

Universidad de El Salvador
Facultad de Medicina
Escuela de Tecnología Médica
Licenciatura en Fisioterapia y Terapia Ocupacional



Informe final de investigación

**INDAGAR LA EJECUCIÓN DE LAS HABILIDADES MOTORAS EN
ACTIVIDAD DE LA VIDA DIARIA DE VESTIDO DE LOS PACIENTES CON
FRACTURA DE MIEMBRO SUPERIOR ATENDIDOS EN EL ÁREA DE
FISIOTERAPIA DEL HOSPITAL NACIONAL GENERAL “DR. JUAN JOSÉ
FERNÁNDEZ” ZACAMIL, OCTUBRE A NOVIEMBRE 2017.**

Para optar al grado de:

Licenciatura en Fisioterapia y Terapia Ocupacional

Integrantes:

Br. Bernabé Guillen, Wendy Abigail Carnet BG09040

Br. Estrada García, Ericka Anahi Carnet EG12027

Docente Asesor:

Licda. Alicia Margarita Rivas Lemus.

Ciudad Universitaria, 24 Noviembre de 2017.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES VIGENTES

Lic y MsC Roger Armando Arias

Rector de la Universidad

Dr. Manuel de Jesús Joya

Vicerrector Académico de la Universidad

Ing. Nelson Granados

Vicerrector Administrativo de la Universidad

Licdo. Cristóbal Hernán Ríos Benítez

Secretario General de la Universidad

Dra. Maritza Mercedes Bonilla Dimas

Decana de la Facultad de Medicina

Licda. Dálide Ramos de Linares

Directora de Escuela de Tecnología Médica

MsD Lic. Julio Ernesto Barahona Jovel

Director de la carrera de Fisioterapia y Terapia Ocupacional

PROCESO DE GRADUACIÓN APROBADO POR:

Licda. Alicia Margarita Rivas Lemus.

Docente Asesor de Proceso de Graduación de la Carrera

MsD Lic. Julio Ernesto Barahona Jovel

Coordinador General de Procesos de Graduación de la Carrera

AGRADECIMIENTOS

De: ErickaAnahi Estrada García.

Agradezco a Dios todo poderoso por estar siempre presente en mi vida y guiarme a lo largo de mi carrera universitaria, por ser mi fortaleza y guía en los momentos de prueba y debilidad, por haber puesto en mi camino a muchos ángeles, algunos ya están en el cielo y otros siguen a mi lado siempre apoyándome, por brindarme una vida llena de conocimientos, experiencias y sobre todo felicidad.

Le doy gracias a mi madre Catalina Estrada por apoyarme en todo momento, por sus consejos, oraciones, su amor incondicional y por los valores que me ha inculcado desde niña. A mi hermano Wilfredo Estrada por ser parte importante en mi vida y representar la unidad familiar a ambos por haberme dado la oportunidad de tener una excelente educación en el transcurso de mi vida. A mi abuelo Carlos Estrada y hermano Gilberto Estrada que aunque ya no se encuentren con nosotros físicamente, siempre estarán presente en mi corazón, por haber creído en mí hasta el último momento, sobre todo por ser un excelente ejemplo de vida a seguir gracias. A mi novio José Eduardo Hernández por llenar mi vida de alegrías y amor cuando más lo he necesitado, por haberme apoyado en las buenas y en las malas, sobre todo por su paciencia y amor incondicional.

Le agradezco al Doctor. José Roberto González Director del Hospital Nacional Zacamil “Doctor Juan José Fernández”, por autorizar la realización de mi tesis de grado en dicha institución.

Agradezco a la Licda. Marla Ivonne Elías Jefa del departamento de Fisioterapia del Hospital Nacional Zacamil “Doctor Juan José Fernández”, por darme la oportunidad de desarrollar mi tesis en dicho departamento, por la confianza y apoyo incondicional, por haber compartido sus conocimientos y su experiencia profesional, gracias. A las Fisioterapeutas de dicha institución Licda. Ana Medrano, Licda. Claudia Marina de Clará y Licda. Lorena Campos por la oportunidad, apertura por su apoyo incondicional y paciencia, a todas ellas gracias por las veces que a mí me explicaron y por la confianza que en mí depositaron gracias.

Le agradezco a la Licda. Alicia Margarita Rivas Lemus docente de la Universidad Nacional de El Salvador por asesorarme en el proceso de tesis, por compartir sus conocimientos y experiencia profesional, por su apoyo y por estar siempre dispuesta a resolver todas las dudas que en el transcurso del proceso se presentaron. A la compañera de tesis Wendy Bernabé gracias y éxitos profesionales.

INDICE

Contenidos.Pag.

INTRODUCCIÓN.....	9-10
CAPITULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
A. Situación problemática.....	11-14
B. Enunciado del problema.....	15
C. Justificación y viabilidad de la investigación.....	16-17
D. Objetivos.....	18
a. General	
b. Especifico	
CAPITULO II MARCO TEORICO	
A.Antecedentes del problema.....	19-20
a. A nivel Internacional	
b. A nivel Nacional	
B. Fundamentación Teórica.....	21-46
a. La Terapia Ocupacional sus Dominios y Procesos.....	21-31
a.1 Definición de Terapia Ocupacional	
a.2 La importancia de Terapia Ocupacional en Fracturas	
a.3 Marco de trabajo de la Terapia Ocupacional según la AOTA (Organización Americana de Terapia Ocupacional)	
a.4 Dominios de la Terapia Ocupacional	
a.5 El proceso de Terapia Ocupacional	
b. El rol del Terapeuta Ocupacional.....	31-32

c. La actividad como herramienta en Terapia Ocupacional.....	33-34
c.1 Selección de la actividad	
c.2 Análisis de la actividad	
c.3 Adaptación de la actividad	
d. FRACTURAS.....	35-42
d.1 Fisiopatología de la fractura	
d.2 Clasificación de la fractura	
d.3 Complicaciones de la fractura	
d.4 Tratamiento médico en fractura	
d.5 Tratamiento de Terapia Ocupacional en Fractura	
d.6 Objetivos de Terapia Ocupacional en Fracturas	
e. FRACTURAS DE MIEMBRO SUPERIOR.....	42-46
e.1 Fractura de clavícula	
e.2 Fractura de escapula	
e.3 Fractura del extremo proximal del humero	
e.4 Fractura del extremo distal del humero	
e.5 Fracturas del cúbito y radio	
e.6 Fracturas del carpo y mano	
f. Proceso de la Terapia Ocupacional en esta investigación.....	46
CAPITULO III SISTEMA DE HIPOTESIS	
A. Operacionalización de Variables.....	47-52

CAPITULO IV DISEÑO METODALÓGICO

A. Tipo de Estudio.....	53
B. Población, Muestra y Muestreo Utilizado.....	53-54
C. Métodos, Técnicas y Validación del Instrumento.....	55-56
D. Procedimiento.....	56-57
a. Recolección de datos	
b. Procesamiento de datos	

CAPITULO V ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

A. Análisis e interpretación de datos.....	58-108
--	--------

CAPITULO VI CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. Conclusiones.....	109-113
B. Recomendaciones.....	114
BIBLIOGRAFIA.....	115-116

ANEXOS

Anexo 1

Consentimiento informado

Anexo 2

Instrumento de recolección de datos

INTRODUCCIÓN.

El beneficio de la Terapia Ocupacional es dominar habilidades que nos ayudan a desarrollarnos, recuperarnos o mantenernos activos en la vida cotidiana. La meta siempre será ayudar a los individuos a tener vidas independientes, productivas y satisfactorias y para cumplir con esta meta hemos considerado importante realizar un estudio sobre la ejecución de las habilidades motoras en actividad de la vida diaria de vestido de los pacientes que han sufrido fractura de miembro superior atendidos en el área de Fisioterapia del Hospital Nacional General “Doctor Juan José Fernández” Zacamil.

Las actividades de autocuidado son una parte esencial para la buena autoestima del ser humano, sentirse capaz e independiente brinda vitalidad y entereza, después de sufrir una lesión musculo esquelética algunas de las funciones prescindibles se ven comprometidas, esto podría empeorar dependiendo del tiempo en el que el cuerpo se tarde en recuperarse, es por ello que la Terapia Ocupacional juega un papel importante en la evaluación y búsqueda de soluciones, con un tratamiento optimo ante las limitaciones en la ejecución de las habilidades motoras para restaurarlas lo antes posible y que el paciente retome sus actividades de la vida cotidiana con la mejor calidad de movimiento posible.

El presente estudio se ha compuesto de los siguientes apartados: en el capítulo primero encontraremos el planteamiento del problema; donde se describe la situación social de nuestro país que nos impulsa a realizar este trabajo en un acto de solidaridad con

nuestros hermanos salvadoreños, le sigue el enunciado del problema, la Justificación y los objetivos que han dirigido esta investigación.

En el capítulo segundo con el marco teórico se describen antecedentes del problema a nivel internacional y a nivel nacional, además de la fundamentación teórica sobre la Terapia Ocupacional con sus dominios y procesos según la AOTA, definición de la misma y su importancia en el tema de fracturas, en el capítulo tres. encontraremos la operacionalización de variables donde se toman los aspectos de importancia según la visión de esta investigación, el capítulo cuatro, describe el diseño metodológico utilizado en el proceso de ejecución, en el capítulo cinco, se analizan e interpretan los datos obtenidos representados a través de gráficos de pastel y barra para finalmente realizar las respectivas conclusiones y recomendaciones que darán la pauta para determinar el mejor medio de tratamiento representado en materiales terapéuticos que ayudaran a la recuperación de la población en estudio.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

A. Situación problemática.

En el Salvador, uno de los países de América Latina (catalogado como de los más violentos del mundo por segundo año consecutivo) indicó en su reporte anual el organismo internacional ONG observatorio venezolano de violencia (ovv), el país registra 100 homicidios por cada 100 mil habitantes, hasta el 26 de diciembre de 2016, en todo país habían sido asesinadas 5,239 personas, según las autoridades policiales, es decir, un promedio de 15 muertos diarios y no es de extrañar que dicha situación se refleje en la salud de la población tanto física como mental, Las patologías causadas a través de la violencia delincuenciales, intrafamiliar, accidentes de tránsito, traumatismos, accidentales por caídas, entre otros, muchos de los cuales resultan en fracturas en diferentes partes corporales cuya recuperación es lenta pues luego de pasar por el tratamiento médico que puede ser cirugía y/o inmovilización con yeso durante meses, reciben rehabilitación física y ocupacional para recuperar su funcionalidad. Además, el enfoque que se sigue en el ámbito de la salud es curativo, sigue siendo de atención a la enfermedad y no de prevención.

Esta situación puede afectar la salud emocional de la persona ya que muchos de ellos son de escasos recursos económicos (amas de casa, estudiantes, oficios varios) y al verse afectada su funcionalidad representa una dificultad tanto para ellos y su familia, al no poder realizar de manera satisfactoria sus actividades de la vida diaria, algunos de ellos son jefes de hogar y su responsabilidad es abastecer el hogar con el sustento diario; ello, nos dice que es de importancia vital el que se restaure su salud de la manera más rápida y eficaz para poder continuar con sus labores diarias, en sus empleos y en los centros de estudios a los que asisten.

En el Hospital Zacamil, según datos estadísticos en dicho centro, reflejan la población que acudió en los últimos 9 meses desde enero hasta septiembre de 2017 con fracturas de miembro superior, al área de cirugía de consulta externa fueron 77 pacientes y del área de Fisioterapia y rehabilitación fueron 89 pacientes, entre ellos niños/as y personas adultas incluyendo adultas mayores.

Las fracturas en general y complicadas en el miembro superior como producto de situaciones violentas y otros factores de riesgo, limitan la independencia en las AVD (Actividades de la vida diaria) entre ellas una de las más afectadas es la actividad de vestido tanto de miembros superiores como de miembros inferiores.

A consecuencia física, de que se restringen los movimientos articulares y se afecta la fuerza muscular dejando inmobilizado el miembro superior por periodos de tiempo considerables de 3 o 6 meses incluso más, dependiendo del tipo de lesión y de las estructuras dañadas, esta área de ocupación requerirá de cambios o adaptaciones para favorecer el cumplimiento independiente de las actividades de la vida diaria.

Para el paciente se convierte en una manera obligatoria la modificación de lo aprendido para realizar con éxito las actividades básicas de la vida diaria y muchas veces lo realiza de forma improvisada, lo cual pone en riesgo las estructuras corporales lesionadas o estructuras que ayudan a sustituir el miembro afecto por una incorrecta implementación de los movimientos, este accionar se convierte en precursor de un mal manejo del cuerpo, además de poner en riesgo la salud muscular y articular de la persona se retrasa su tratamiento de rehabilitación.

En el Hospital Nacional Zacamil “ Doctor Juan José Fernández”, los pacientes referidos por fracturas de miembro superior al área de Terapia Física y Rehabilitación reciben una excelente atención en dicha área pero teniendo en cuenta la demanda de pacientes atendidos en general, solo se brinda al paciente un tiempo máximo de 30 minutos y la Terapia que se recibe se centra mayoritariamente en Fisioterapia, por lo tanto se necesita que esta recuperación se complemente con un mayor entrenamiento en AVD (Actividades de la vida diaria) basándose especialmente en aquellas actividades con mayor dificultad de ejecución expresadas por el grupo poblacional; vestido, alimentación, higiene y arreglo personal. En el centro de atención se observa la

necesidad de instrumental de Terapia Ocupacional orientado a actividades con propósito para la recuperación de las secuelas de fracturas de miembro superior relacionadas al cumplimiento independiente de actividades de la vida diaria.

He aquí el interés del grupo investigador sobre Indagar la ejecución de habilidades motoras en la actividad de la vida diaria de vestido de los pacientes con fractura de miembro superior atendidos en el área de Fisioterapia del Hospital Nacional General “Doctor Juan José Fernández” Zacamil, en los meses de Octubre a Noviembre de 2017, con los resultados obtenidos se diseñaron materiales para actividades con propósito, los cuales se entregaron al centro hospitalario como un aporte al área de Fisioterapia y así contribuir a la restauración de la funcionalidad en la actividad de la vida diaria donde la población en estudio mostro mayor dificultad de ejecución motora tras sufrir una fractura de miembro superior.

B. Enunciado del problema.

¿Cómo ejecutan las habilidades motoras en actividad de la vida diaria de vestido los pacientes con fractura de miembro superior atendidos en el área de Fisioterapia del Hospital Nacional General “Doctor Juan José Fernández” Zacamil, Octubre a Noviembre de 2017?

C. Justificación y Viabilidad de la investigación.

El presente trabajo de investigación se orientó en la Terapia Ocupacional, en el área de ocupación de AVD (Actividades de la vida diaria) enfocada a la actividad de vestido, esta área de ocupación es muy importante en la salud física y mental de las personas, pues a través de esta se desempeñan diariamente en sus hogares e influyen las correctas maneras de ejecución, por lo tanto el grupo investigador desea aportar en el tratamiento de rehabilitación funcional en los pacientes con fractura de miembro superior atendidos en el área de Fisioterapia del Hospital Zacamil.

En el servicio de Fisioterapia de este centro de atención se observó la necesidad de obtener nuevas herramientas de Terapia Ocupacional para contribuir a la pronta y eficiente recuperación de esta población en estudio.

Los beneficiarios directos de la investigación fueron en su mayoría de escasos recursos económicos y en algunos casos los responsables de contribuir al sustento diario del hogar, al verse afectada su funcionalidad en alguna de sus actividades, no se desempeñan eficazmente, algunos de ellos tal es el caso de las personas de la tercera edad pueden convertirse en una carga familiar, otros se ven obligados abandonar sus trabajos ya que el rendimiento no es el mismo y eso trae consigo una baja en economía familiar, en el caso de los estudiantes algunos ponen en pausa sus estudios y esto implica un retroceso en el aprendizaje, todo esto altera el estado emocional y de salud del paciente y retrasa el proceso de rehabilitación si no se cuenta con herramientas necesarias para atender de forma integral a esta población.

