-type: none"> Cuadernos Libretas para colorear Lapicero y colores Bocina 		

		<ul style="list-style-type: none"> • Se proponen escenas simuladas donde los pacientes asumen distintos roles (cliente-cajero, amigo que ayuda, etc.). • Se realiza retroalimentación sobre las habilidades comunicativas, escucha activa y respeto del turno. • Se promueven actividades grupales donde deban coordinar tareas juntos (armar un rompecabezas, hacer una receta, construir algo). <p>Metodología:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El paciente diseña su propia agenda semanal con horarios para actividades significativas (comida, sueño, higiene, ocio). 			
--	--	--	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> • Se le apoya a establecer metas realistas y escalonadas. • Se revisa el cumplimiento y se refuerza positivamente el logro de metas. <p>Metodología:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se enseñan técnicas simples de respiración diafragmática y relajación progresiva. • Luego se realiza una actividad de expresión como dibujo libre, pintura emocional (colores según sentimientos), o escribir una carta sin enviarla. • Se discute el contenido emocional expresado, promoviendo el 			
--	--	--	--	--	--

		<p>autocontrol y la empatía.</p> <p>Metodología:</p> <ul style="list-style-type: none">• El paciente participa en actividades funcionales placenteras (cocinar, jardinería, manualidades, costura, arte).• Se refuerza el logro y la autonomía.• Se integran técnicas de refuerzo positivo, rutina estructurada y contacto social guiado.• Se promueve la elección, iniciativa y permanencia en la tarea.			
--	--	---	--	--	--

PLAN OPERATIVO DE EDUCACION PARA LA SALUD.

Actividad general: Dar una breve información sobre los beneficios de las técnicas de cinesioterapia de fisioterapia y las AVD con objetivo terapéutico en terapia ocupacional

Objetivo General: Educar a los pacientes y sus familiares sobre la intervención de fisioterapia y terapia ocupacional

Bachiller Ejecutora: LuisFernando Peña Pérez

Docente Asesor: Licdo. Elvis Romel Galdámez López

Fecha ejecución: 14 de julio a 15 de diciembre de 2025

Horarios de ejecución: 7 a 12 md

Lugar de ejecución: centro de rehabilitación y estimulación temprana.

Objetivos Específicos	Actividad	Método	Recursos	Tiempo	Evaluación
1-Explicar a los pacientes el beneficio de las técnicas de fisioterapia y terapia ocupacional	1-Dar a conocer la información adecuada para que los pacientes conozcan los beneficios de la intervención.	Se brindará explicación a los pacientes y a sus familiares sobre los beneficios de las técnicas de cinesioterapia en fisioterapia y actividades con fines terapéuticos en terapia ocupacional para que tenga una mejor comprensión y conocimientos sobre lo aplicado a los pacientes y la importancia de cada actividad.	Recursos Humanos <ul style="list-style-type: none"> ● Fisioterapeuta ● Paciente 	5 min	
2- Fomentar a los pacientes y sus familiares sobre la importancia de la intervención de Fisioterapia y Terapia	2- Hacer conciencia sobre los problemas que se pueden generar a causa de la condición de salud y lo que la intervención de TF y TO hace para prevenir y tratar eso.	Explicar a los pacientes y familiares los problemas o alteraciones de las funciones y estructuras corporales que pueden presentar de acuerdo con el tipo de patología que presentan los pacientes y como la fisioterapia y la	Recursos Humanos <ul style="list-style-type: none"> ● Fisioterapeuta ● Paciente 	5 min	

Ocupacional ante la condición de salud que presenta el paciente		terapia ocupacional llega a mejorar o disminuir esas deficiencias que presentan.			
3- Enseñar a los familiares las técnicas que pueden aplicar en Casa para mantener o mejorar sus AVD y su calidad de vida	Entrenar a los familiares para que puedan aplicar el plan de casa de técnicas de tratamiento tanto de fisioterapia como terapia ocupacional en el hogar para optimizar sus actividades de la vida diaria.	Explicar las técnicas de tratamiento de acuerdo con la patología de cada paciente que los familiares pueden aplicar en su hogar.	Recursos Humanos <ul style="list-style-type: none"> ● To/Fisioterapeuta ● Paciente 	<u>10 min</u>	

Contribución del trabajo

De acuerdo al estudio de percepción realizado previamente se determinó que el centro de rehabilitación y estimulación temprana padecía de muchas necesidades, sobre todo de recursos humanos que trabajen de lleno en el área de fisioterapia y terapia ocupacional, es por eso que en respuesta se ha decidido ejecutar unas pasantías de prácticas profesionales como proceso de grado ayudando de manera directa a la población que acuden al centro de rehabilitación a sus terapias tanto físicas como ocupacionales.

Se brindaron servicios de manera efectiva y funcional de fisioterapia y terapia ocupacional a la población que acudió al centro de rehabilitación y estimulación temprana, mediante intervenciones de tratamiento dosificadas e individualizadas para cada paciente

La educación para la salud jugó un papel muy importante en cuanto a la promoción de prácticas saludables de las personas es por ello que dentro de las pasantías de práctica profesional se aplicó un plan enfocado en tratamiento en casa por medio del ejercicio y actividades con fines terapéuticos.

Por medio de intervenciones de fisioterapia, terapia ocupacional y Educación para la salud se contribuyó para mejorar la calidad de vida de los usuarios y promover la prevención de problemas a largo plazo que sean de impedimento para sus actividades de la vida diaria.

Otras de las contribuciones fue de manera académica puesto que el estudiante tiene que presentar un proceso de grado en este caso práctica de pasantía profesional,

RECURSOS:

Humanos: la jefatura del centro de rehabilitación estimulación temprana, medico general, psicología, maternidad infantil, licenciados en fisioterapia y terapia ocupacional.

Financieros: el centro de rehabilitación y estimulación temprana trabaja con apoyo Financiero por parte de la alcaldía municipal de San Salvador este.

Materiales:

- Tens
- Ultrasonido
- Compresas frías
- Compresas calientes
- Pelota Suiza
- Canapé
- Colchoneta
- Cuñas
- Almohadas
- Pelota pequeña
- Set de texturas
- Tableros de montesori
- Gel para ultrasonido
- Talco
- Tapete de yaga
- Vendas de diferentes tamaños
- Barras
- Gradas
- Sillas
- Papelería
- Kinesiotape

Recursos de infraestructura: se cuenta con un amplio lugar de fácil acceso con rampa, con una sala de espera, dos cubículos, un Mini gimnasio equipado con barras, colchonetas, ubicado en la ex casa comunal de San Bartolo, Distrito del Ilopango municipio de San Salvador este.