Entre más rápido y completo es el proceso de rehabilitación integral en el área de Fisioterapia del Hospital Zacamil en pacientes con fracturas de miembro superior conlleva a una menor inversión económica por parte del hospital y de esa forma también mejoramos la calidad de vida de esta población beneficiada, implementando acciones de bajo costo a través de esta investigación, lo que se convierte en un aporte importante para la carrera de Terapia Ocupacional por medio de insumos del campo práctico a través de los profesionales de Terapia Ocupacional.

La investigación que se propuso fue viable y factible ya que se contó con los conocimientos técnicos para ejecutarla por el equipo investigador, el permiso y colaboración de la institución para aportar la información necesaria. También fue viable y factible económicamente y aportó beneficios al área de Fisioterapia del Hospital.

D. Objetivos:**a. Objetivo general.**

- Indagar la ejecución de las habilidades motoras en actividad de la vida diaria de vestidode los pacientes con fracturas de miembro superior atendidos en el área de Fisioterapia del Hospital Nacional General “Doctor Juan José Fernández” Zacamil, Octubre a Noviembre de 2017.

b. Objetivos específicos.

- Evaluar el perfil ocupacional de la población en estudio para una posterior interpretación según la visión y el propósito de la investigación.
- Determinar las estructuras y funciones corporales afectadas de miembro superior de la población en estudio.
- Analizar el desempeño ocupacional en la ejecución de las habilidades motoras en actividad de la vida diariade vestidodel grupo poblacional.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

A. Antecedentes de problema.

a. A nivel Internacional.

En la base de datos de la OMS sobre la Carga Mundial de Morbilidad, las muertes y las lesiones no mortales relacionadas con caídas excluyen; las caídas debidas a agresiones y lesiones autoprovocadas, las caídas desde animales, edificios en llamas o vehículos de transporte y las caídas en fuegos, agua o máquinas.

Las caídas son un importante problema mundial de salud pública. Se calcula que anualmente se producen 424 000 caídas mortales, lo que convierte a las caídas en la segunda causa mundial de muerte por lesiones no intencionales, por detrás de los de los traumatismos causados por el tránsito. Más del 80% de las muertes relacionadas con caídas se registran en países de bajos y medianos ingresos, y más de dos terceras partes de esas muertes se producen en las Regiones del Pacífico Occidental y Asia Sudoriental. Las mayores tasas de mortalidad por esta causa corresponden en todas las regiones del mundo a los mayores de 60 años.

Cada año se producen 37,3 millones de caídas que, aunque no sean mortales, requieren atención médica y suponen la pérdida de más de 17 millones de años de vida ajustados en función de la discapacidad.

b. A nivel nacional.

De la Universidad de El Salvador, David Alberto Parada García y Milagro de Jesús Vásquez Rodríguez, 2013, realizaron una investigación denominada, beneficios de la parafina y la Terapia Ocupacional en pacientes con diagnóstico de fractura de miembro superior entre las edades de 30 a 65 años de ambos sexos, que asisten al Hospital Nacional San Pedro de la ciudad de Usulután, durante el periodo de julio a septiembre de 2013, se determinó que la causa más frecuente que ocasionaron las fracturas fueron las caídas con un 77.77%; afectando a ambos sexos.

Los pacientes que se les aplicó el tratamiento de la Parafina y la Terapia Ocupacional, se recuperaron satisfactoriamente en la disminución de signos y síntomas ocasionados por las fracturas de miembro superior.

En base a los antecedentes antes mencionados podemos evidenciar que hay estudios relacionados al tema tanto a nivel nacional como internacional que nos permiten establecer nuestra base teórica y metodológica de esta investigación, al mismo tiempo se evidencia que el tema no ha sido profundizado en nuestro país por el desconocimiento de la Terapia Ocupacional.

B. Fundamentación Teórica.

a. La Terapia Ocupacional sus Dominios y proceso.

a.1 Definición de Terapia Ocupacional.

Según la asociación Americana de Terapia Ocupacional;

“Es el uso terapéutico de las actividades de autocuidado, trabajo y juego para incrementar la función independiente, mejorar el desarrollo y prevenir la discapacidad, puede incluir la adaptación de las tareas o el ambiente para lograr la máxima independencia y mejorar la calidad de vida”.

Según la OMS;

“Es el conjunto de técnicas, métodos y actuaciones que, a través de actividades aplicadas con fines terapéuticos, previene y mantiene la salud, favorece la restauración de la función, suple los déficit invalidantes y valora los supuestos corporales y su significación profunda para conseguir la mayor independencia y reinserción posible del individuo en todos sus aspectos: laboral, mental, físico y social.

a.2 La importancia de la Terapia Ocupacional en fracturas.

La Terapia Ocupacional tiene amplios conocimientos en la rehabilitación de las lesiones de traumatología, en el caso de las fracturas es importante comenzar la rehabilitación desde la fase de inmovilización con (yeso, férula, fijadores externos, entre otros.) y continuar en la fase posterior a la inmovilización teniendo en cuenta una valoración previa del estado del paciente y las indicaciones médicas, a través de actividades graduadas y guiadas con fines terapéuticos, con el objetivo de mantener la amplitud articular, mejorar la fuerza muscular y evitar retracciones musculoesqueléticas y así disminuir las secuelas en la fase de retirada de la inmovilización garantizando una recuperación eficaz del paciente con algún tipo de fractura.

Los profesionales de Terapia Ocupacional tenemos como objetivo capacitar al cliente a través de técnicas, métodos y actuaciones por medio de las actividades aplicadas con fines terapéuticos que previenen y mantienen la salud, favorecen la recuperación de la función y suplen los déficits invalidantes permitiendo conseguir la mayor independencia y alcanzar un equilibrio en sus diferentes áreas de ocupación AVD (actividades de la vida diaria), AIVD (actividades instrumentales de la vida diaria), descanso y sueño, educación, trabajo, juego, ocio/tiempo libre y participación social, a través del desarrollo de habilidades de desempeño para alcanzar la máxima funcionalidad posible en su diario vivir.

a.3 Marco de trabajo de la Terapia Ocupacional según la AOTA (Organización Americana de Terapia Ocupacional).

El marco de trabajo está dividido en dos secciones principales:

- 1. El dominio:** El cuál resume el alcance de la profesión y las áreas en las cuales sus miembros tienen establecido un cuerpo de conocimientos y experiencias para lo cual ofrecen asistencia a otros en (Áreas de ocupación, factores de cliente, habilidades de desempeño, patrones de ejecución, contexto y entorno, demandas de la actividad).
- 2. El proceso:** Dinámico centrado en el cliente y la ocupación utilizado en la prestación de servicios de Terapia Ocupacional, (Evaluación del perfil y desempeño Ocupacional, intervención y resultados).

a.4 Dominios de la Terapia Ocupacional.

Entre los dominios de la Terapia Ocupacional tenemos:

- **Áreas de ocupación;** Actividades de la vida diaria, Actividades instrumentales de la vida diaria, Educación, Trabajo, Juego, tiempo libre, Participación social.

Nuestra investigación está orientada en una de las Áreas de Ocupación muy importante y necesaria para la vida del ser humano tal es el caso de las “**Actividades de la Vida Diaria**” especialmente en la de vestido, en pacientes que han sufrido fractura del miembro superior.

Actividades de la vida diaria: Son actividades orientadas al cuidado y mantenimiento del propio cuerpo, estas actividades son fundamentales para vivir en un mundo, que permitan la supervivencia y el bienestar, (Baño, ducha control de esfínteres intestinal y vesical, vestido, comer, alimentación, movilidad funcional, cuidado de dispositivos personales, higiene y arreglo personal, actividad sexual, aseo e higiene en inodoro).

Actividad de vestido: Consiste en seleccionar la ropa y accesorios apropiados para el momento del día, clima y ocasión; alcanzar la ropa del lugar donde se guarda; vestirse y desvestirse siguiendo una secuencia, ajustar, abrochar y desabrochar ropa y zapatos; aplicar y remover dispositivos personales prótesis u órtesis.

En la población con fractura del miembro superior influirá en cierta forma la edad, el sexo del paciente, la fase y las secuelas que haya dejado dicha fractura para la ejecución independiente de sus AVD básicas entre ellas la de vestido, además de las habilidades motoras con las que cuente para ejecutar dicha actividad, entre ellas la postura del miembro superior, el movimiento, la coordinación, fuerza y energía. Puede resultar complicado para el paciente colocarse sus prendas de vestir como la camisa o blusa, el pantalón, la falda, ropa interior, zapatos, entre otros, dicha independencia de ejecución puede variar de independiente, semiindependiente y dependiente. Para ello es importante conocer algunos aspectos de desempeño de la persona que influyen en las áreas de ocupación:

- **Factores o características del cliente.**

Este aspecto se centra en los factores físicos, cognitivos y psicosociales que residen en el cliente y que pueden afectar su rendimiento en el desempeño de una ocupación, entre los cuales se encuentran; los valores, las creencias, la espiritualidad, las funciones y estructuras corporales.

La enfermedad y la discapacidad afectan estos factores tal es el caso de sufrir una fractura corporal y con mayor dificultad si dicha fractura es ocasionada en uno o ambos miembros superiores los cuales son los principal encargados de la motricidad fina, esto influirá en la ejecución de las actividades de la vida diaria, entre ellas la actividad de vestuario la persona puede verse obligado/a a pedir ayuda o depender completamente de sus familiares.

Los factores del cliente incluyen:

Funciones corporales: Incluye todas las funciones fisiológicas de las sistemas corporales.

Estructuras corporales: Partes anatómicas del cuerpo tales como órganos y miembros.

Podemos mencionar algunos aspectos que pueden verse comprometidos de la persona tras sufrir una fractura en este caso de miembro superior; las funciones sensoriales y de dolor y las funciones neuromusculares y esqueléticas además de estructuras musculares, huesos, nervios, tendones y ligamentos.

Otro aspecto importante que influye en el desempeño de las áreas de ocupación son las habilidades de desempeño y patrones de desempeño requeridos.

- **Habilidades de desempeño.**

“Son elementos observables de la acción que tiene propósitos funcionales implícitos” (según Fisher y Kielhofner 1995). Son características de lo que la persona hace (por ejemplo, inclinarse, seleccionar, mirar algo fijo) versus capacidades subyacentes o funciones corporales (por ejemplo, movilidad articular, motivación, agudeza visual).

Entre las habilidades de desempeño se encuentran:

- ❖ **Habilidades motoras:** Observadas cuando el cliente se mueve e interactúa con los objetos de la tarea y el ambiente, estas incluyen; postura, movilidad, coordinación, fuerza y esfuerzo y energía.
- ❖ **Habilidades de procesamiento:** Observadas en la medida que el cliente maneja y modifica acciones para completar una tarea, estas incluyen; energía y conocimiento, organización temporal, organización del espacio y de los objetos y adaptación.
- ❖ **Habilidades de comunicación e interacción:** Se observa en la medida que el cliente transmite sus intenciones o necesidades y coordina su comportamiento social para actuar en conjunto con las personas, estas incluyen; corporalidad, intercambio de información y relaciones.

En esta investigación se tiene como objetivo indagar la ejecución de habilidades motoras en actividad de la vida diaria de vestido, de los pacientes con fracturas del miembro superior, entre las habilidades motoras a investigar están las siguientes:

❖ **Habilidades motoras:**

Postura: Relacionado con estabilizar y alinear el cuerpo cuando se mueve en relación a objetos de la tarea, con los que debe interactuar.

Movilidad: Relativo al movimiento del cuerpo completo o una parte de éste en el espacio, cuando interactúa con los objetos de la tarea esto incluye caminar, alcanzar y agacharse.

Coordinación: Relativo al uso de más de una parte del cuerpo para interactuar con objetos de la tarea de una manera que apoye el desempeño de la tarea, esto incluye coordinar, manipular y fluir.

Fuerza y esfuerzo: Se refiere a la habilidad de generar fuerza muscular apropiada para la interacción efectiva con objetos de la tarea, esta incluye mover, transportar, levantar calibrar.

Energía: Se refiere al esfuerzo sostenido durante la ejecución de la tarea en esta se incluye la resistencia y los pasos en los cuales mantiene el ritmo consistente.

- **Patrones de ejecución.**

Este aspecto incluye los **hábitos** (comportamientos específicos y automáticos que pueden ser útiles perjudiciales o dominantes), **rutinas** (secuencias establecidas por las ocupaciones o actividades que proveen la estructura de la vida diaria), **roles** y **rituales** (comportamientos esperados por la sociedad, moldeados por la cultura y pueden definirse posteriormente por el cliente).

Todos estos patrones de ejecución son utilizados en el proceso de participar en las ocupaciones o actividades de la vida diaria. En el caso de sufrir una fractura del miembro superior muchos de estos patrones se ven modificados o afectados, en sus actividades por ejemplo, en la actividad de vestido la persona puede dejar de usar prendas de vestir con botones a una blusa o camiseta sin botones, puede optar por utilizar todas sus prendas flojas, ya no podrá cambiar su ropa 2 veces al día como lo hacía antes o solicite la asistencia de otra persona y en algunos casos tendrá que cambiar el horario de rutina en el que realiza dicha actividad, además sus roles de madre, padre, estudiante, trabajador se ponen en pausa debido a que el rendimiento no es el mismo, entre otros aspectos.

Los patrones de desempeño se desarrollan a través del tiempo y son influenciados por el contexto.

- **Contextos y entornos.**

El contexto se refiere a la variedad de condiciones interrelacionadas que están dentro y rodeando al cliente, **cultural, personal, temporal y virtual**.

El entorno se refiere al ambiente **físico y social** que rodea al cliente y en los cuales tienen lugar las ocupaciones de la vida diaria.

- **Demandas de la actividad.**

Se refieren a las características específicas de una actividad que influyen en el tipo y cantidad de esfuerzo requerido para realizar la actividad.

Las demandas de la actividad incluyen los objetos utilizados y sus propiedades, demandas de espacio, demandas sociales, secuencia y tiempo, acciones requeridas, funciones del cuerpo requeridas y estructuras del cuerpo requeridas durante el desempeño de la actividad.

Este aspecto permite identificar las características de una determinada actividad tal es el caso de la actividad de la vida diaria de vestido y así poder ayudar al paciente con fractura de miembro superior.

a.5 El proceso de Terapia Ocupacional.

Este proceso incluye:

- **Evaluación.**

Iniciamos evaluando el perfil ocupacional, factores del cliente; las funciones y estructuras corporales dañadas y el desempeño ocupacional en habilidades motrices de la actividad de vestido en la población en estudio según el grado de dificultad en la que se encuentren.

Perfil Ocupacional: nos proporciona un conocimiento del historial y experiencias ocupacionales del cliente, sus patrones de vida diaria, intereses, valores y necesidades, se identifican los problemas y preocupaciones del cliente acerca de llevar a cabo sus ocupaciones y actividades de la vida diaria.

Funciones y Estructuras Corporales dañadas: Se conoció el diagnóstico por el cual el paciente fue referido al departamento de Fisioterapia y se determinó según evidencia radiográfica la estructura ósea afectada y a través de una evaluación articular, muscular, escala de dolor y sensibilidad se conocieron las principales funciones corporales dañadas.

Desempeño Ocupacional: Se identificaron de manera más específica los problemas actuales y potenciales de la población en estudio, en la ejecución de la actividad de la vida diaria de vestido a través de sus habilidades motoras como; postura, movilidad,

coordinación, fuerza y esfuerzo y energía para determinar el grado de dificultad que facilita o limita el desempeño en dicha actividad.

- **Resultados.**

Con los resultados obtenidos se elaboraron actividades con propósito que fueron entregadas al Centro Hospitalario para la utilización Terapéutica y así lograr un máximo nivel de independencia del paciente en su diario vivir.

Para una mejor comprensión de nuestro rol es necesario citar los siguientes puntos.

b. El rol del Terapeuta Ocupacional.

El Terapeuta Ocupacional está formado para enfocarse en el desempeño de las diferentes áreas ocupacionales que resultan de la interacción dinámica del cliente, el contexto, el ambiente y ocupaciones de cliente, siguiendo un proceso de evaluación, intervención y resultados y así superar las deficiencias encontradas.

Los profesionales que forman parte del equipo multidisciplinario y en diferentes ámbitos de práctica, solo el Terapeuta Ocupacional está entrenado para tomar estas decisiones y ofrecerlas al paciente.

Las decisiones se toman en base a la evaluación de las diferentes destrezas de ejecución encontradas actualmente en el cliente.

ROL DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL
Observar. El desempeño de tareas.
Situar. El desempeño de tareas dentro de los roles ocupacionales y ambiente de pacientes.
Analizar. Que afecta el desempeño de tareas.
Evaluar. El nivel de deficiencia de las habilidades.
Comprender. Los trastornos médicos y psicológicos.

El rol del Terapeuta Ocupacional en la intervención de las actividades de la vida diaria es único y específico. En diferentes ámbitos de práctica, incluyendo el hogar del paciente, puede haber muchas personas que ayudan al paciente a realizar las tareas de cuidados personales, estas personas pueden ser enfermeras, auxiliares de clínica, asistentes de cuidados personales, auxiliares de salud en el hogar y miembros de la familia. Todas estas personas tienen la potencialidad de influir en el desempeño de las tareas y motivar o no al paciente. Sin embargo, entre las personas que intervienen en el cuidado personal, solamente el Terapeuta Ocupacional posee entrenamiento para evaluar y analizar el desempeño de funciones del paciente determinando el método y el grado de participación en el cuidado personal.

c. La actividad como herramienta en Terapia Ocupacional.

Los profesionales de Terapia Ocupacional utilizamos la actividad en todo el proceso terapéutico, para desarrollar habilidades cognoscitivas, perceptuales psicosociales y motoras teniendo en cuenta las necesidades del paciente y con un propósito específico. La valoración del desarrollo para un plan de tratamiento siempre está dirigida hacia el logro de un comportamiento ocupacional competente del individuo al que tratamos.

Cualquier aspecto que requiera un procesamiento mental, manipulación física de objetos o movimiento dirigido con un fin determinado puede ser considerado una **actividad**, las personas con incapacidades físicas tal es el caso de los pacientes con fracturas de miembro superior necesitan desarrollar habilidades motoras por medio de actividades terapéuticas con propósito.

c.1 Selección de la actividad.

La principal función del Terapeuta Ocupacional consiste en seleccionar la mejor actividad para satisfacer las necesidades de la población. En esta investigación primero identificamos el problema de los pacientes con fracturas de miembros superiores, (sus necesidades prioritarias), planteamos los objetivos de tratamiento y teniendo en cuenta los intereses del paciente y sus habilidades motrices estableceremos las actividades terapéuticas que más favorezcan a su recuperación.

Dichas actividades además de incrementar la función física, deben ser adecuadas al desarrollo de la persona, encontrarse dentro de sus capacidades y deben ser graduables.

- **Características de la actividad:** Incrementar la gama de movimiento activo, incrementar el movimiento pasivo según la necesidad, incrementar la potencia muscular, incrementar la resistencia, incrementar la coordinación y la destreza, dependiendo el caso debe incrementar o disminuir el tono muscular.

c.2 Análisis de la actividad.

Dicho análisis consiste en examinar estrechamente las actividades que el paciente manifiesta tener dificultad al realizar para determinar sus habilidades motoras comprometidas para que el Terapeuta Ocupacional pueda seleccionar la actividad más adecuada.

c.3 Adaptación de la actividad.

Es el proceso de modificar una artesanía u objeto, juego, deporte o alguna otra actividad para lograr un objetivo terapéutico.

Las características de una buena adaptación son las siguientes; La adaptación logra su objetivo específico, no propicia o requiere de posturas o movimientos raros, la posición debe ser adecuada para la actividad implicada, la adaptación ha sido sólidamente construida y no es peligrosa para el paciente.

d. FRACTURAS.

Definición.

Según la OMS:

Es la solución de continuidad del tejido óseo o ruptura parcial o total en cualquier hueso del cuerpo se produce como consecuencia de un esfuerzo excesivo que supera la resistencia del hueso, es decir es la consecuencia de una sobrecarga única o múltiple y se produce en milisegundos. Los extremos fracturados en algunos casos pueden producir una lesión de las partes blandas lo que se aumenta por el proceso de implosión de la fractura.

d.1 Fisiopatología de la fractura.

La intensidad del trauma debe ser de tal manera que supere el límite de elasticidad y resistencia mecánica del segmento óseo interesado.

El límite de elasticidad y resistencia mecánica de la arquitectura óseo en el sujeto normal, varía conforme a la edad. Tendremos así: en los primeros dos años de vida una elasticidad superior que en épocas sucesivas, hasta llegar a límites de resistencias y elasticidad inferiores en la edad adulta.

El trauma por su acción mecánica puede ser:

- Directo: cuando causa fractura directa en el punto de su aplicación. Ejemplo: fractura por arma de fuego.
- Indirecto: cuando ocasiona la fractura a distancia del lugar de su aplicación. ejemplo: fractura por torsión en la tibia.

d.2 Clasificación de la fractura.

- A. Desde el punto de vista anatómico-radiográfico.
- B. Según el sitio o ubicación anatómico-topográfico.
- C. Según su línea de fractura.
- D. Según la dirección del eje longitudinal de los fragmentos de fractura.
- E. Según su exposición al exterior.

A-Desde el punto de vista anatómico-radiográfico podemos tener:

1-Incompletas: Aquellas sin distanciamiento de fragmentos óseos y el periostio con frecuencia lo encontramos íntegro.

2-Completas: en estas la discontinuidad ósea es completa. Por lo tanto, podemos observar:

- Ruptura de periostio
- Hematoma
- Laceraciones de partes blandas

- Distanciamiento de partes óseas

3- Patológicas: en las cuales el trauma ocasiona fractura en una región ósea alterada previamente por un proceso patológico.

4- Fatiga: Estas fracturas son ocasionadas por traumas leves pero repetidos. Son muchas veces incompletas y se presentan en zonas sujetas a mayor presión.

B- Según el sitio de fractura o ubicación anatómo-topográfico podemos encontrar:

1. Epifisiario: estas estructuras se identifican frecuentemente con las fracturas articulares por ser la epífisis estructura integrante de las articulaciones.
2. Metafisiaria: En el periodo de crecimiento, a este nivel, nos podríamos encontrar también con un tipo particular de fracturas llamadas “Epifisiolisis” es esta, una discontinuidad a nivel de la línea de crecimiento metafisiario-epifisiaria: la cual queda adherida al fragmento epifisiario.
3. Diafisiaria: fractura entre las dos Metafisis.

C- Según la línea de la fractura, pueden ser:

1. Simples : Única línea de fractura; son aquellas que presentan dos fragmentos, proximal y distal , a su nivel las podemos subdividir en :
 - Transversales.
 - Oblicuas.
 - Espirales.

2. Compuestas: cuando la línea de la fractura es múltiple y se componen de más de dos fragmentos. Según su forma y dimensiones podemos sub-dividir las en:

Segmentarias.

Conminutas.

A mariposa.

D- Según la dirección del eje longitudinal de los fragmentos de fractura:

Alineadas.

Desalineadas.

E- Según la exposición al exterior tendremos:

Cerradas.

Abiertas.

d.3 Complicaciones de las fracturas.

Las complicaciones de una fractura las podemos dividir en generales y locales, según que implique todo el organismo o solo el lugar de la fractura.

Los mejoramientos en las técnicas de cirugía ortopédica e inmovilización han dado como resultado método que lleva a un movimiento más temprano de la extremidad fracturada y a incrementar la consolidación de la fractura. Los pacientes pueden resumir más pronto la actividad normal. Una vez que se ha logrado reducir y estabilizar la fractura por medio de un enyesado o con fijación interna, se inicia el movimiento activo

en los músculos y en las articulaciones no lesionadas de la extremidad. El tipo y cantidad de movimiento recuperado dependerá del tamaño de la fractura y del estado de general del paciente.

d.4 Tratamiento médico en fracturas.

El tratamiento médico de una fractura lo podemos concebir con dos modalidades:

- **Tratamiento incruento, (cerrado conservador):** así llamado porque su ejecución se realiza sin tomar en consideración forma alguna de la cirugía;
Tracción: se aplica en sentido longitudinal, aferrando el miembro por su parte distal a la fractura, se efectúa de manera continua y aumentando intensidad por unos 4-5 minutos.

Contra tracción: se efectúa aferrando el miembro por su parte proximal, a la fractura, a manera de contrarrestar la tracción. Dando por resultado la diastasis (alejamiento) de los fragmentos de la fractura. **Reducción:** Con movimientos idóneos, se trata de reducir lo más anatómicamente posible a su forma original, los fragmentos de fractura. **Inmovilización:** El foco de fractura se inmovilizará, ya sea con medios de contención externa (aparatos de yeso) o, con medios de fijación interna (material de osteosíntesis).

- **Tratamiento cruento, (abierto quirúrgico):** como su nombre lo indica para su ejecución se recurre eminentemente a la cirugía.

d.5 Tratamiento de Terapia Ocupacional en fracturas.

Reeducación: Es aquí donde el profesional de Terapia Ocupacional comienza a intervenir, debe iniciarse la reeducación funcional de las articulaciones por la inmovilización en el menor tiempo posible; para que el paciente adquiera las destrezas motoras necesarias en la ejecución de sus actividades diarias.

El objetivo de la rehabilitación de la TO de las fracturas es que el paciente recupere su nivel previo de funcionamiento en sus áreas de ocupación, y debe iniciarse tan pronto como se reduce e inmoviliza la fractura. Aunque el hueso fracturado sea inmovilizado las estructuras de sostén como los tejidos blandos, músculos, nervios y piel deben estar activos desde el comienzo de la inmovilización de la fractura lo cual ocurre en cuanto el enyesado se seca , después de 48 a 60 horas y dentro de un día o dos tras de la cirugía para la reducción abierta. El paciente puede no ser enviado a Terapia Ocupacional. Los nuevos enfoques de tratamiento indican que el uso temprano, pero específico, de las extremidades inmovilizadas puede proporcionar la cicatrización y reducir la atrofia muscular producida por falta de uso y la rigidez que son los residuos de la inmovilización de articulaciones y tejidos.

d.6 Objetivos de la Terapia Ocupacional en las fracturas.

- Prevenir retracciones musculares por la inmovilización y mantener la salud.
- Favorecer la recuperación de la amplitud articular y fuerza muscular.
- Permitir conseguir la mayor independencia y alcanzar un equilibrio en sus diferentes áreas de ocupación AVD (actividades de la vida diaria), AIVD (actividades instrumentales de la vida diaria), descanso y sueño, educación, trabajo, juego, ocio/tiempo libre y participación social.
- Potenciar las destrezas de ejecución motoras y praxis del miembro superior.

En la población con fractura del miembro superior influirá en cierta forma la fase en que se encuentre el individuo en el momento de inicio de la rehabilitación de la Terapia Ocupacional para establecer las actividades con fines terapéuticos.

En las actividades con propósito en Terapia Ocupacional se plantean las siguientes:

- Evitar el poco uso y la rigidez del miembro superior fracturado cuando se quita el yeso.
- Actividades basadas en las destrezas motrices harán que el paciente use repetidamente los músculos y las articulaciones.
- El objetivo de la Terapia Ocupacional es enseñarle al paciente que el movimiento y el uso de la extremidad afectada resultan más aconsejables que la inactividad.

- El resultado final después de una fractura depende no solo del tratamiento para el hueso lesionado, sino también el tratamiento de las lesiones relacionadas en los tejidos blandos.
- El tratamiento adecuado mientras la fractura está consolidando disminuye la cantidad de tratamiento después de la inmovilización.

e. FRACTURAS DE MIEMBRO SUPERIOR.

e.1 Fractura de clavícula

La clavícula es el único hueso que conecta el tronco a la cintura escapular, contribuyendo así a la estabilidad de la misma y de todo el miembro superior y también influye decisivamente en la movilidad. La fractura de clavícula es la más frecuente en la infancia, representando el 30% de todas las fracturas. EL mecanismo lesional suele ser traumatismo directo por caída sobre la cara externa del hombro. Clínicamente la deformidad es muy clara y el desplazamiento característico con el fragmento proximal hacia arriba y atrás traccionado por el músculo esternocleidomastoideo y el segmento distal hacia abajo por efecto del peso del miembro superior. El paciente se nos muestra con el brazo en aducción pegado al cuerpo y sujeto con el miembro contrario. La complicación más frecuente es la pseudoartrosis.

e.2 Fracturas de escápula

Son poco frecuentes, representando el 3-5% de todas las fracturas de hombro y suele estar asociada la mitad de las ocasiones con fractura también de la primera costilla.

Por lo general se trata de fracturas benignas, con escaso desplazamiento, por lo que la reducción e inmovilización no suelen ser necesarias.

e.3 Fractura del extremo proximal del húmero

Hay 4 tipos diferentes: las fracturas del troquiter, del troquin, del cuello anatómico y de la cabeza humeral. El mecanismo de la lesión es el traumatismo directo o caída sobre la mano con el brazo en abducción. EL 80% de las fracturas de húmero proximal solo requieren inmovilización de pocos días, seguida de una rehabilitación activa. Fracturas de la diáfisis humeral; se puede producir la fractura por mecanismo directo, que da lugar a fractura transversa o conminuta o por mecanismo indirecto de flexión o torsión que produce las fracturas oblicuas o espiróideas, respectivamente. La peor complicación es la parálisis del nervio radial y pseudoartrosis. En general, el tratamiento es conservador, se utiliza yeso colgante, férula braquial en U asociada a un vendaje o collarín.

e.4 Fracturas del extremo distal del húmero.

Son fracturas que comprometen la movilidad del codo, y podemos encontrar varios tipos: supracondileas, transcondileas, intercondileas y de la tróclea. La clínica es muy llamativa por la importante tumefacción, dolor e impotencia funcional del codo. Lo más importante es realizar precozmente la valoración cuidadosa de la situación vasculo-

nerviosa distal, valoración que debe ser inmediata y repetida en las horas que sigue a la reducción de la fractura. Si la fractura es desplazada se hace imprescindible la reducción y la fijación con agujas. Si la fractura no es desplazada el tratamiento es ortopédico, se inmoviliza 4 semanas y el yeso no debe comprimir para prevenir la contractura isquémica.

e.5 Fracturas de cúbito y radio:

En el adulto joven son las más frecuentes del miembro superior; normalmente tienen un gran riesgo de producir rigidez postraumática, debido a callos vicios, inmovilizaciones prolongadas y fisioterapia mal ejecutada.

Hay dos tipos:

- **Fracturas de olecranon:** cuando los fragmentos están separados, la reducción debe ser exacta para no limitar el movimiento y producir artrosis.
- **Fracturas de la cabeza y cuello de radio.**
- **Fracturas de antebrazo:** Estas fracturas alteran la pronosupinación y la función de prensión de la mano. El mecanismo de lesión es directo (el más frecuente) o indirecto con caídas sobre la palma de la mano. La clínica se caracteriza por deformidad, impotencia funcional y acortamiento. Las fracturas más importantes son de tres tipos:
 1. **Fractura-luxación de Monteggia:** Consiste en fractura de cúbito y luxación del extremo proximal del radio. Representa el 7% de las fracturas del

antebrazo. El tratamiento es ortopédico en niños y quirúrgico en adultos (osteosíntesis rígida del cúbito).

2. **Fractura-luxación de Galeazzi:** Con fractura del extremo inferior del radio, luxación de la articulación radio-cubital inferior. En general las no desplazadas se tratan con medios ortopédicos y las desplazadas con cirugía.
3. **Fracturas de la diáfisis de radio y cúbito:** acarrear una grave pérdida funcional si no se tratan correctamente.

e.6 Fracturas de carpo y mano.

Este tipo de fracturas son frecuentes en ancianos, producidas por caídas; pero también en jóvenes como consecuencia de accidentes de circulación en bicicleta y moto. Son las fracturas más frecuentes del esqueleto humano. Tenemos varios tipos de fracturas a este nivel:

- **Fractura de Colles:** Fractura extra-articular de la porción interior del radio con deformación en dorso de tenedor.
- **Fractura de escafoides:** Es la más común de las fracturas del carpo, se inmoviliza con yeso incluyendo el carpo y articulación metacarpofalángica del pulgar durante 12 semanas, siendo la pseudoartrosis y la necrosis vascular (por la peculiar vascularización de este hueso) las complicaciones más importantes.