Cabe recalcar que alguno de los materiales que se mencionan en esta lista son proporcionados por el centro de rehabilitación y otros por parte del personal.

LIMITANTES:

Económicas

Si bien es cierto el centro de rehabilitación es parte de un proyecto impulsado por la alcaldía municipal de San Salvador este, padece de muchas deficiencias en cuanto a recursos materiales, falta de insumos, así como recursos de personal, lo cual fue una barrera para el desempeño correcto de las labores dentro de la institución.

Tiempo:

La falta de tiempo y compromiso de los pacientes fue una limitante para que ellos puedan tener un tratamiento frecuente dentro del centro de rehabilitación y estimulación temprana

pues los cupos son asignados según los espacios que van quedando de acuerdo con las altas que se brindaban cada semana estas podían ser por recuperación o por inasistencia.

Atención:

La alta demanda de pacientes y los pocos cupos disponibles fue una limitante para la atención de algunos pacientes.

Proceso:

Para tener un debido proceso de tratamiento era necesario que los pacientes contaran con las diferentes pruebas específicas y especializadas ya sean estos estudios de imágenes o una referencia médica con un diagnóstico previo y confirmado por parte de un médico especialista o general según sea el caso de lo contrario, cuando no seguían el debido proceso fue una limitante para recibir un tratamiento dentro del centro de rehabilitación y estimulación temprana.

CAPITULO IV

PRESENTACION DE RESULTADOS.

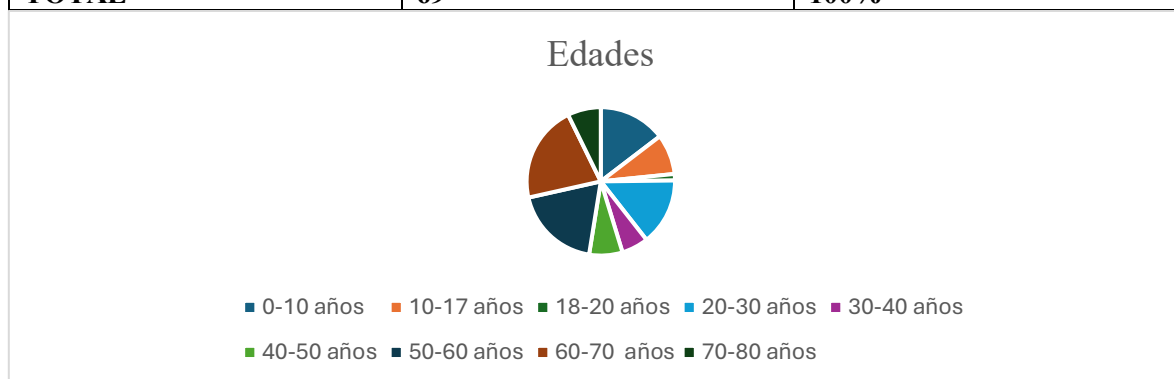
En conjunto, los datos demuestran que la intervención basada en los planes de acción del área fisioterapia y de terapia ocupacional en el centro de rehabilitación se orienta mayoritariamente hacia el tratamiento físico y funcional, complementado con abordajes neuromotores y sensorceptivos, lo que pone de manifiesto un modelo de atención integral y diversificado, centrado en las necesidades globales de los pacientes con patologías tanto neurológicas, musculares y osteoarticulares.

Los datos recolectados fueron recabados mediante las evaluaciones tanto en terapia física como en terapia ocupacional con la realización de un censo diario donde se dejaba plasmado las personas atendidas para posteriormente vaciar datos en los cuales fueran representados la edad, sexo, domicilio, diagnóstico, modalidades de tratamientos efectuados, cantidad de pacientes atendidos con su respectivos ingresos mes a mes, cantidad de altas, pacientes asistentes a las charlas de ejecución del plan de acción de educación para la salud.

Durante la ejecución de la pasantía de práctica profesional se atendieron bajo los lineamientos de planes operativos previamente establecidos para aplicación de manera efectiva en el centro de rehabilitación y estimulación temprana un total de 69 personas en el período de Julio a diciembre del 2025 de un total de 134 personas que recibieron tratamiento de fisioterapia o terapia ocupacional, dando como prevalencia más común las patologías musculoesqueléticas y osteoarticulares en pacientes adultos mayores.

Tabla 1. Distribución de la población por grupo etario atendido:

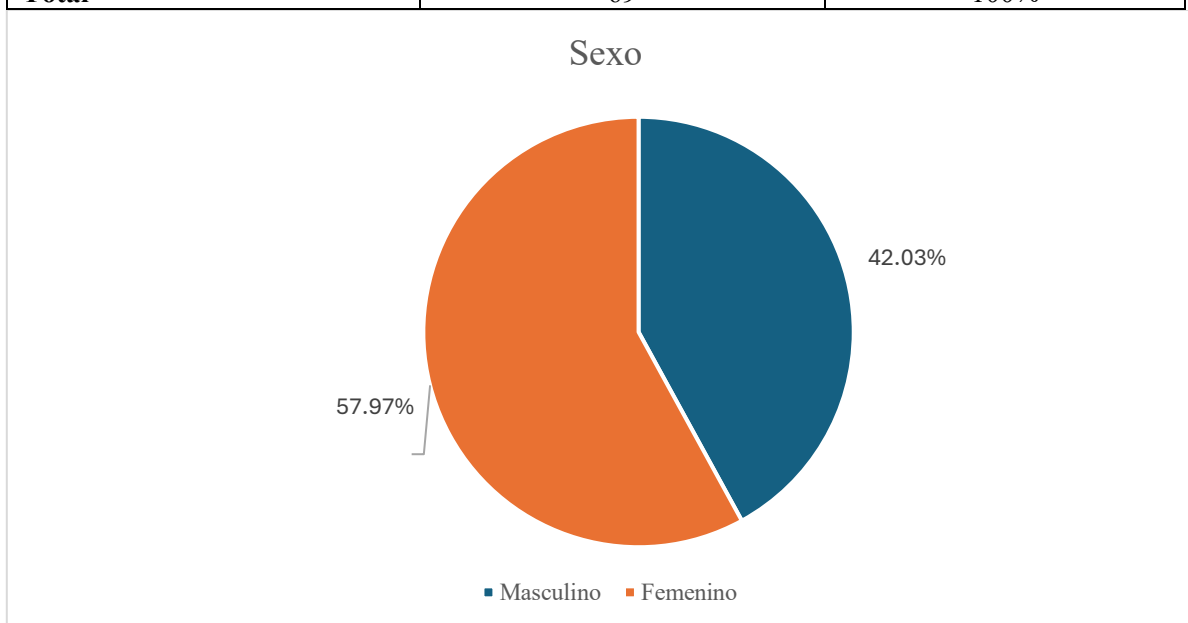
Rangos de edades	Frecuencia	Porcentaje
0-10 años	10	14.5%
10-17 años	6	8.7%
18-20 años	1	1.4%
20-30 años	10	14.5%
30-40 años	4	5.8%
40-50 años	5	7.2%
50-60 años	13	18.8%
60-70 años	15	21.7%
70-80 años	5	7.2%
TOTAL	69	100%