- **Fractura de Bennett:** Es la más característica del metacarpiano del pulgar, siendo una fractura interarticular de la base del primer metacarpiano con luxación hacia fuera de la diáfisis del mismo.

- **Fracturas de falanges:** Puede fracturarse falanges proximales y distales de los dedos pulgar, índice, medio, anular y meñique.

f. Proceso de Terapia Ocupacional en esta investigación.

El proceso consistió como primer momento la **Evaluación** de Terapia Ocupacional, donde se obtuvieron datos específicos de pacientes con fracturas de miembro superior atendidos en Fisioterapia del Hospital Zacamil, durante los meses Octubre a Noviembre de 2017, dicha evaluación se estructuró de la siguiente manera.

- **Datos generales del paciente y evaluación del perfil ocupacional.**
- **Factores o características personales del paciente (funciones y estructuras corporales dañadas).**
- **Evaluación en la ejecución de las habilidades motoras en la actividad de la vida diaria vestido, por medio de una encuesta y observación basada en la escala de la CIF.**

Una vez obtenidos los datos se analizaron para posteriormente elaborar las actividades terapéuticas que se entregaron en el área de Fisioterapia del Hospital Zacamil con el propósito contribuir a la recuperación funcional de la población en estudio.

CAPITULO III

SISTEMA DE HIPÓTESIS.

A. Operacionalización de variables.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores
❖ PACIENTE CON FRACTURA DE MIEMBRO SUPERIOR.	Persona o sujeto que ha sufrido la ruptura parcial o total de la continuidad del tejido óseo, en uno	Conocer el Perfil ocupacional de los pacientes condiferentes tipos de fracturas, funciones y estructuras	Perfil ocupacional.	Datos generales: <ul style="list-style-type: none"> • Nombre. • Edad. • Sexo. • Tipo de fractura. • Dominancia manual. • Experiencia ocupacional (roles ocupacionales que desempeña).

	<p>de sus miembros superiores, el cual se produce como consecuencia de un esfuerzo excesivo que supera la resistencia del hueso o de un impacto.</p>	<p>corporales dañadas que afectan su desempeño ocupacional.</p>	<p>Funciones y Estructuras corporales afectadas.</p>	<p>Diagnostico y estructura afectada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fractura de clavícula. • Fractura de escapula. • Fractura de humero. • Fractura de cubito. • Fractura de radio. • Fractura de carpo. • Fractura de falanges. <p>Funciones corporales afectadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fuerza muscular. • Arcos de movimiento. • Sensibilidad. • Dolor. • Trofismo muscular. • prensiones
--	--	---	---	---

<p>❖ HABILIDADES MOTORAS EN AVD DE VESTIDO.</p>	<p>Son elementos observables del cliente cuando este se mueve e interactúa con los objetos de la actividad de vestido y el ambiente, estas incluyen;</p>	<p>Ejecución de habilidades motoras en actividad de la vida diaria de vestido de lospacientes con fractura de miembro superior atendidos en el área de Fisioterapia del Hospital Zacamil,</p>	<p>Vestido de miembro superior.</p>	<p>Grado de independencia: (vestirse o desvestirse)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dependiente • Semiindependiente • Independiente <p>Ropa interior:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brassier • Camiseta o centro. <p>Blusa o camisa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Con botones • Sin botones • Con zipper
--	--	---	--	--

	<p>postura, movilidad, coordinación, fuerza y esfuerzo y energía.</p>		<p>Vestido de Miembro inferior.</p>	<p>Grado de Independencia: (vestirse o desvestirse)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dependiente • Semiindependiente • Independiente <p>Ropa interior:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Blúmer • Calzoncillo • Calcetines <p>Falda o pantalón</p> <ul style="list-style-type: none"> • Con botones • Sin botones • Con zipper
--	--	--	--	--

			<p>Habilidades motoras.</p>	<p>Zapatos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Con cinta • Sin cinta • De hebilla <p>En vestido de miembro superior y miembro inferior:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Postura de (miembro superior): <ul style="list-style-type: none"> • Estabilizar. • Alinear. • Posicionar. ❖ Movilidad. <ul style="list-style-type: none"> • Alcanzar.
--	--	--	------------------------------------	---

				<ul style="list-style-type: none">❖ Coordinación.<ul style="list-style-type: none">• Coordinar.• Manipular.• Fluir.❖ Fuerza y esfuerzo.<ul style="list-style-type: none">• Mover.• Transportar.• Levantar.• Calibrar.❖ Energía.<ul style="list-style-type: none">• Resistencia.• Pasos
--	--	--	--	---

CAPITULO IV

DISEÑO METODOLOGICO.

A.TIPO DE ESTUDIO.

Tipo de estudio.

Investigativo:Nuestra investigación contiene un enfoque investigativo y una metodología de investigación aplicada a estudios sobre realidades humanas.

Transversal: Debido a un estudio diseñado para medir la prevalencia de una exposición y/o resultado en una población definida en un punto específico de tiempo. No involucra seguimiento. **Descriptivo:** ya que nos permite ver en detalle las características de la población en estudio.

B.POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO UTILIZADO.

a. Población.

Contamos con un universo de 150 pacientes referidos por diferentes tipos de patologías al departamento de Fisioterapia del Hospital Nacional General “Dr. Juan José Fernández” Zacamil, de octubre a noviembre de 2017.

b. Muestra.

40 pacientes referidos por fractura de miembros superior al departamento de Fisioterapia del Hospital Nacional General “Dr. Juan José Fernández” Zacamil, de octubre a noviembre de 2017.

c. Muestreo utilizado.

La recolección de la muestra se obtuvo a conveniencia del grupo investigador.

Criterios de selección.

- Que el paciente estuviera de acuerdo en participar con el grupo de investigación en la evaluación que se le realice para la recolección de la información.
- Que el paciente hubiese sufrido fractura de miembro superior, en cualquier región de este.

Condiciones éticas.

- Solicitar al paciente su consentimiento, para participar con el grupo de investigación en la recolección de información.
- Devolver al Hospital el producto de la investigación realizada.
- Socializar los resultados de la investigación con el personal del servicio de Fisioterapia del Hospital Zacamil.

C. METODOS, TECNICAS Y VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

a. Método

El método que se utilizó es el **Método Analítico** este método nos permitió en este proceso investigativo el desglose de todos los datos que obtuvimos de la población en estudio, para poder identificar sus dificultades de ejecución a través de la observación.

b. Técnicas

Observación directa: Se observaron todos los signos y síntomas del paciente con fractura de miembro superior, y estos datos fueron descritos en la guía de evaluación de Terapia Ocupacional.

Entrevista Focalizada/Evaluación de Terapia Ocupacional: En la guía de evaluación investigamos los datos generales de cada paciente en estudio, entre dichos datos tomamos, la edad, sexo, tipo de fractura de miembro superior, su historial clínico, perfil ocupacional y desempeño ocupacional en habilidades motoras de la actividad de vestido, de forma directa evaluamos las características del paciente de mayor interés para la investigación, funciones sensoriales y dolor, funciones y estructuras neuromusculares y esqueléticas, se contó con un lapso de tiempo de 15 a 20 minutos para obtener los datos.

Instrumento de Evaluación/Cuestionario: El instrumento de evaluación se basó en identificar las dificultades en las habilidades motoras de la actividad de la vida diaria de vestido, que los pacientes con fractura de miembro superior manifestaron en su diario

vivir como consecuencia de su condición después de la lesión, lo cual nos indicó las adecuadas actividades de tratamiento para entregar al centro hospitalario.

c. Validación de Instrumento:

La validación de los instrumentos se obtuvo con la ejecución de nuestra prueba piloto con los pacientes del servicio de Fisioterapia del Hospital Zacamil a partir de octubre a Noviembre de 2017, que reunieron los aspectos necesarios para la investigación.

D. PROCEDIMIENTO

a. Recolección de Datos

La recolección de datos se inició con la aprobación de la Licda. Ivonne Elías, Jefa del área de Fisioterapia, y el Dr. José Roberto González, Director, ambos del Hospital Zacamil, en los meses de octubre a noviembre de 2017.

Luego de la validación de los instrumentos, se procedió a la aplicación de los mismos iniciando con la observación y evaluación de Terapia Ocupacional a través del instrumento de encuesta sobre las dificultades de ejecución en las habilidades motoras de la AVD (actividad de la vida diaria) de vestido.

Logística para la recolección de datos.

- ❖ En primer momento se estableció una reunión previa con la Jefa del departamento de Fisioterapia del Hospital Zacamil, para plantearle el proceso de recolección de datos.
- ❖ Se solicitó la aprobación del director del proceso de grado para poder iniciar el desarrollo de la investigación.
- ❖ Presentaremos a las autoridades competentes la autorización por escrito de la aprobación del desarrollo de la investigación.

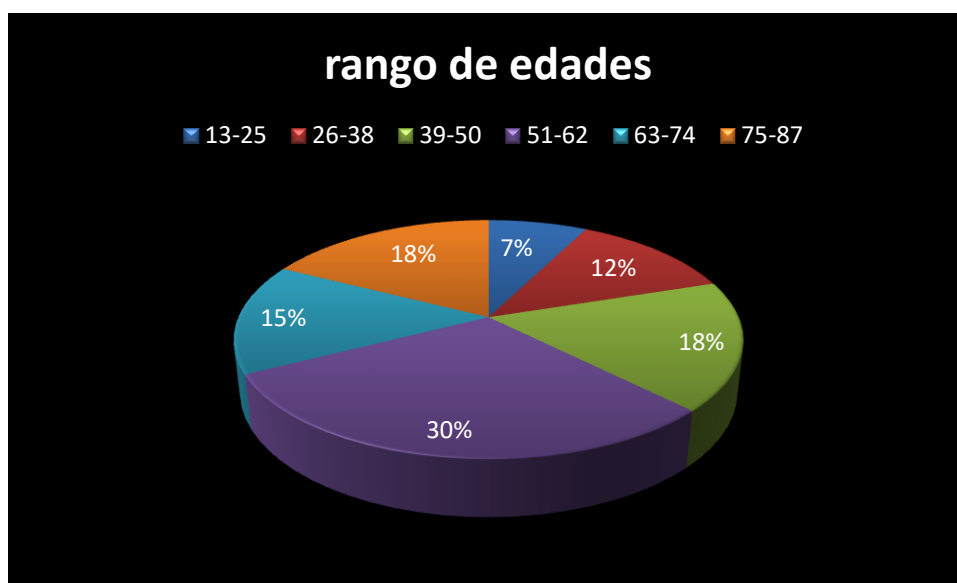
b. Procesamiento de Datos (Tabulación y Análisis)

- ❖ Luego de la recolección de los datos se desglosaron en las áreas de desempeño correspondientes a la investigación para proceder con el análisis de datos.
- ❖ Para procesar los datos utilizamos el programa Microsoft Excel donde serán vaciados.
- ❖ Posterior a vaciado se elaboraron graficas de pastel y barras.
- ❖ Finalmente se analizaron los resultados en base al marco teórico de la investigación.

CAPITULO V

ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS DATOS

Grafico # 1. Porcentaje de edades encontradas en la población muestra del área de Fisioterapia del Hospital Nacional General “Dr. Juan José Fernández” Zacamil.



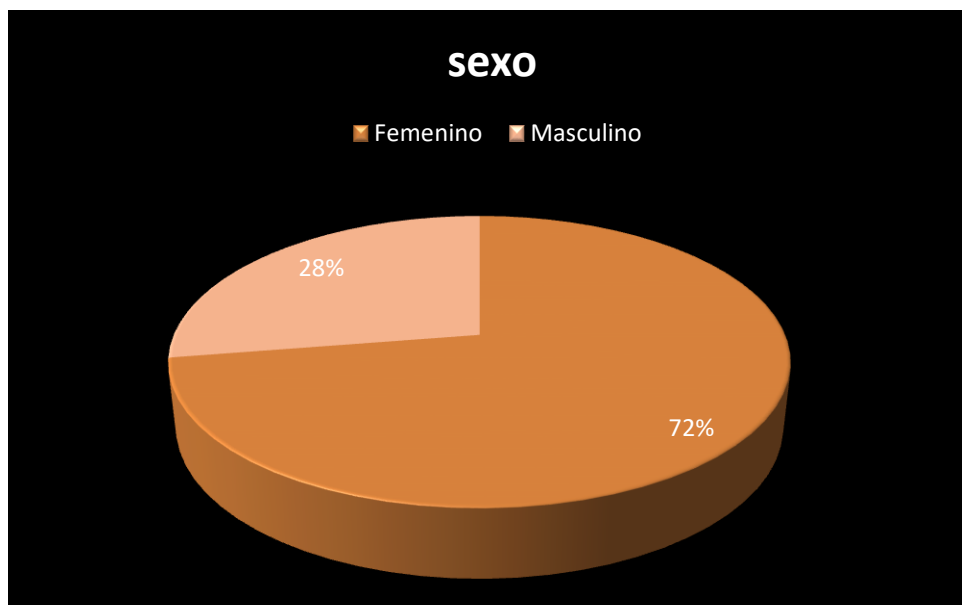
Fuente: Instrumento de recolección de datos sobre el perfil ocupacional, funciones y estructuras corporales afectadas y la ejecución de habilidades motoras en AVD de vestido.

Análisis e interpretación de los datos.

La presente grafica evidencia que la población en estudio se encuentra entre las edades de 13 años y 87 años, pertenecientes al municipio de Mejicanos una zona populosa con diversidad poblacional los cuales son referidos al hospital. Entre esta población algunos realizan actividades laborales, son amas de casa, estudian, realizan oficios varios, entre otros, en un porcentaje mayor del 30% el rango de edad de los pacientes evaluados

se encuentran entre los 51 años y 62 años, en este rango de edad la población se diagnostica con problemas de degeneración ósea, artritis reumatoide, osteoartritis, entre otros factores de la edad favorece que las personas al sufrir cualquier tipo de accidente ya sean caídas violentas, accidentes de tránsito, accidentes laborales entre otros, se fracturen una estructura ósea con facilidad.

Grafico #2. Población muestra según sexo en el área de Fisioterapia del Hospital Nacional General “Dr. Juan José Fernández” Zacamil.

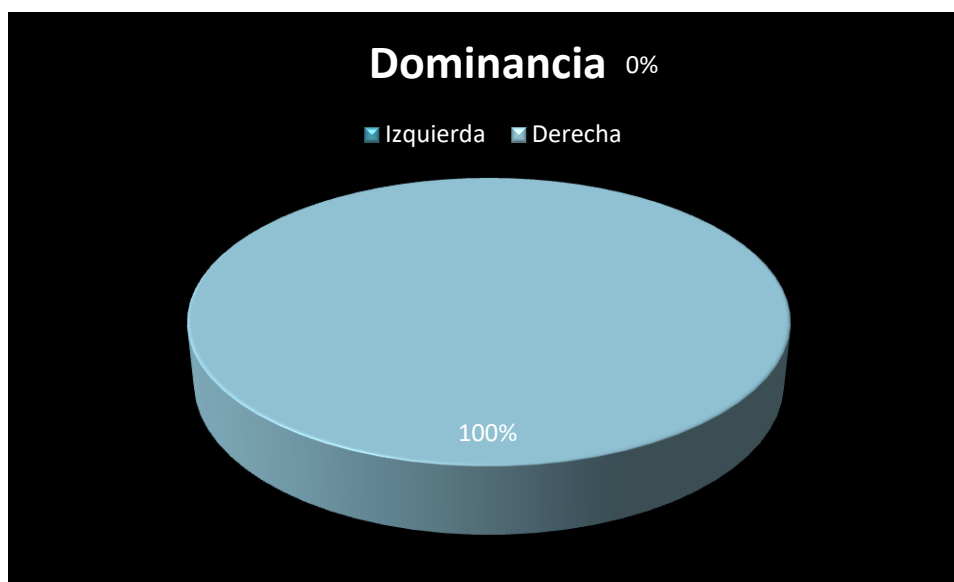


Fuente: Instrumento de recolección de datos sobre el perfil ocupacional, funciones y estructuras corporales afectadas y la ejecución de habilidades motoras en AVD de vestido.