Análisis: Según los datos obtenidos al mayor porcentaje entre edades de 0 a 80 años se encuentran en el grupo etario de 60 a 70 años representado por un 21.7% en lo cual se refleja que la mayor parte de pacientes atendidos se encuentra en la población adulta mayor, siendo la más afectada por afecciones musculoesqueléticas y osteoarticulares formando así la población más prevalente según edad, ya que como segundo referente se encuentra el grupo etario de 50 a 60 años representado por un 18.8%, y el grupo etario de 70 a 80 años representada por un 7.2%, para dar un total de 47.8% de la población total atendida.

Tabla 2. distribución de población por sexo

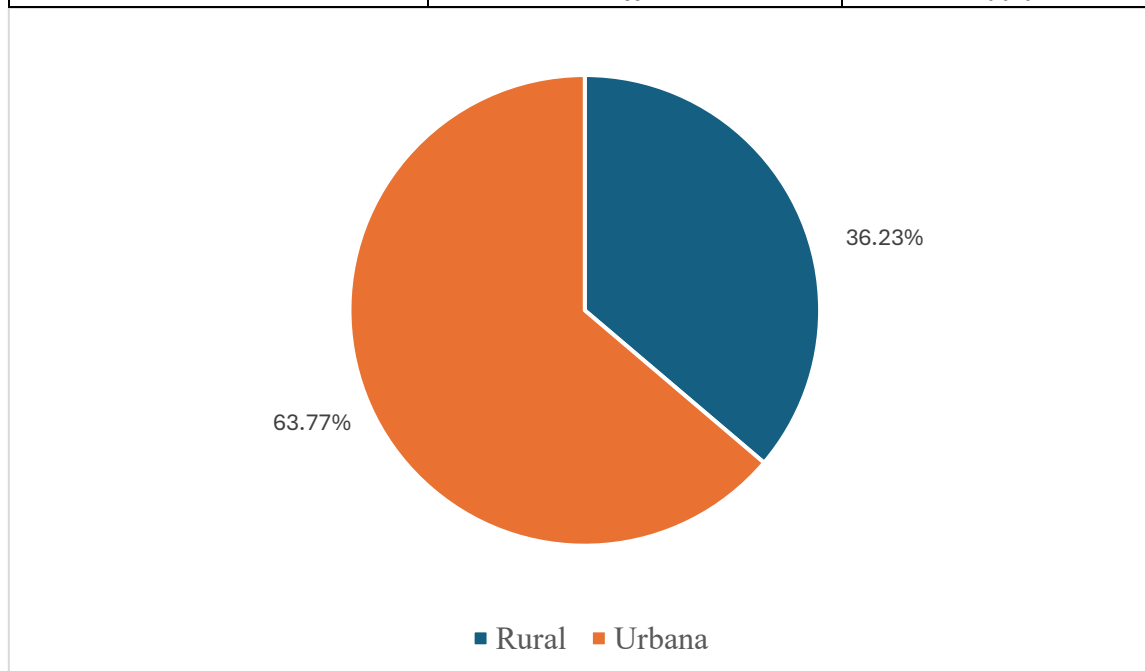
Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	29	42%
Femenino	40	58%
Total	69	100%



Análisis: De acuerdo con los datos obtenidos se ha determinado que del total de los pacientes atendidos fueron 69 durante el periodo de Julio a Diciembre, siendo el 57.97%, del sexo femenino dando un total de 40 personas y el 42.03% restante lo cual corresponde 29 hombres brinda un dato significativo ya que la población mayormente atendida se centra en el sexo femenino, ya que recurren en mayor medida a los servicios de fisioterapia y terapia ocupacional en el Centro de rehabilitación y estimulación temprana CREE-T.

Tabla 3. Distribución de personas según domicilio.

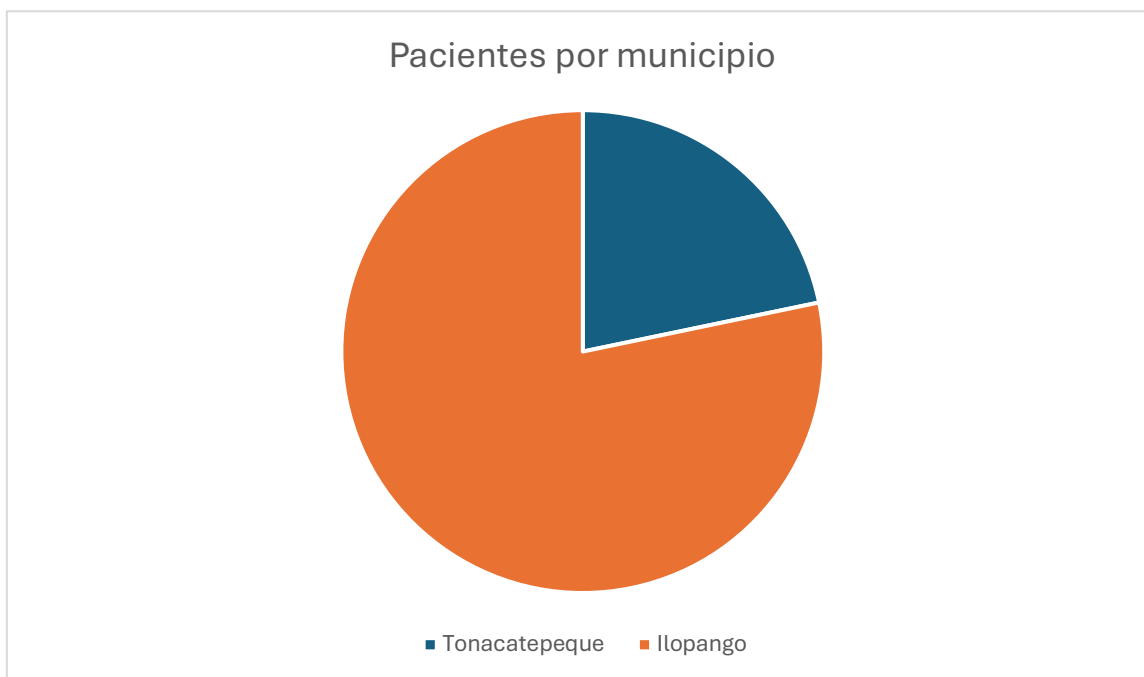
Zona de domicilio	Frecuencia	Porcentaje
Rural	25	36.2%
Urbano	44	63.8%
Total	69	100.0%



Análisis: Según los porcentajes obtenidos de acuerdo al tipo de domicilio en el cual viven las personas que asisten al centro de rehabilitación y estimulación temprana se determinó que en la zona de Tonacatepeque en la cual se visitaba los días jueves el 100% de esas personas, las cuales eran 15 personas es decir el 21.74% son de zonas rurales, se le requería a las personas si podían llegar una vez a la semana al centro de rehabilitación y estimulación temprana ubicada en San Bartolo, Ilopango pero por la falta de recursos y la dificultad de transporte, se les facilitaba asistir una vez a la semana en las visitas de jornadas de fisioterapia que se realizaban en la alcaldía de Tonacatepeque, mientras el porcentaje restante 74.26% eran de la zona urbana, se les facilitaba su desplazamiento al centro de rehabilitación.

Tabla 4. Distribución de personas según domicilio.

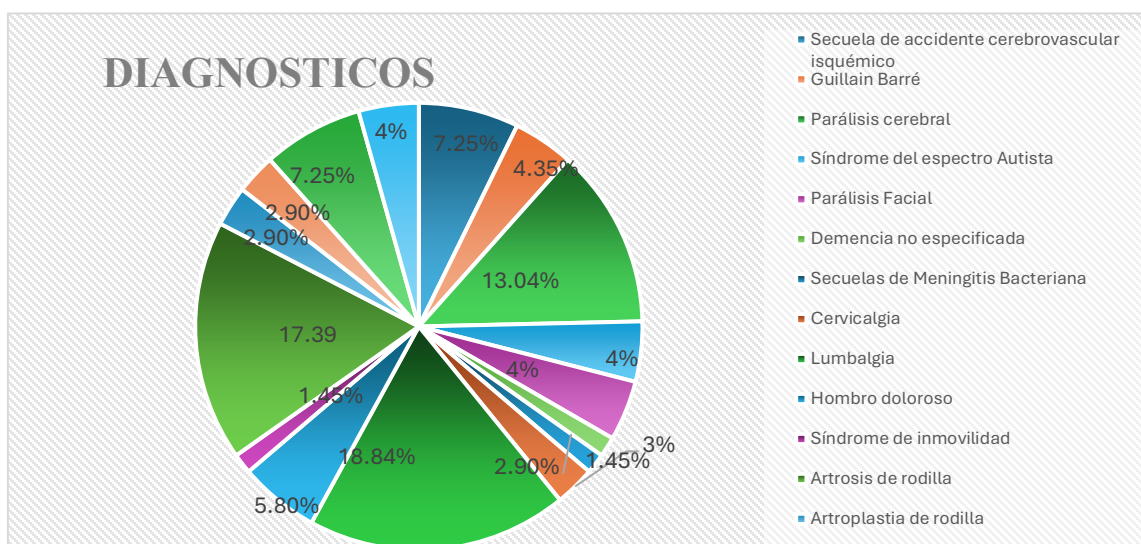
Pacientes según distrito	Frecuencia	Porcentaje
Tonacatepeque	15	21.7%
Ilopango	54	78.3%
Total	69	100.0%



Análisis: Los pacientes atendidos en el área de fisioterapia y terapia ocupacional se distribuía en 10 pacientes atendidos por jornada de la zona de Tonacatepeque los jueves, en donde se logró alcanzar los 15 pacientes atendidos en un total de 16 semanas en el periodo de julio a diciembre del 2025, mientras en el municipio de Ilopango se atendieron 54 pacientes para un total de 69 pacientes durante la ejecución de la pasantía de la práctica profesional.

Tabla 5. Distribución de población según diagnóstico

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Secuela de accidente cerebrovascular isquémico	5	7.25%
Guillain Barré	3	4.35%
Parálisis cerebral	9	13.04%
Síndrome del espectro Autista	3	4.35%
Parálisis Facial	3	4.35%
Demencia no especificada	1	1.45%
Secuelas de Meningitis Bacteriana	1	1.45%
Cervicalgia	2	2.90%
Lumbalgia	13	18.84%
Hombro doloroso	4	5.80%
Síndrome de inmovilidad	1	1.45%
Artrosis de rodilla	12	17.39%
Artroplastia de rodilla	2	2.90%
Artritis Reumatoide	2	2.90%
Fractura de radio	5	7.25%
Fractura de Fémur	3	4.35%
Total	69	100%