Análisis e interpretación de los datos.

Según los datos obtenidos en el departamento de Fisioterapia del Hospital Zacamil contamos con un universo de 150 pacientes que ingresaron en el mes de octubre de 2017 donde tomamos una muestra de 40 pacientes que ingresaron con fractura de miembro superior, el mayor porcentaje de la población muestra evaluada fue de un 72% del sexo femenino y un 28 % son del sexo masculino.

Grafico #3. Porcentaje de datos según el tipo de dominancia manual encontrada en la población muestra del área de Fisioterapia del Hospital Nacional General “Dr. Juan José Fernández” Zacamil.



Fuente: Instrumento de recolección de datos sobre el perfil ocupacional, funciones y estructuras corporales afectadas y la ejecución de habilidades motoras en AVD de vestido.

Análisis e interpretación.

El gráfico evidencia que un 100% de la población en estudio es de dominancia manual derecha. Debido a que la mayoría de las fracturas son en miembro superior izquierdo, pone en ventaja a la mayoría de la población en estudio pues todos son de dominancia derecha a excepción de pacientes que en sufrido fractura en miembro superior derecho pues estos presentaran mayor dificultad para la ejecución de las habilidades motoras en la actividad de vestido.

Grafico #4. Porcentaje de datos del tipo de rol ocupacional que desempeña la población muestra del área de Fisioterapia del Hospital Nacional General “Dr. Juan José Fernández” Zacamil.



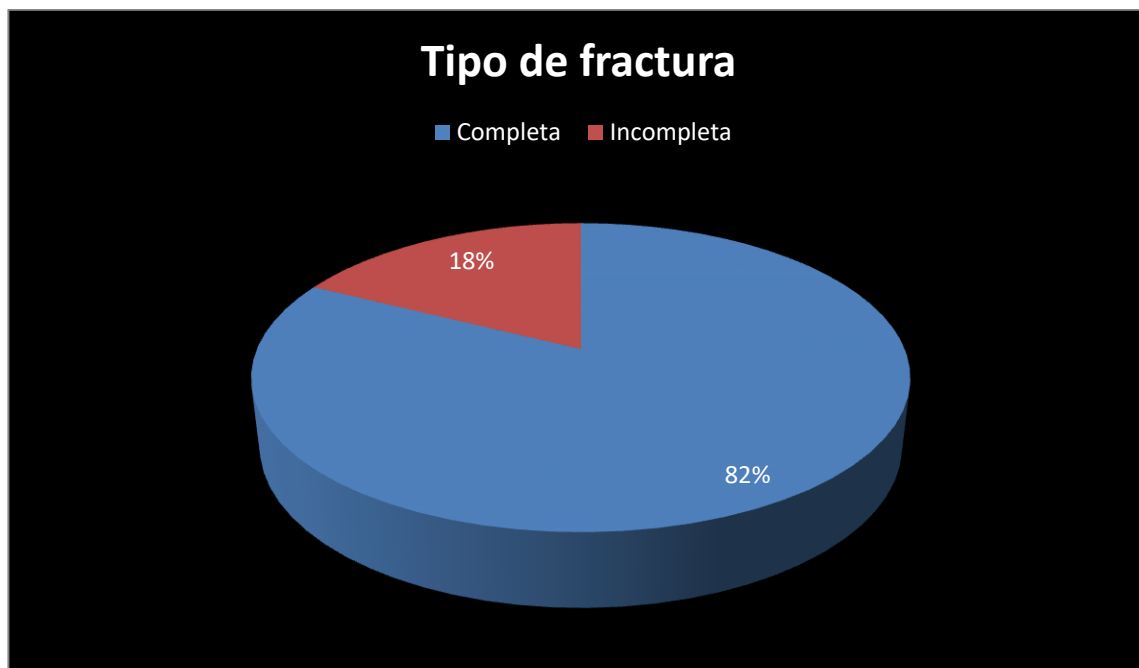
Fuente: Instrumento de recolección de datos sobre el perfil ocupacional, funciones y estructuras corporales afectadas y la ejecución de habilidades motoras en AVD de vestido.

Análisis e interpretación

El gráfico muestra que de la población en estudio un 47% están desempleados muchos de los casos son consecuencia de la fractura de miembro superior o secuelas de esta que limita sus actividades laborales en otros casos son personas que ya no ejercen tareas laborales debido a la edad, el 42% son personas que trabajan incluso posterior a la lesión

no han dejado de hacerlo alguno de ellos presentan dificultades motoras en el miembro superior fracturado de leves a moderadas de igual forma con el 8% que estudia y el 3% que es cuidador que aún siguen realizando sus roles ocupacionales.

Grafico #5. Porcentaje de datos según el tipo de fractura desde el punto de vista anatomo-radiografico encontrada en la población muestra del área de Fisioterapia del Hospital Nacional General “Dr. Juan José Fernández” Zacamil.



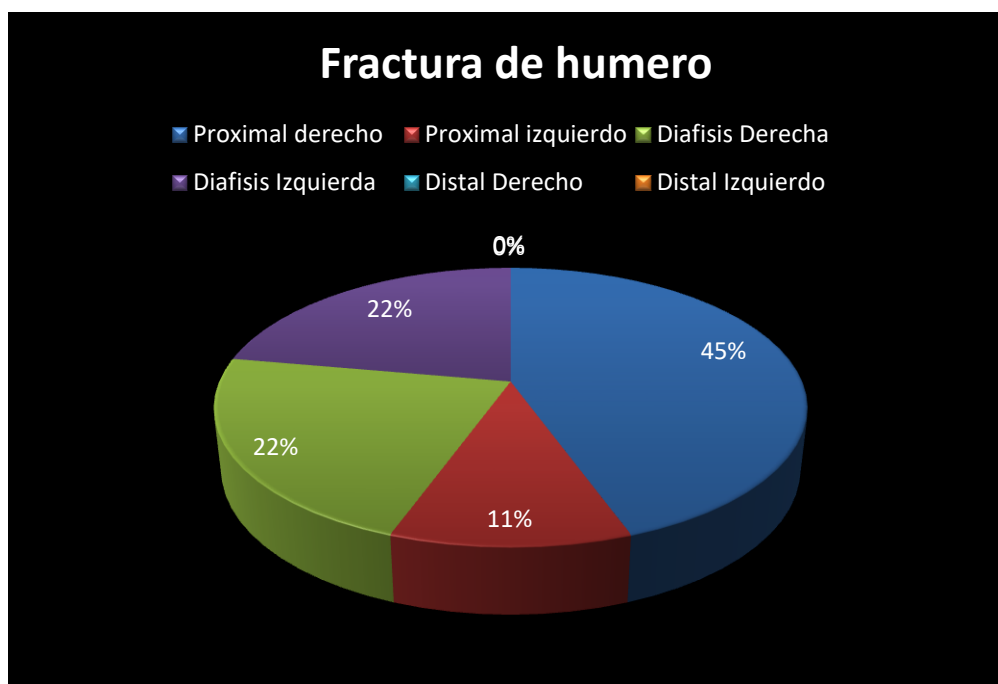
Fuente: Instrumento de recolección de datos sobre el perfil ocupacional, funciones y estructuras corporales afectadas y la ejecución de habilidades motoras en AVD de vestido.

Análisis e interpretación.

La grafica representa el porcentaje de datos de los tipos de fractura desde el punto de vista anatomo-radiografico encontradas en lapoblación en estudio donde nos muestra que el 82% es el mayor porcentaje y pertenece al tipo de fractura completa y un 18% de la población presento fractura de tipo incompleta, este dato es muy importante conocerlo ya que según el tipo de fractura así será en el grado del daño ocasionado a las estructuras

osteomioarticular y nerviosas cercanas a esta lo cual influyen en la calidad de movimiento y fuerza muscular esenciales en la ejecución independiente de una actividad, por lo tanto, la mayor parte de la población con el tipo de fractura incompleta presento menor dificultad en la ejecución de las habilidades motoras de la actividad de vestido en comparación con la población del tipo de fractura completa.

Grafico #6. Porcentaje de datos según región afectada por fractura del hueso Humero encontrada en la población muestra del área de Fisioterapia del Hospital Nacional General “Dr. Juan José Fernández” Zacamil.



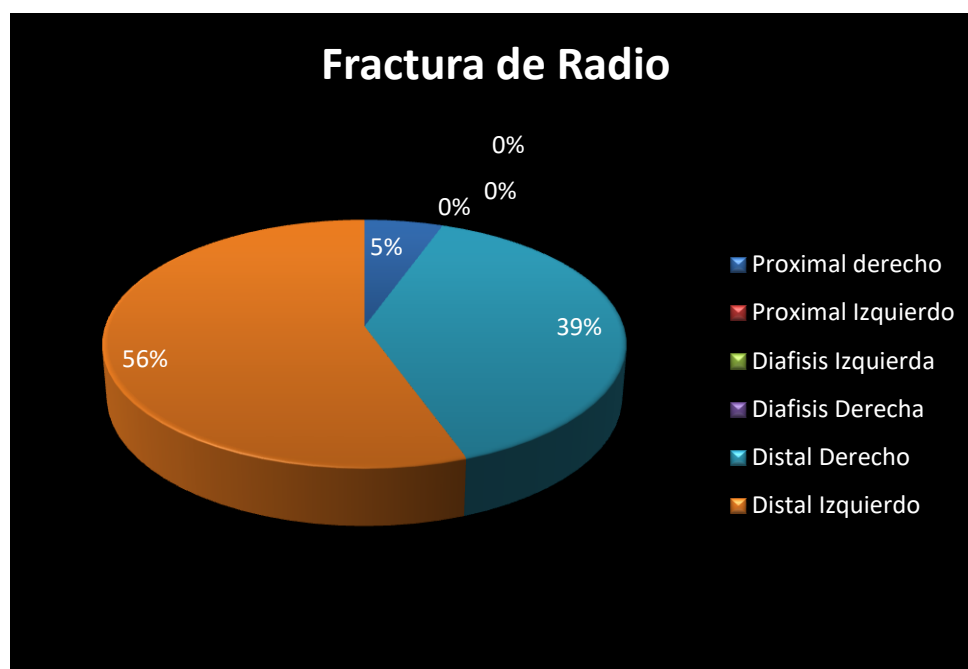
Fuente: Instrumento de recolección de datos sobre el perfil ocupacional, funciones y estructuras corporales afectadas y la ejecución de habilidades motoras en AVD de vestido.

Análisis e interpretación.

La grafica representa el porcentaje de las fracturas de humero según las regiones proximal, diáfisis y distal; izquierda y derecha de población en estudio, nos muestra con un 45% el predominio de fracturas de humero región proximal de miembro superior derecho y un 22% fractura de diáfisis derecha y diáfisis izquierda ambas tendrán mayor dificultad en la ejecución de las habilidades motoras para vestido de miembro superior en comparación con vestido de miembro inferior, debido al nivel de la fractura, el

paciente trata que compensar con el tronco ya que la demanda de movilidad articular es mayor para vestido de miembros superiores que para vestido de miembros inferiores, continuándose con menores porcentajes como lo son fractura de región proximal izquierda 11% presentan menor dificultad tomando en cuenta su dominancia .

Grafico #7. Porcentajes de Fracturas del hueso Radio encontrados en la población muestra del área de Fisioterapia del Hospital Nacional General “Dr. Juan José Fernández” Zacamil.



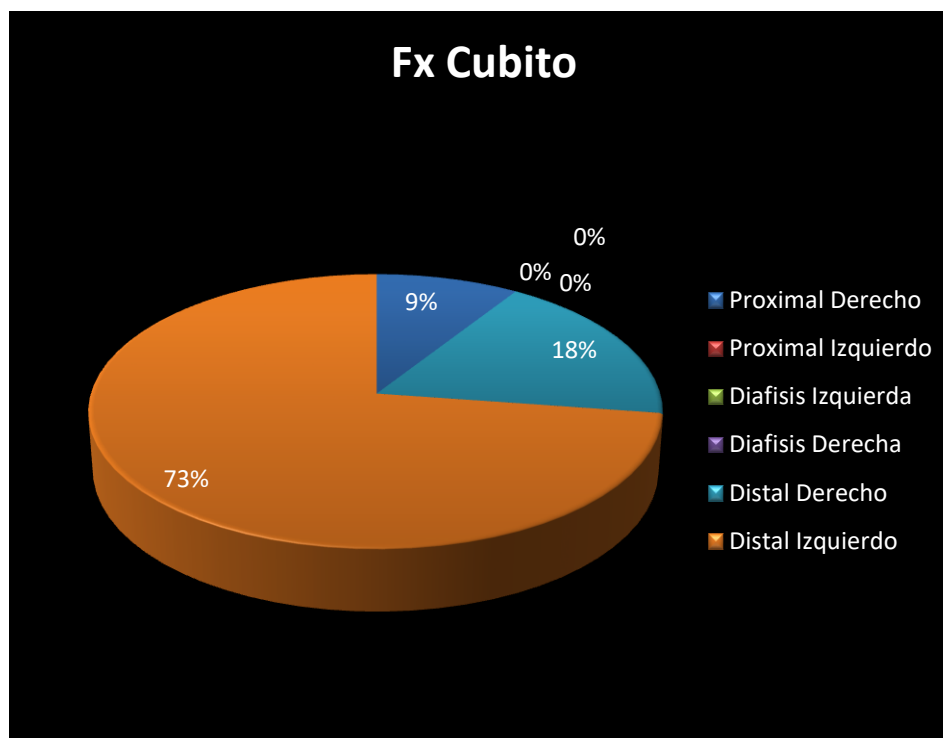
Fuente: Instrumento de recolección de datos sobre el perfil ocupacional, funciones y estructuras corporales afectadas y la ejecución de habilidades motoras en AVD de vestido.

Análisis e interpretación.

La grafica representa el porcentaje de las fracturas del hueso Radio, según las regiones proximal, diáfisis y distal; izquierda y derecha de lapoblación en estudio, con un 56% el predominio de fracturas de región distal en miembro superior izquierdo, los pacientes que tienen estas fracturas presentan menor dificultad para la ejecución de las habilidades motoras en la actividad de vestido tanto en miembros superiores como en miembros inferiores a diferencia del 39% que han tenido fractura en la región distal del hueso del

miembro superior derecho y el 5% de fractura en región proximal derecho que tendrán mayor dificultad por el tipo de dominancia que influye en las habilidades de movilidad, coordinación, fuerza y esfuerzo, y energía. No hay fracturas de región proximal izquierda, diáfisis izquierda y diáfisis derecha.

Grafico #8: Porcentajes de Fracturas del hueso Cubito encontrados en la población muestra del área de Fisioterapia del Hospital Nacional General “Dr. Juan José Fernández” Zacamil.



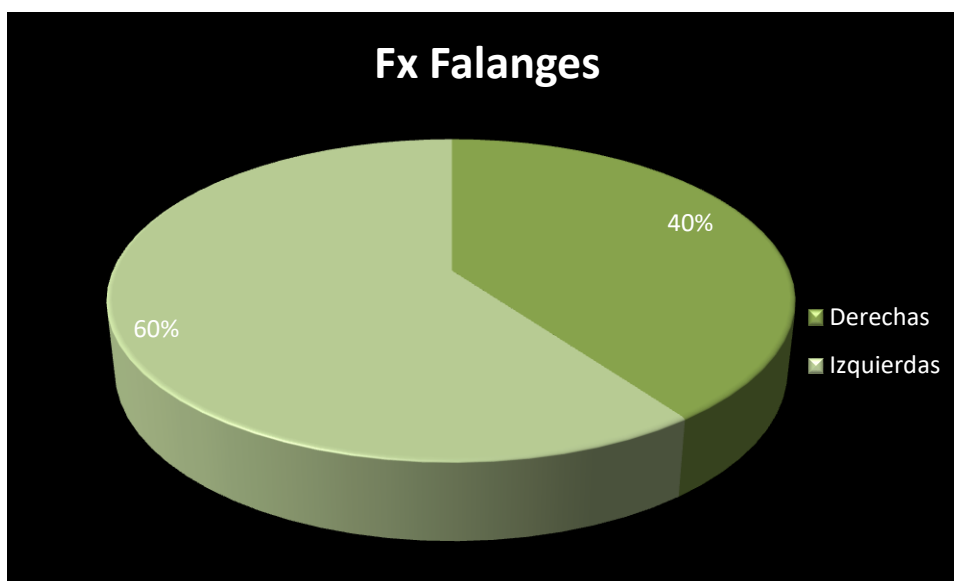
Fuente: Instrumento de recolección de datos sobre el perfil ocupacional, funciones y estructuras corporales afectadas y la ejecución de habilidades motoras en AVD de vestido.