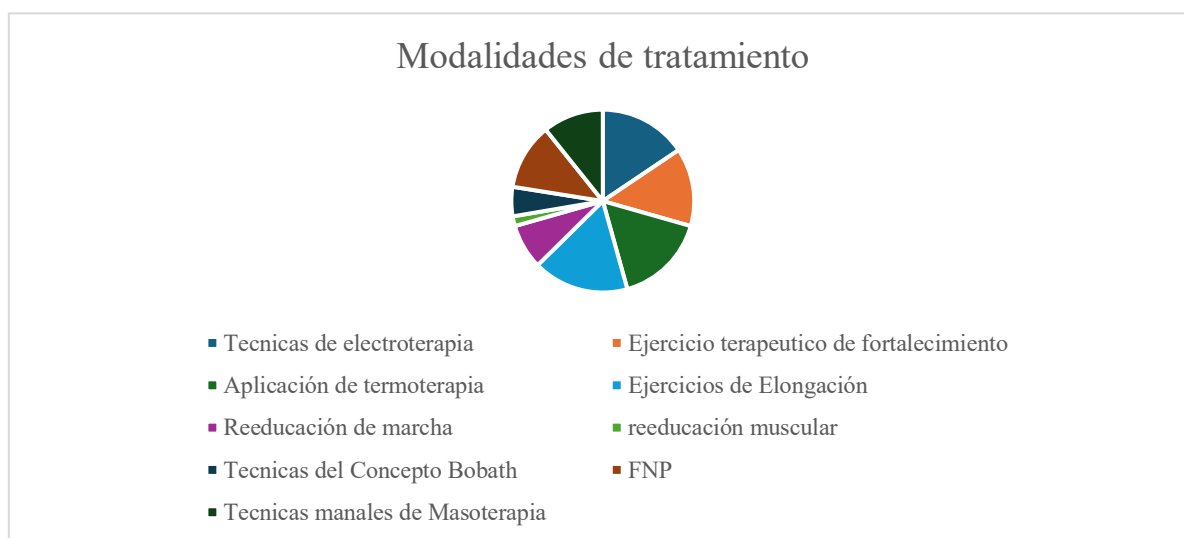


Análisis: Según los datos obtenidos de los diferentes diagnósticos se ha podido determinar que las patologías musculoesqueléticas y osteoarticulares son la de mayor prevalencia debido a que lumbalgia es representado por un 18.84%, artrosis de rodilla 17.39%, y porcentaje restante es para las siguientes patologías: cervicalgia, hombro doloroso, síndrome de inmovilidad, artroplastia de rodilla, artritis reumatoide, fractura de radio, fractura de fémur, asimismo un total de 63.78% lo que representa que la mayor parte de población atendida en el centro de rehabilitación y estimulación temprana fue por una condición de salud de índole

musculoesquelética y osteoarticular, recalcando por ello que la población más afectada fue los adultos mayores, Por otra parte la población con afecciones neurológicas se representa en totalidad por un 36.22%, en lo cual destaca los pacientes atendidos por parálisis cerebral con un 13.04%, seguido por secuela de accidentes cerebrovascular isquémico con un 7.25%.

Tabla 6. Distribución de las modalidades de tratamiento Fisioterapia

Modalidades de tratamiento Fisioterapia	Frecuencia	Porcentaje
Aplicación de Termoterapia	47	16.26%
Aplicación de ejercicios terapéutico de elongación	49	16.96%
Ejercicio terapéutico de fortalecimiento	40	13.84%
Aplicación de técnicas manuales de masoterapia	31	10.73%
Reeducación de marcha	23	7.96%
Técnicas del concepto Bobath	15	5.19%
Técnicas de Electroterapia	45	15.57%
Facilitación Neuromuscular Propioceptiva	34	11.76%
Reeducación muscular	5	1.73%
TOTAL	289	100%



Análisis: durante la ejecución de los diferentes tipos de tratamiento en el área de fisioterapia, cada paciente asistía una o dos veces a la semana, dependiendo el caso y las posibilidades económicas a su cita, en cuales aplicaron modalidades enfocadas en las necesidades de cada paciente y según las evaluaciones exhaustivas realizadas en los usuarios, en este caso el

ejercicio terapéutico de elongación fue el de mayor prevalencia como método de intervención, seguido de la aplicación de termoterapia y el ejercicio terapéutico de fortalecimiento, debido a que la mayor cantidad de pacientes atendidos eran adultos mayores y se sabe que es necesario promover el movimiento corporal humano para el mejoramiento de las afecciones musculoesqueléticas y osteoarticulares que presentaban. Por otra parte, la intervención del área neurológica fue realizada mediante las técnicas del concepto Bobath acompañado de modalidades de tratamiento enfocadas en preparación del sistema como lo fueron la termoterapia, la electroterapia y el ejercicio terapéutico de elongación, para favorecer a resultados efectivos en los usuarios.

Tabla 7. Distribución de las modalidades de tratamiento en Terapia ocupacional.

Modalidades de tratamiento en terapia ocupacional.	Frecuencia	Porcentaje
Técnicas para las habilidades del desempeño.	5	6.17%
Estimulación de sensopercepción táctil	16	19.75%
Estimulación sensopercepción auditiva	6	7.41%
Técnicas para el componente neuromuscular.	16	19.75%
Técnicas para el componente motor	16	19.75%
Prensiones finas y gruesas	12	14.81%
Técnicas para el componente cognitivo	5	6.17%
Técnicas para el componente psicosocial	5	6.17%
Total	81	100%

Modalidades de tratamiento en terapia ocupacional.



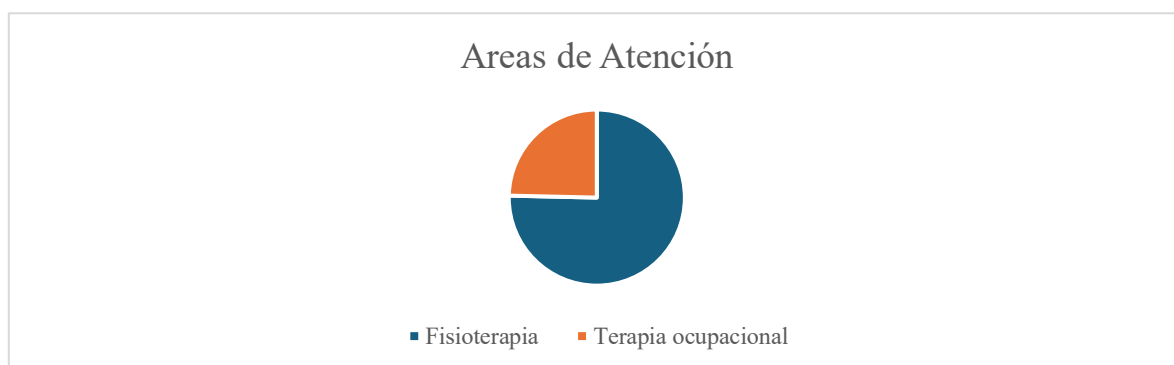
- Técnicas para las habilidades del desempeño.
- Estimulación de sensopercepción táctil
- Estimulación sensopercepción auditiva
- Técnicas para el componente neuromuscular.
- Técnicas para el componente motor
- Prensiones finas y gruesas
- Técnicas para el componente cognitivo
- Técnicas para el componente psicosocial

Análisis: durante la ejecución de las modalidades de tratamiento de terapia ocupacional se aplicaron técnicas enfocadas en el mejoramiento de las actividades de la vida diaria de los usuarios que asistían al centro de rehabilitación y estimulación por semana, según los

diferentes tipos de patologías neurológicas, musculoesqueléticas y osteoarticulares, en este caso se pusieron en marcha las técnicas para la estimulación táctil, técnicas para el componente neuromuscular, técnicas para el componente motor, técnicas para presiones gruesas y finas las cuales fueron las de mayor utilización durante el transcurso de la pasantía de prácticas profesional, bajo cada una de las modalidades los usuarios beneficiados en total dieron como un resultado de 81 atendidos en las diferentes modalidades de intervención de terapia ocupacional, cabe señalar que cada persona asistía 1 o 2 veces por semana y hacia uso de mínimo 3 o más modalidades de tratamiento según su cita de Fisioterapia o terapia ocupacional o ambas áreas según fuera el caso.

Tabla 8. pacientes atendidos en Fisioterapia y Terapia ocupacional

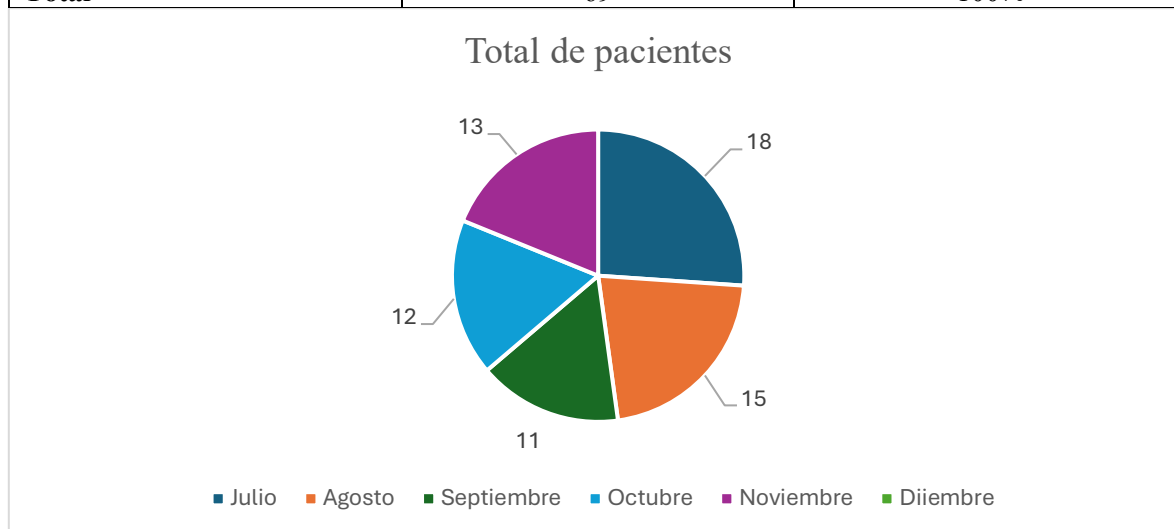
Áreas de atención	Frecuencia	Porcentaje
Fisioterapia	52	75.36%
Terapia ocupacional	17	24.64%
Total	69	100%



Análisis: Durante la ejecución de la pasantía de práctica profesional los tratamientos fueron implementados según área de fisioterapia y área de terapia ocupacional. En lo que respecta a 52 de los pacientes fueron implementados tratamientos de fisioterapia para las condiciones de salud que presentaban, mientras 17 pacientes fueron atendidos con tratamiento de terapia ocupacional, dicha división se produjo por medio de la evaluación del MIF y PTO para determinar el tratamiento más adecuado según las afecciones detectadas en los usuarios y los objetivos que se pretendían alcanzar con cada uno en lo que respecta tanto al movimiento corporal humano y la funcionabilidad en las actividades de la vida diaria.

Tabla 9. Cantidad de ingresos de pacientes por mes.

Meses	Frecuencia	Porcentaje
Julio	18	26.09%
Agosto	15	21.74%
Septiembre	11	15.94%
Octubre	12	17.39
Noviembre	13	18.84%
Diciembre	0	0%
Total	69	100%

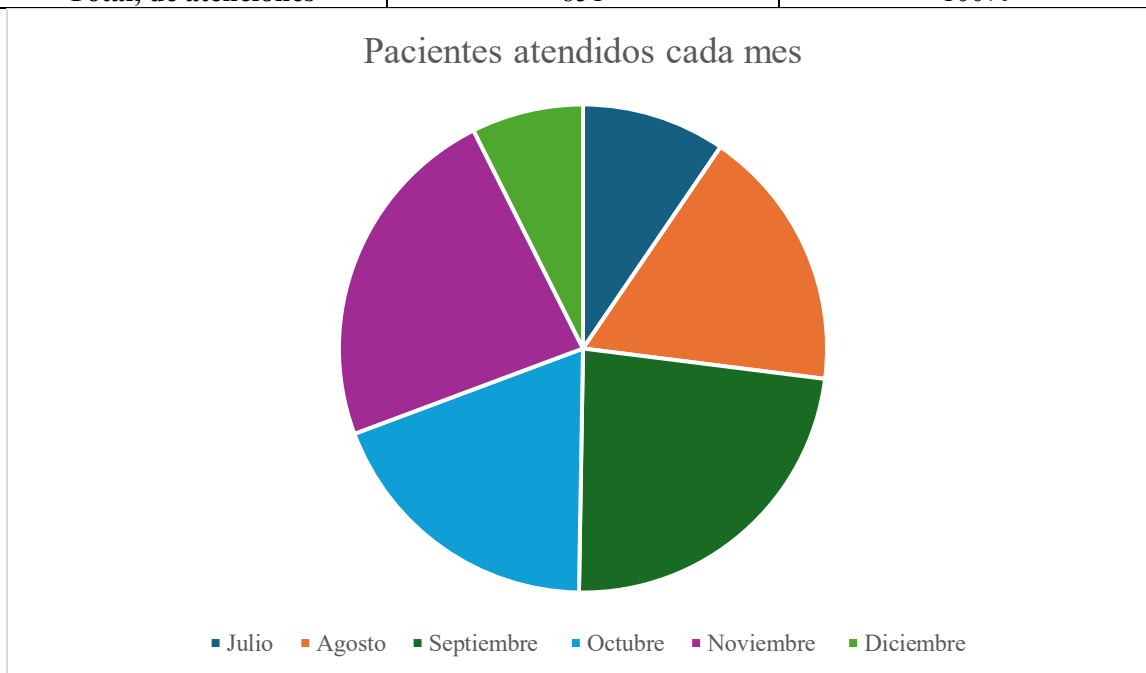


Análisis: En el desarrollo y la ejecución de la pasantía de práctica profesional se atendieron un total de 69 pacientes, en los cuales hubo beneficio para la población debido a que el centro de rehabilitación solo contaba con un recurso de planta, pero durante el transcurso de los seis meses hubo nuevos ingresos de pacientes para la intervención en fisioterapia y terapia ocupacional en el centro rehabilitación en estimulación temprana.