Análisis e interpretación.

La grafica representa el porcentaje de las fracturas de Cubito según las regiones proximal, diáfisis y distal; izquierda o derecha de población en estudio, el 73% de fracturas se dio en la región distal en miembro superior izquierdo, este porcentaje tendrán menor dificultad en las habilidades de movilidad, coordinación, fuerza y esfuerzo, y energía por no ser su miembro dominante el afectado sin embargo el 18% de población

con fractura en este hueso tienen fractura de la región distal derecha siendo este su miembro dominante dificultando la ejecución de las habilidades de movilidad, coordinación, fuerza y esfuerzo, y energía en la actividad de vestido de miembros superior y miembros inferiores.

Grafico# 9: Porcentajes de Fracturas de las Falanges encontrados en la población muestra del área de Fisioterapia del Hospital Nacional General “Dr. Juan José Fernández” Zacamil.



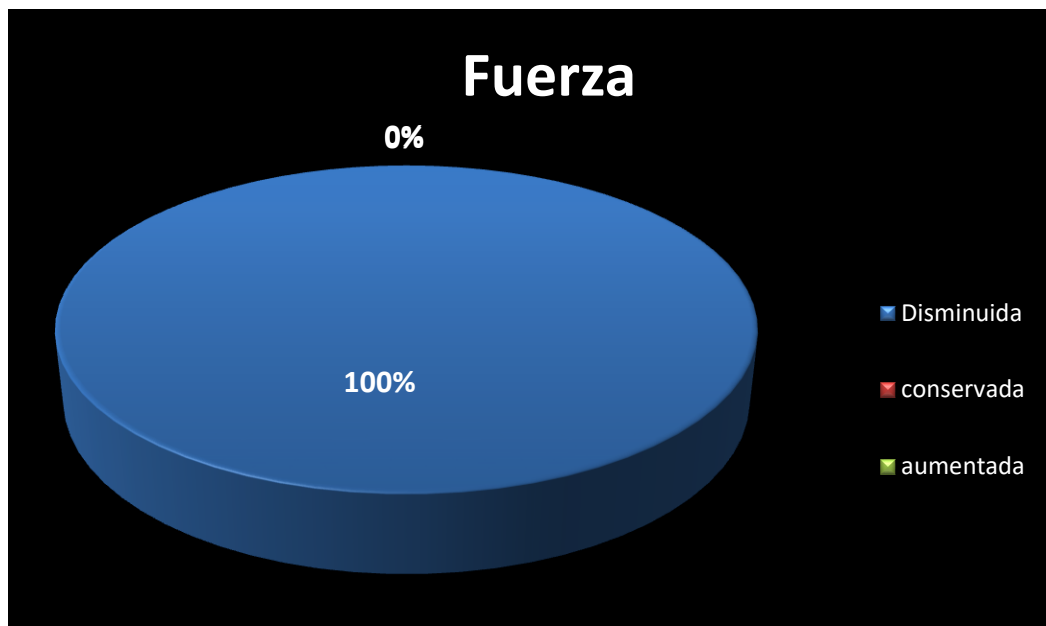
Fuente: Instrumento de recolección de datos sobre el perfil ocupacional, funciones y estructuras corporales afectadas y la ejecución de habilidades motoras en AVD de vestido.

Análisis e interpretación.

La grafica representa el porcentaje de las fracturas de falanges mano derecha e izquierda de la población en estudio, claramente se observa con un 60% el predominio de fracturas falanges en mano izquierda, el tipo de dominancia influyo positivamente en este grupo ya que para estas personas menos difícil la ejecución de las habilidades motoras en la ejecución de vestido de miembros superiores y miembros inferiores en comparación con el 40 % tienen fractura en las falanges derechas dificultando más la ejecución de las

habilidades motoras en la actividad de vestido para miembros superiores y miembros inferiores por estar limitada la prensión fina de la dominancia manual.

Grafica # 10: Porcentajes de datos sobre el estado de la fuerza muscular encontrada en la población muestra del área de Fisioterapia del Hospital Nacional General “Dr. Juan José Fernández” Zacamil.



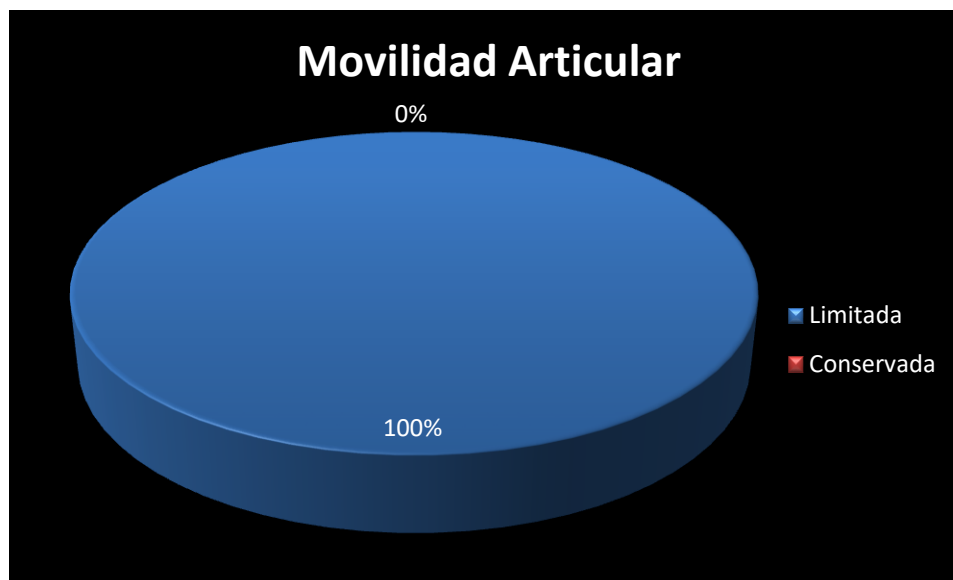
Fuente: Instrumento de recolección de datos sobre el perfil ocupacional, funciones y estructuras corporales afectadas y la ejecución de habilidades motoras en AVD de vestido.

Análisis e interpretación.

La grafica representa el porcentaje del estado de la fuerza muscular encontrada en la población muestra, observamos que en su totalidad el 100% de los pacientes con fractura de miembro superior tienen la fuerza muscular disminuida, esto se atribuye al periodo de inmovilización en donde los músculos sufren de atrofia muscular, en donde hay estructuras con procesos inflamatorios dolorosos lo cual contrarresta con la capacidad funcional limitando la ejecución de las habilidades motoras en la actividad de

vestido de miembros superiores y miembros inferiores tales como fuerza y esfuerzo, y energía.

Grafica # 11: Porcentajes del estado de la movilidad articular encontrados en la población muestra del área de Fisioterapia del Hospital Nacional General “Dr. Juan José Fernández” Zacamil.



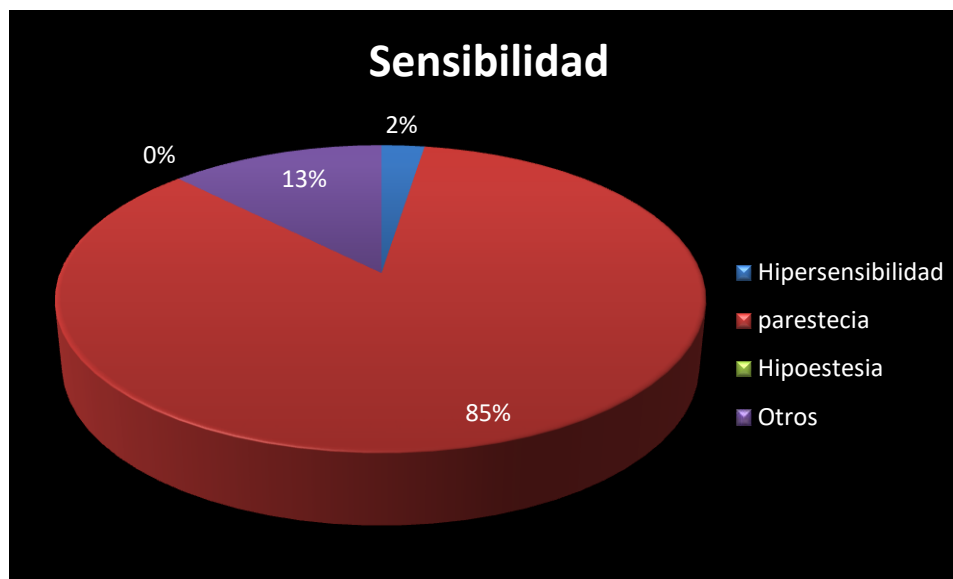
Fuente: Instrumento de recolección de datos sobre el perfil ocupacional, funciones y estructuras corporales afectadas y la ejecución de habilidades motoras en AVD de vestido.

Análisis e interpretación.

La grafica representa el porcentaje del estado de la movilidad articular encontrado en la población en estudio, claramente se observa que un su totalidad el 100% de la población tienen la movilidad articular disminuida, esto se debe a que las estructuras afectadas por la fractura como lo son las articulaciones proximales a la lesión presentan procesos inflamatorios y dolorosos que limita el movimiento perjudicando la ejecución de las

habilidades motoras de manera correcta en la actividad de vestido de miembro superior e inferior.

Grafica # 12: Porcentajes del estado de la sensibilidad encontrado en la población muestra del área de Fisioterapia del Hospital Nacional General “Dr. Juan José Fernández” Zacamil.



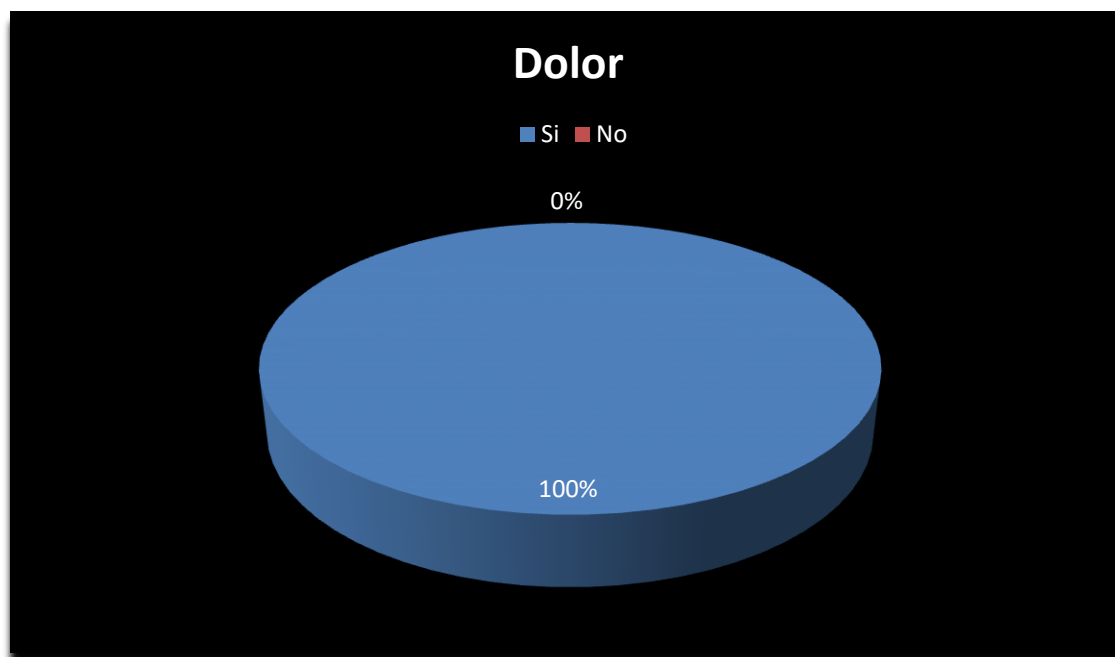
Fuente: Instrumento de recolección de datos sobre el perfil ocupacional, funciones y estructuras corporales afectadas y la ejecución de habilidades motoras en AVD de vestido.

Análisis e interpretación.

La grafica representa el porcentaje del estado de la sensibilidad superficial encontrado en la población en estudio, donde se observa que el 85% de la población presentan parestesias en el miembro superior fracturado, el 2 % hipersensibilidad al tacto, y solo un 13% en otros no presenta alteración en la sensibilidad, este dato es importante ya que el entumecimiento y pesadez del miembro afecto que el paciente presenta podría volver más difícil la ejecución de las habilidades motoras debido a que la sensación de la piel

resulta incómoda al momento de vestirse y desvestirse además el paciente puede no tolerar las texturas.

Grafica # 13: Porcentaje de dolor que presento la población muestra en el área de Fisioterapia del Hospital Nacional General “Doctor Juan José Fernández”, Zacamil.

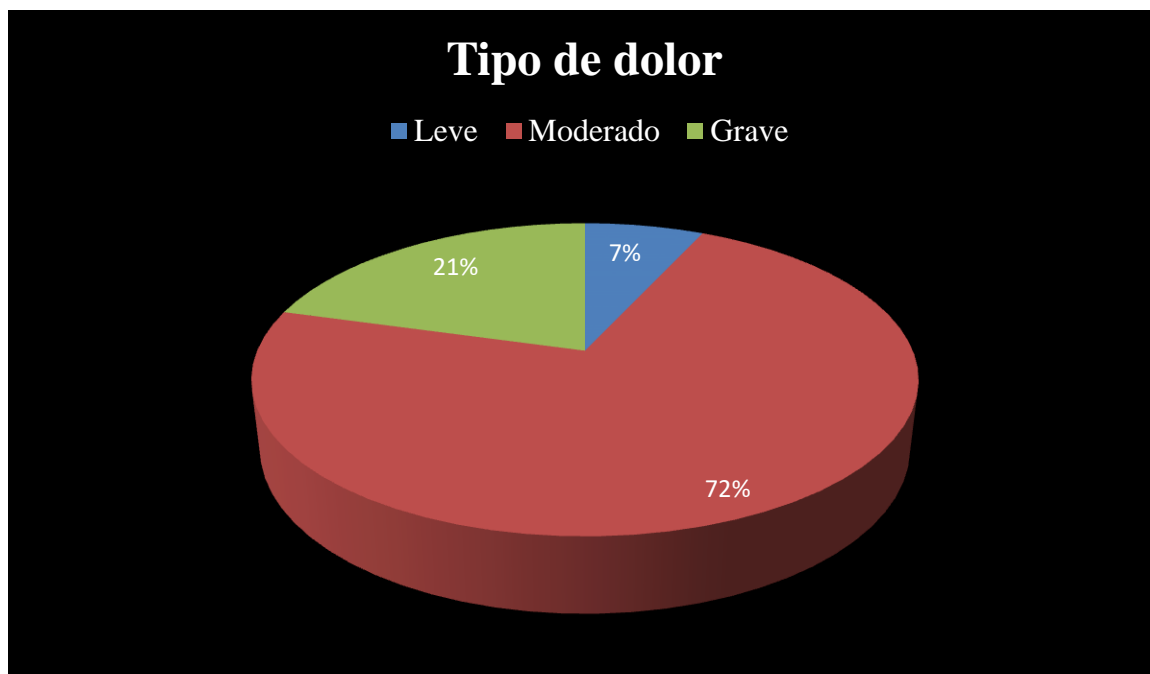


Fuente: Instrumento de recolección de datos sobre el perfil ocupacional, funciones y estructuras corporales afectadas y la ejecución de habilidades motoras en AVD de vestido.

Análisis e interpretación

La presente grafica evidencia que la población en estudio presento dolor en un 100%, el cual varia de leve, moderado a severo en sus diferentes etapas de la lesión.

Grafica # 14: Porcentaje de datos del tipo de dolor que presento la población muestra en el área de Fisioterapia del Hospital Nacional General “Doctor Juan José Fernández”, Zacamil.



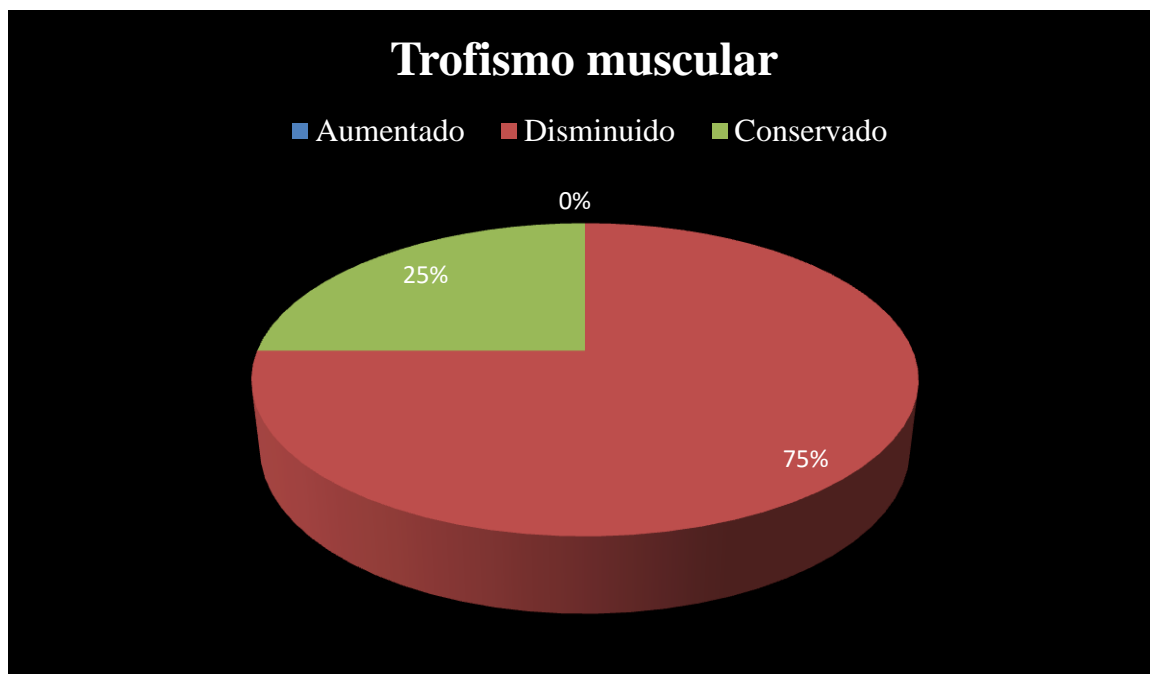
Fuente: Instrumento de recolección de datos sobre el perfil ocupacional, funciones y estructuras corporales afectadas y la ejecución de habilidades motoras en AVD de vestido.

Análisis e interpretación

La presente grafica evidencia que la población en estudio presento dolor en sus diferentes tipos, el porcentaje más alto fue de 72% de pacientes quienes manifestaron dolor de tipo moderado siguiéndole el 21% con dolor grave, en ambos tipos de dolor la población se encontraba en una etapa sub aguda de la lesión lo que influyo para el tipo de dolor es el hecho de que algunos pacientes tenían material de osteosíntesis (clavos, platina, tutores externos, etc.) quienes manifestaron en este caso que el dolor era grave al

movimiento activo de la región afectada y/o en reposo en comparación con los que no tenían material el dolor era moderado y solo 7% de los pacientes presentaron dolor leve al movimiento forzado y activo de la región afectada encontrándose en una etapa crónica y en su mayoría no tenían material de osteosíntesis.

Grafica # 15: Porcentaje de datos del tipo de trofismo muscular que presento la población muestra en el área de Fisioterapia del Hospital Nacional General “Doctor Juan José Fernández”, Zacamil.



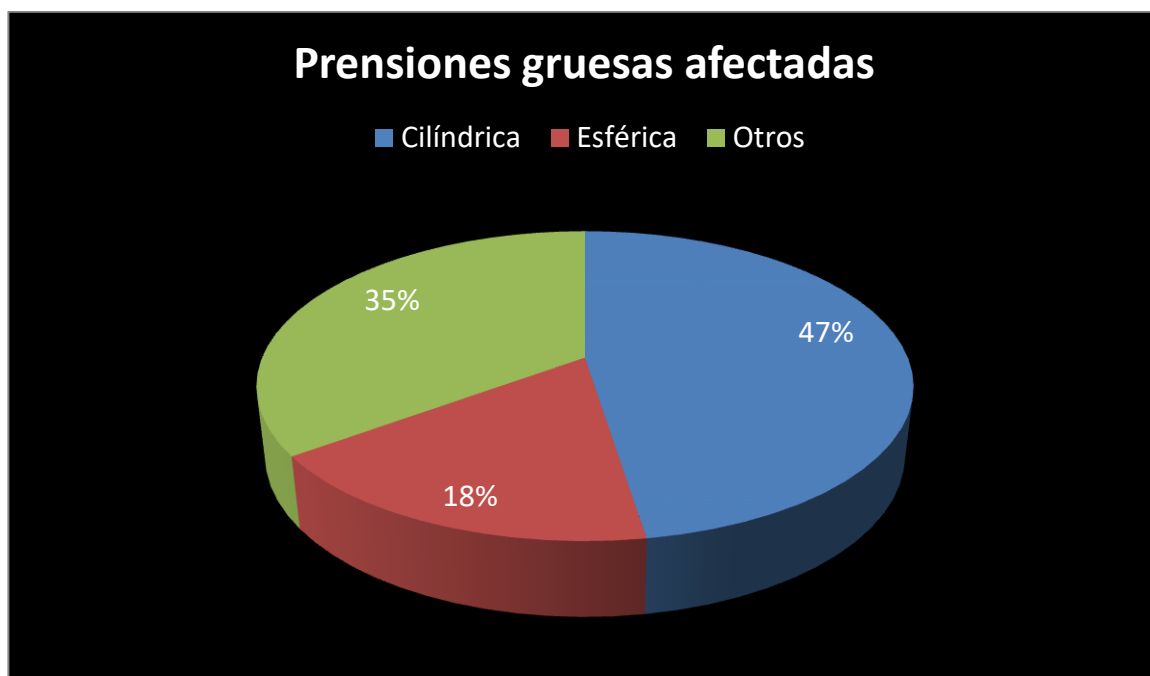
Fuente: Instrumento de recolección de datos sobre el perfil ocupacional, funciones y estructuras corporales afectadas y la ejecución de habilidades motoras en AVD de vestido.

Análisis e interpretación

La grafica muestra que la población en estudio presento en su mayoría disminución del trofismo muscular de la región afectada posterior a la fractura con un 75% de pacientes a consecuencia del tiempo de inmovilización y la falta de uso del miembro afecto y el 25% de pacientes mantenían conservado el trofismo muscular los cuales ya se

encontraban en una etapa crónica posterior a la fractura y el tiempo de inmovilización había sido corto.

Grafica # 16: Porcentaje de datos de los tipos de prensiones gruesas afectadas que presento la población muestra en el área de Fisioterapia del Hospital Nacional General “Doctor Juan José Fernández”, Zacamil.



Fuente: Instrumento de recolección de datos sobre el perfil ocupacional, funciones y estructuras corporales afectadas y la ejecución de habilidades motoras en AVD de vestido.

Análisis e interpretación

La grafica muestra que la población en estudio presento dificultad en ambas prensiones cilíndrica y esférica, en su mayoría con un 47% de pacientes quienes presentaron dificultad en la prensión cilíndrica y un 18% en la prensión de tipo esférica como consecuencia del dolor y limitación articular por la inmovilización y la falta de uso de las articulaciones metacarpofalangaica y las interfalangaicas proximal y distal en una etapa aguda de la fractura siendo más frecuente esta dificultad en pacientes con

fracturas de colles y de las falanges, el 35% de los pacientes mantenía conservada ambas prensiones gruesas, en algunos de ellos era que la región afectada por la fractura en el miembro superior no les limitaba el movimiento de la mano lo cual les permitió utilizarla tal es el caso de las fracturas de humero proximal y diáfisis.

Grafica # 17: Porcentaje de datos de los tipos de prensiones finas afectadas que presento la población muestra en el área de Fisioterapia del Hospital Nacional General “Doctor Juan José Fernández”, Zacamil.



Fuente: Instrumento de recolección de datos sobre el perfil ocupacional, funciones y estructuras corporales afectadas y la ejecución de habilidades motoras en AVD de vestido.

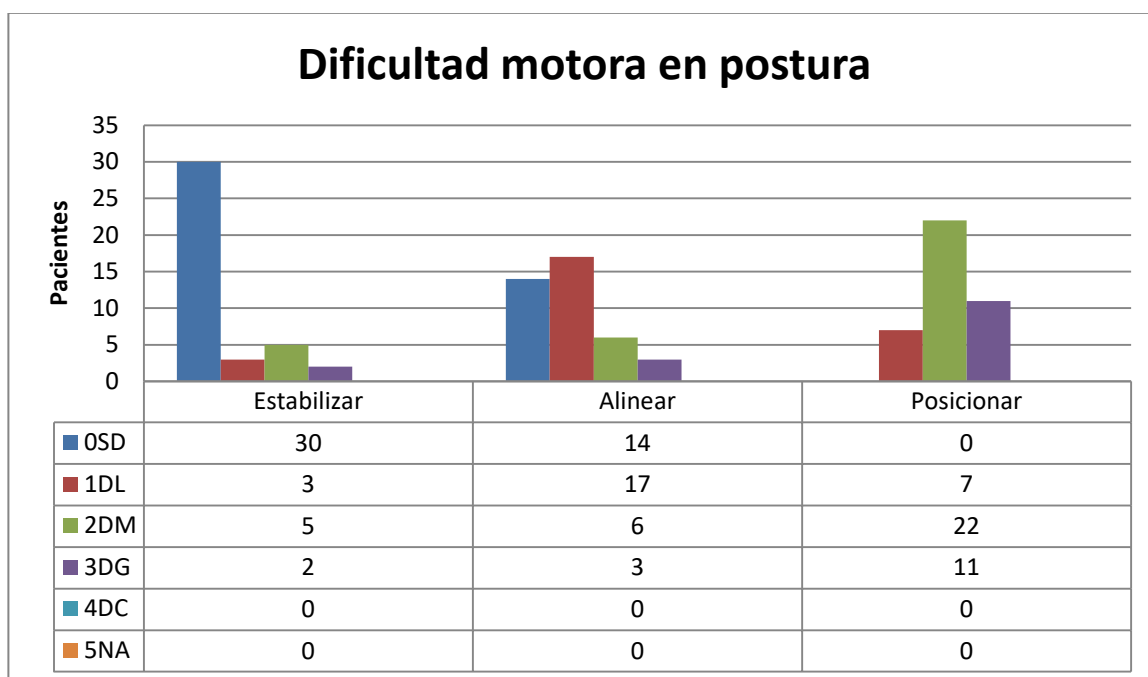
Análisis e interpretación

La grafica muestra que la población en estudio presento dificultad en ambos tipos de prensiones bidigital y tridigital, la mayoría con un 40% de pacientes quienes presentaron dificultad en la prensión bidigital y un 39% en la prensión de tipo tridigital debido al dolor del movimiento activo de la mano y limitación articular por la inmovilización y la falta de uso de las articulaciones metacarpofalangica y las interfalangicas proximal y distal, siendo más frecuente esta dificultad en pacientes con

fracturas de colles y de las falanges, solo el 21% de los pacientes mantenía conservadas ambas prensiones finas, algunos de ellos tal es el caso de las fracturas de humero proximal y diáfisis lo cual les permitió utilizar sus manos.

LAS SIGUIENTES GRAFICAS MUESTRAN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN HABILIDADES MOTORAS DURANTE LA ACTIVIDAD DE VESTIDO MIEMBROS SUPERIORES.

Grafico # 18: Frecuencia de datos sobre el grado de dificultad en la ejecución de habilidades motoras de postura para la actividad de vestido de miembros superiores que presento la población muestra en el área de Fisioterapia del Hospital Nacional General “Doctor Juan José Fernández”, Zacamil.

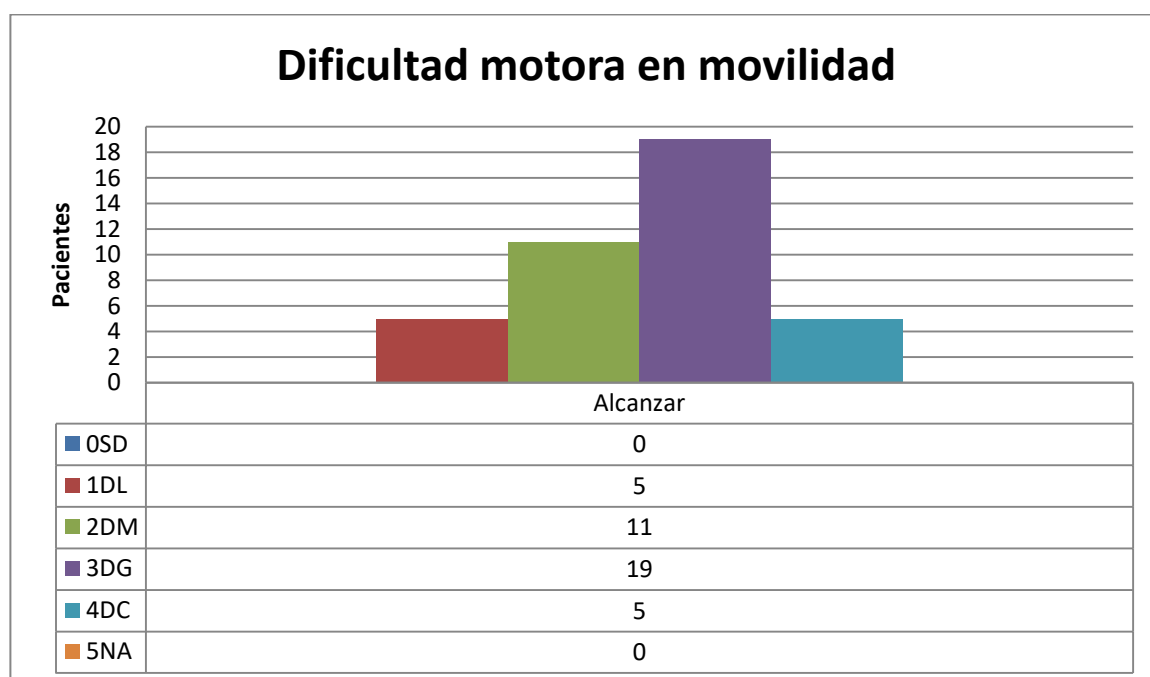


Fuente: Instrumento de recolección de datos sobre el perfil ocupacional, funciones y estructuras corporales afectadas y la ejecución de habilidades motoras en AVD de vestido.

Análisis e interpretación

La gráfica muestra las dificultades motoras en cada una de las habilidades de postura que presentaron los 40 pacientes en estudio durante su actividad de vestido para miembros superiores, en la habilidad motora de estabilizar 30 pacientes no presentaron dificultad cuando se visten y desvisten con la camisa y ropa interior, todos ellos en edades productivas, 5 con dificultad moderada, 3 dificultad leve y 2 con dificultad grave para lo cual influyo la edad en la que se encontraban los pacientes y algunos manifestaron no hacer uso del miembro afecto lo que les permitió perder el equilibrio durante la actividad, en la habilidad de alinear el cuerpo y mantenerse correctamente en una posición ya sea sentado o de pie durante se colocan y quitan la camisa o ropa interior el dato mayor fue de 17 pacientes quienes presentaron dificultad leve, 14 no presentaron dificultad, 6 dificultad moderada y 3 con dificultad grave, para lo cual influyo la región de la fractura ente más proximal fuese mayor dificultad para poder enderezarse, en la habilidad de posicionar eficientemente el cuerpo, los brazos y/o la silla de ruedas en relación a la camisa y ropa interior el dato mayor fue de 22 pacientes quienes presentaron dificultad moderada, seguida de 11 con dificultad grave y 7 con dificultad leve, la mayoría debido a la limitación articular, dolor.