Los ingresos se distribuían de la siguiente manera: Mes de julio 18 pacientes, agosto 15 pacientes, septiembre 11 pacientes, octubre 12 pacientes, noviembre 13 pacientes, pero en el mes de diciembre no se cuenta con ingresos porque dentro de rehabilitación llega en funciones hasta el día 15 de diciembre en lo que respecta a atención en fisioterapia luego del 16 al 23 de diciembre se trabaja solo parte administrativa donde se confrontan y se subsanan los datos de los pacientes totales atendidos durante el año vigente, pero durante la ejecución hubieron ciertas limitantes que se vieron reflejadas en los datos en los meses de septiembre, octubre y noviembre pues por parte de la jefatura del centro de rehabilitación se tomó la decisión de reducir los ingresos debido a la falta de recursos en insumos por parte la alcaldía de San salvador este.

Tabla 10. Cantidad total de pacientes atendidos por mes.

Meses	Frecuencia	Porcentaje
Julio	81	9.5%
Agosto	149	17.5%
Septiembre	198	23.3%
Octubre	162	19.0%
Noviembre	198	23.3%
Diciembre	63	7.4%
Total, de atenciones	851	100%

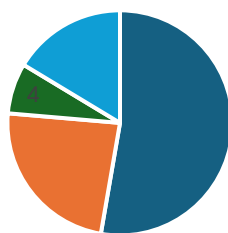


Análisis: Según los datos recabados durante el mes de julio se dieron 81 atenciones, posteriormente durante el mes de agosto se brindaron un total de 149 atendidos ese mes, en el mes de septiembre se vieron un total de 198 usuarios atendidos, el siguiente mes de octubre se vio un total de 162 atenciones brindadas, para el mes de noviembre se dieron un total 198 atenciones para este mes en el mes de diciembre se brindaron un total de 63 atenciones brindadas, dando un total de 851 atenciones brindadas en seis meses de pasantías de prácticas profesionales.

Tabla 11. Cantidad de tipos de Alta.

Tipos de alta	Condición de Alta					Porcentaje %
	Sin dificultad	Dificultad ligera	Dificultad moderada	Dificultad grave	Dificultad completa	
Rehabilitado	29					42.03%
Altas por Fisioterapeuta		13				18.84%
Alta voluntaria	4					5.80%
Alta por inasistencia			9			13.04%
Total	33	13	9			79.71%

ALTAS TOTALES

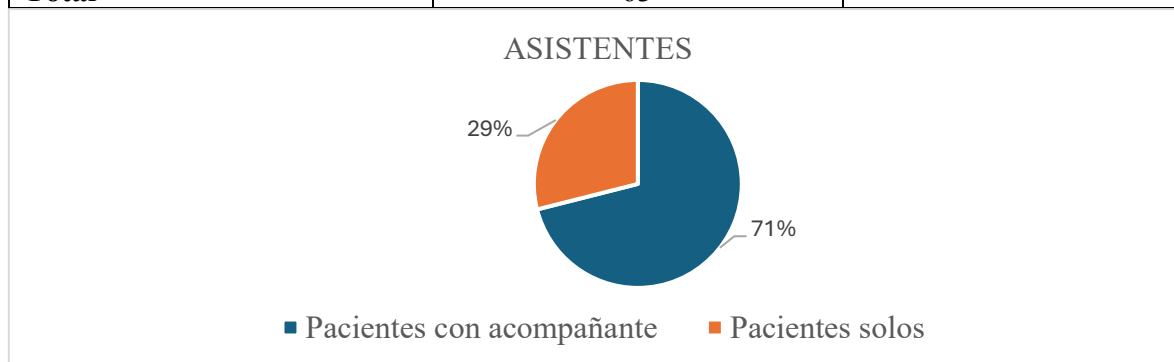


■ Rehabilitado ■ Altas por Fisioterapeuta ■ Altas Voluntarias ■ Alta por inasistencia

Análisis: durante la ejecución de la pasantía de práctica profesional se dieron diferentes altas, sin dificultad, dificultad ligera, dificultad moderada, dificultad grave, dificultad completa, según cada uno de los diagnósticos se sabe que la mayor parte de usuarios atendidos en el centro de rehabilitación y estimulación temprana son adultos mayores con patologías musculoesqueléticas y osteoarticulares, gran porcentaje de ellos fueron rehabilitadas sin dificultad dando un total de 29, hubo otro porcentaje que se distribuía en pacientes que fueron dados de alta con una dificultad ligera, 13 fueron dados de altas por el fisioterapeuta al mostrar mejoría, 4 se dieron el alta voluntaria y por otra parte 9 personas tuvieron el alta por inasistencia con una dificultad moderada, indicando como resultado que la mejoría en los pacientes con la intervención en fisioterapia por medio de las técnicas de cinesioterapia y la intervención en terapia ocupacional por medio de las actividades de la vida diaria fueron de beneficio para la población atendida, mostrando un porcentaje alto en mejoría.

Tabla 12. Ejecución del plan de acción de educación para la salud.

Pacientes asistentes a las charlas de educación para la salud.	Frecuencia	Porcentaje
1° charla de educación para la salud		
Paciente con acompañantes	24	38.1%
Paciente solos	6	9.5%
2° charla de educación para la salud		
Pacientes con acompañante	28	44.4%
Pacientes solos	5	7.9%
Total	63	100.0%



Análisis: durante la ejecución de la pasantía de práctica profesional se desarrolló el plan de acción enfocado en educación para la salud en donde se impartía información mediante dos charlas demostrando los beneficios tanto de las técnicas de cinesioterapia y las actividades de la vida diaria usadas con fines terapéuticos para que los asistentes comprendieran la importancia de mantener su funcionalidad e independencia y así obtener ideas de plan para casa tanto de ejercicio terapéutico de elongación, de fortalecimiento y tareas con fines terapéuticos enfocadas en la prevención de la pérdida de arcos de movimiento y el apareamiento de la sarcopenia, tomando en cuenta que la mayor parte de los asistentes fueron adultos mayores, ya que se obtuvo un alcance total de 63 usuarios del centro de rehabilitación y estimulación temprana, los cuales 26 fueron acompañados por una persona para un total de 52 asistentes y 11 usuarios que asistieron solos.

CAPITULO V

5.1 CONCLUSIONES

- 1) Al aplicar de manera efectiva los instrumentos del MIF y PTO permitió obtener de forma objetiva y detalladas las principales afecciones de las condiciones de salud Neurológicas, musculoesqueléticas y osteoarticulares, que impactan el movimiento corporal humano y en la funcionabilidad de los pacientes atendidos en el centro de rehabilitación y estimulación temprana para generar la planificación individualizada del tratamiento.
- 2) La implementación de técnicas de cinesioterapia favoreció a la recuperación y mejoramiento del desempeño físico y la reintegración progresiva en todo lo que conlleva el movimiento corporal humano que se ve afectado por condiciones de salud de musculoesqueléticas, osteoarticulares y neurológicas detectadas mediante la evaluación.
- 3) La intervención de terapia ocupacional a través de estimular las técnicas de recuperación fue beneficiosa para las actividades de la vida diaria, favoreciendo a las mejoras notables en la autonomía e independencia de los usuarios que asistieron al centro de rehabilitación y estimulación temprana.
- 4) Las sesiones educativas de educación para la salud que se brindaron a los usuarios y familiares del centro de rehabilitación y estimulación temprana fortalecieron el conocimiento sobre sus condiciones de salud neurológicas, musculoesqueléticas y osteoarticulares; promoviendo el cuidado y manejo en casa, favoreciendo así la importancia del tratamiento y la concientización del seguir sus planes de hogar.
- 5) Se determinó que la mayor cantidad de usuarios atendidos son adultos mayores con afecciones musculoesqueléticas y osteoarticulares Por lo cual los tratamientos tanto de fisioterapia y terapia ocupacional fueron enfocados en la prevención complicaciones según sus condiciones de salud y el mejoramiento de movimiento corporal humano y la funcionabilidad.

5.2 RECOMENDACIONES

- Al centro de rehabilitación se le sugiere aplicar la evaluación funcional sistematizada mediante instrumentos del MIF y el PTO garantizando que todos los pacientes que ingresan reciban una valoración estandarizada que permita planificar de forma individualizada sus tratamientos, para mejores resultados a largo plazo, implementando siempre registros continuos de seguimiento clínico, reevaluando para ajustar y dosificar los tratamientos según la evolución del paciente.
- Al centro de rehabilitación se le recomienda la ejecución de técnicas de cinesioterapia para brindar una atención de calidad y eficaz al paciente para los cambios estructurales y progresivos en los usuarios con el objetivo para asegurar que el tratamiento vaya de acuerdo a las principales afecciones neurológicas, musculoesqueléticas y osteoarticulares de los usuarios para una mayor recuperación y alta del paciente.
- Al centro de rehabilitación se le fomenta seguir aplicando estrategias con técnicas de recuperación de terapia ocupacional orientadas a la autonomía y funcionabilidad de los usuarios en sus actividades de la vida diaria.
- Al centro de rehabilitación se le recalca la importancia de seguir educando a los usuarios por medio del desarrollo de sesiones de educación para la salud dirigidas a pacientes y familiares, siendo clave para asegurar que la información proporcionada de EPS a las personas sea aplicable en el hogar, promoviendo el autocuidado, independencia y funcionabilidad para la prevención, evitando así complicaciones a largo plazo de sus condiciones de salud neurológicas, musculoesqueléticas y osteoarticulares.

- 5.3 ANEXOS

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Meses/Semanas.																								
Actividades	Mayo / 2025				Junio / 2025				Julio / 2025				Agosto- Noviembre / 2025				Diciembre / 2025				Enero / 2026			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1° 4	2° 8	3° 12	4° 16	1	2	3	4	1	2	3	4
Elección del tema de investigación.				X																				
Recolección de información		X	X	X																				
Asesoría 1 14 mayo		X																						
Asesoría.2 30 mayo			X																					
Asesoría 3 1 junio				X																				
Asesoría 4 20 junio					X																			
Asesoría 5 27 de junio											X													
Asesoría 6																								

8 de Julio								X																
Elaboración de Plan de Acción		X	X	X	X	X	X	X	X															
Entrega para revisión Plan de Acción									X	X														
Asesoría avance de memoria Septiembre															X									
Asesoría de Diciembre																							X	





Referencias Bibliográficas:

1. Kisner C, Colby LA. Ejercicio terapéutico: fundamentos y técnicas. 6.^a ed. Filadelfia: F.A. Davis Company; 2012.
2. O'Sullivan SB, Schmitz TJ, Fulk G. Rehabilitación física. 6.^a ed. Filadelfia: F.A. Davis Company; 2014.
3. Shumway-Cook A, Woollacott MH. Control motor: traducción de la investigación a la práctica clínica. 5.^a ed. Filadelfia: Lippincott Williams & Wilkins; 2016.
4. Campbell SK, Palisano RJ, Orlin MN. Fisioterapia en pediatría. 5.^a ed. St. Louis: Elsevier; 2017.
5. Carr JH, Shepherd RB. Rehabilitación neurológica: optimización del rendimiento motor. 2.^a ed. Edimburgo: Churchill Livingstone; 2010.
6. Tyni-Lenné R, Bjerle P, Pedersen E, Hedberg M, Nyberg B. Los ejercicios de respiración diafragmática mejoran la expansión de la pared abdominal y reducen el trabajo respiratorio en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Chest*. 1997;112(6):1579–1584.
7. Asociación Estadounidense de Terapia Ocupacional. Marco de trabajo para la práctica de la terapia ocupacional: dominio y proceso. 4.^a ed. *Am J Occup Ther*. 2020;74(Supl 2):7412410010p1-7412410010p87.
8. Radomski MV, Trombly Latham CA. Terapia ocupacional para disfunción física. 7.^a ed. Filadelfia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2014.
9. Kendall FP, McCreary EK, Provance PG, Rodgers MM, Romani WA. Músculos: pruebas y funciones, con postura y dolor. 5.^a ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
10. Gormley ME. Tratamiento de trastornos neuromusculares y musculoesqueléticos mediante fisioterapia. En: Umphred DA, Lazaro RT, editores. *Rehabilitación neurológica*. 6.^a ed. St. Louis: Elsevier; 2013. p. 679-708.
11. Schell BAB, Gillen G, Scaffa ME. Spackman: Terapia ocupacional. Fundamentos para la práctica y la profesión. 11.^a ed. Barcelona: Elsevier; 2021