Grafico # 19: Frecuencia de datos sobre el grado de dificultad en la ejecución de habilidades motoras de movilidad para la actividad de vestido de miembros superiores que presento la población muestra en el área de Fisioterapia del Hospital Nacional General “Doctor Juan José Fernández”, Zacamil.



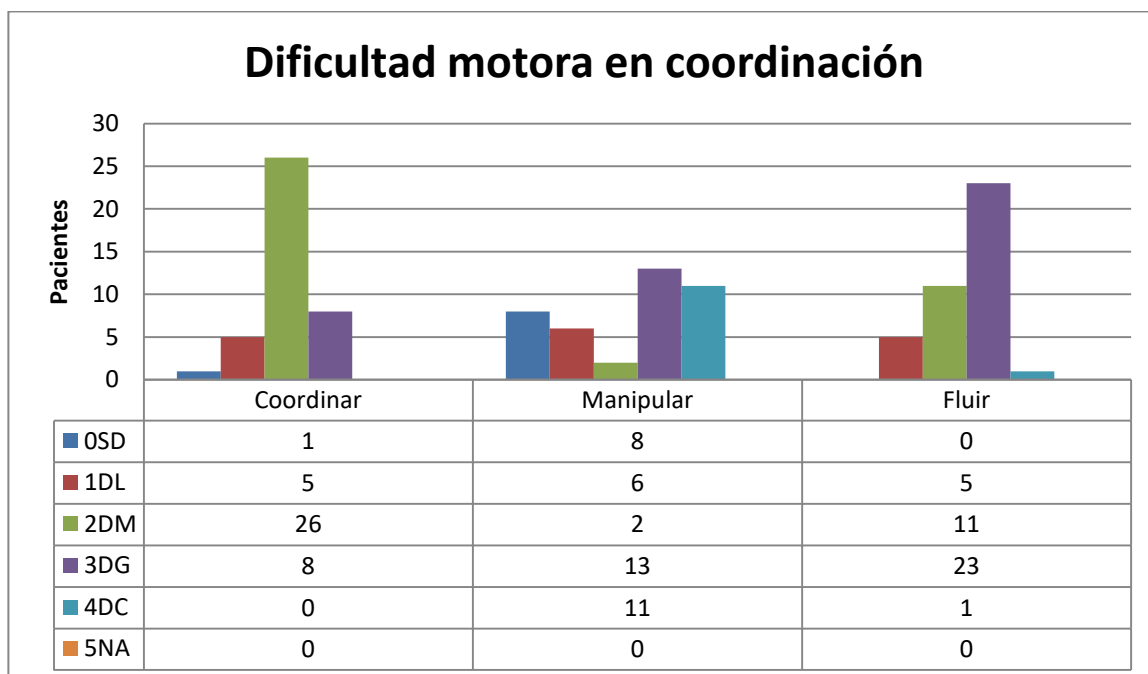
Fuente: Instrumento de recolección de datos sobre el perfil ocupacional, funciones y estructuras corporales afectadas y la ejecución de habilidades motoras en AVD de vestido.

Analisis e interpretación

La gráfica muestra las dificultades motoras en movilidad que presentaron los 40 pacientes en estudio durante su actividad de vestido para miembros superiores, en la habilidad motora de alcanzar cuando se visten y desvisten con la camisa y ropa interior el dato mayor fue de 19 pacientes quienes presentaron dificultad grave, siguiéndole 11 pacientes con dificultad moderada, 5 con dificultad leve y 5 con dificultad completa,

todos con problemas de fuerza muscular y limitación articular principalmente en caso de fracturas de falanges y en fractura de colles lo cual da paso a no poder realizar de forma independiente su actividad de vestido.

Grafico # 20: Frecuencia de datos sobre el grado de dificultad en la ejecución de habilidades motoras de coordinación para la actividad de vestido de miembros superiores que presento la población muestra en el área de Fisioterapia del Hospital Nacional General “Doctor Juan José Fernández”, Zacamil.



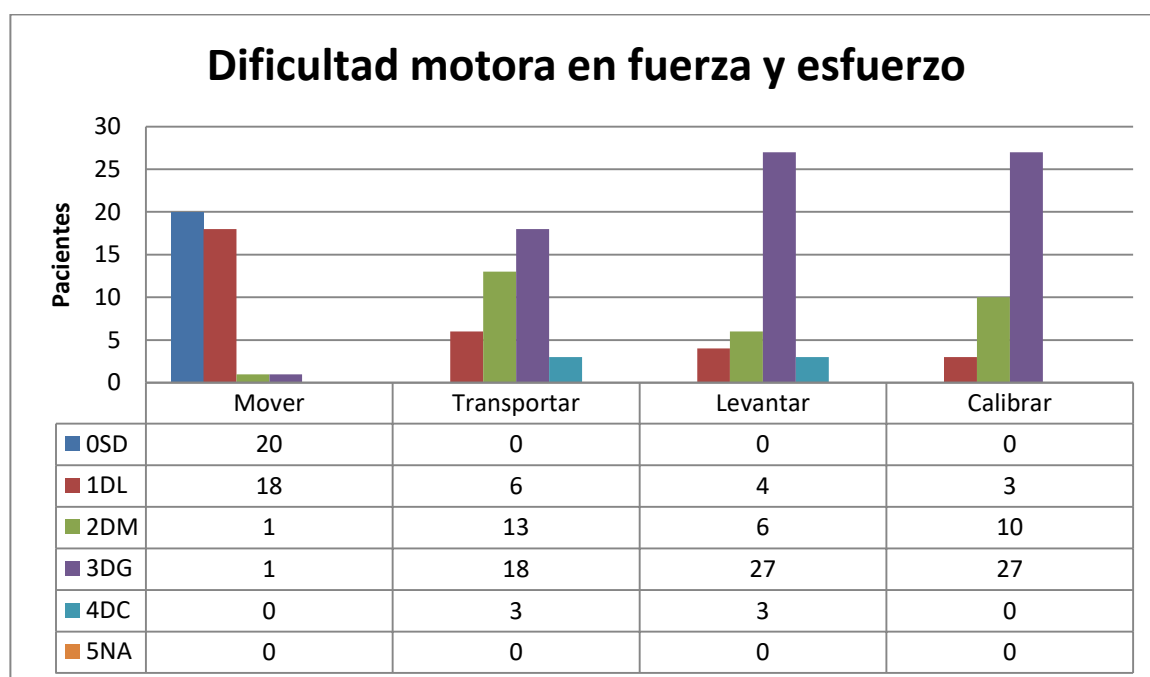
Fuente: Instrumento de recolección de datos sobre el perfil ocupacional, funciones y estructuras corporales afectadas y la ejecución de habilidades motoras en AVD de vestido.

Análisis e interpretación:

La gráfica muestra las dificultades motoras en cada una de las habilidades de coordinación que presentaron los 40 pacientes en estudio durante su actividad de vestido para miembros superiores, en la habilidad motora de coordinar cuando se visten y desvisten con la camisa y ropa interior el dato mayor fue de 26 pacientes quienes presentaron dificultad moderada, manifestaron no utilizar el miembro superior

fracturado, 8 con dificultad grave y solo 5 con dificultad leve y 1 sin dificultad, la mayoría manifestó no hacer uso del miembro superior afecto, en la habilidad de manipular el dato mayor fueron 13 con dificultad grave donde manifestaban dolor y limitación articular, 11 con dificultad completa tal es el caso de fracturas de falanges, 2 con dificultad moderada, 6 con dificultad leve y 8 sin dificultad, en la habilidad de fluir 23 con dificultad grave y 11 con dificultad moderada, 5 presentando dificultad leve y 1 completa, como consecuencia los pacientes buscaban a sus familiares para poder realizar su actividad de vestido.

Grafico # 21: Frecuencia de datos sobre el grado de dificultad en la ejecución de habilidades motoras de fuerza y esfuerzo para la actividad de vestido de miembros superiores que presento la población muestra en el área de Fisioterapia del Hospital Nacional General “Doctor Juan José Fernández”, Zacamil.



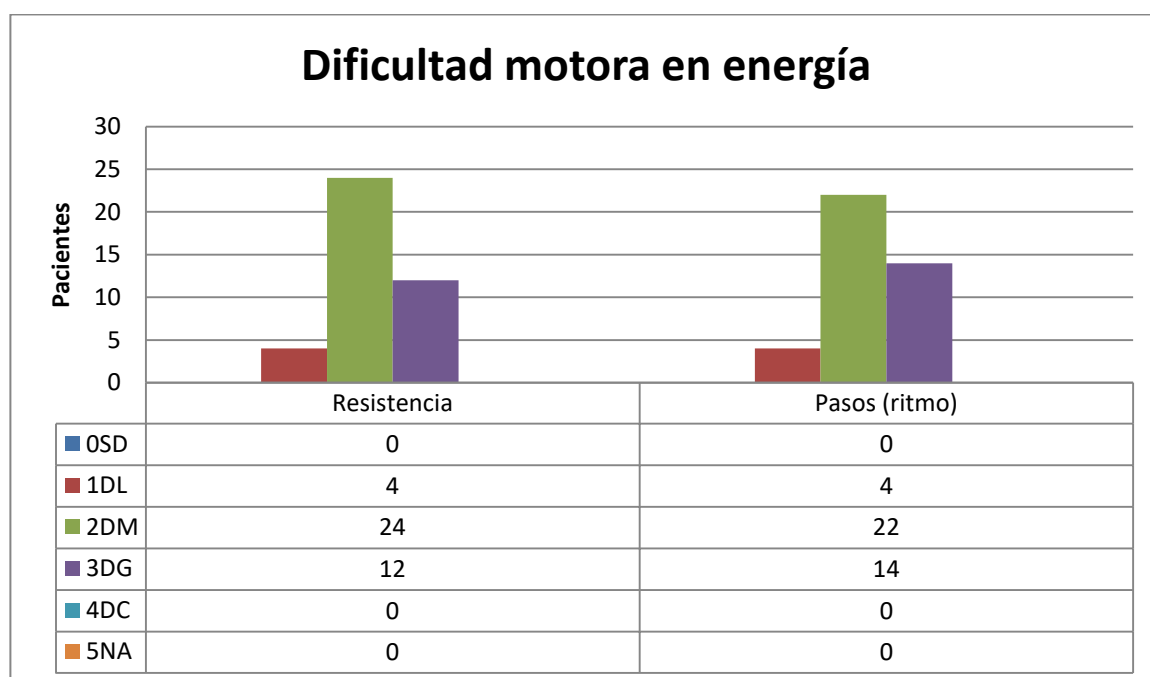
Fuente: Instrumento de recolección de datos sobre el perfil ocupacional, funciones y estructuras corporales afectadas y la ejecución de habilidades motoras en AVD de vestido.

Análisis e interpretación

La gráfica muestra las dificultades motoras en cada una de las habilidades de fuerza y esfuerzo que presentaron los 40 pacientes en estudio durante su actividad de vestido para miembros superiores, en la habilidad motora de mover 20 pacientes no presentaron dificultad para empujar y arrastrar la camisa y ropa interior, 18 con dificultad leve, 1 dificultad moderada y 1 con dificultad grave para lo cual influyo la edad de la persona y

el dolor, en la habilidad de transportar 18 pacientes con dificultad grave, 13 pacientes presentaron dificultad moderada, 6 con dificultad leve y 3 con dificultad completa, en todos influyo el grado de fuerza muscular y la limitación articular de la mano para llevar la camisa y ropa interior de un lugar a otro, en la habilidad de levantar 27 pacientes con dificultad grave ya que manifestaron no poder colocarse la camisa y buscaban ayuda, 3 con dificultad completa tal es el caso de las personas de la tercera edad, 6 con dificultad moderada y 4 con dificultad leve, para la habilidad de calibrar 27 con dificultad grave, 10 con dificultad moderada y 3 dificultad leve donde la fuerza muscular se encontraba disminuida y no realizaban la actividad de manera satisfactoria.

Grafico # 22: Frecuencia de datos sobre el grado de dificultad en la ejecución de habilidades motoras de energía para la actividad de vestido de miembros superiores que presento la población muestra en el área de Fisioterapia del Hospital Nacional General “Doctor Juan José Fernández”, Zacamil.



Fuente: Instrumento de recolección de datos sobre el perfil ocupacional, funciones y estructuras corporales afectadas y la ejecución de habilidades motoras en AVD de vestido.

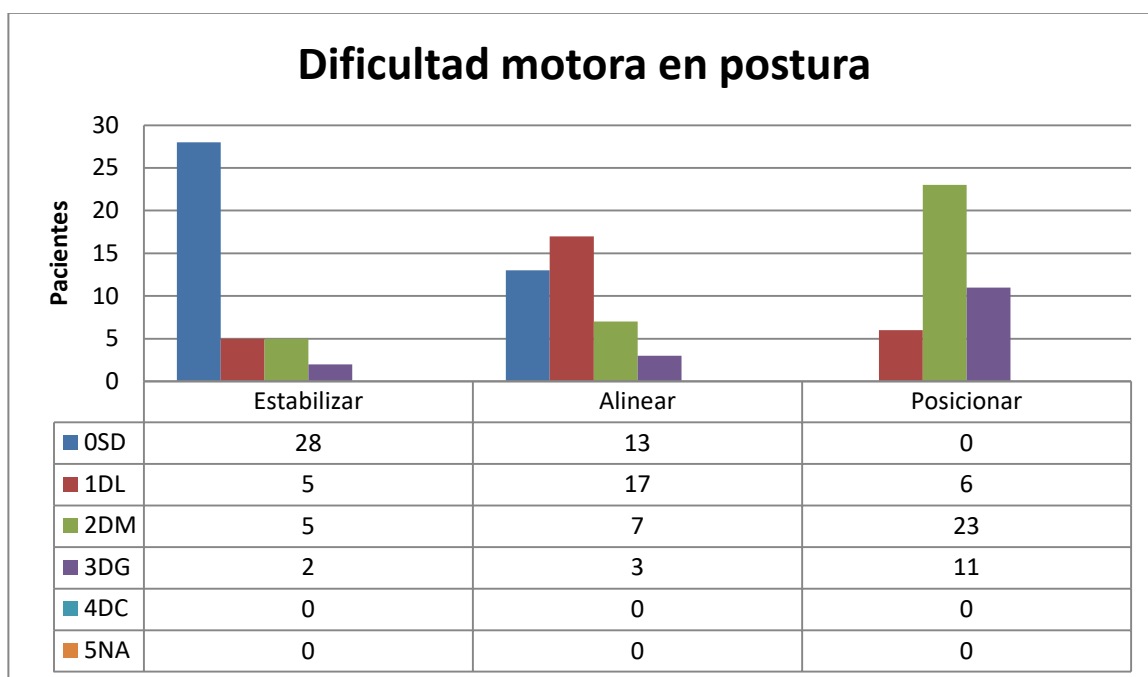
Análisis e interpretación

La gráfica muestra las dificultades motoras en cada una de las habilidades de energía que presentaron los 40 pacientes en estudio durante su actividad de vestido para miembros superiores, en la habilidad motora de resistencia 4 pacientes con dificultad leve, 24 pacientes presentaron dificultad moderada, 12 con dificultad grave los cuales manifestaban fatiga durante se colocaban la camisa y ropa interior, se llevaban mucho

tiempo de ejecución, en la habilidad de pasos (ritmo) 22 personas con dificultad moderada, 14 con dificultad grave y 4 con dificultad leve, se tardaban mucho tiempo para vestirse y desvestirse.

LAS SIGUIENTES GRAFICAS MUESTRAN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN HABILIDADES MOTORAS DURANTE LA ACTIVIDAD DE VESTIDO MIEMBROS INFERIORES.

Grafico # 23: Frecuencia de datos sobre el grado de dificultad en la ejecución de habilidades motoras de postura para la actividad de vestido de miembros inferiores que presento la población muestra en el área de Fisioterapia del Hospital Nacional General “Doctor Juan José Fernández”, Zacamil.

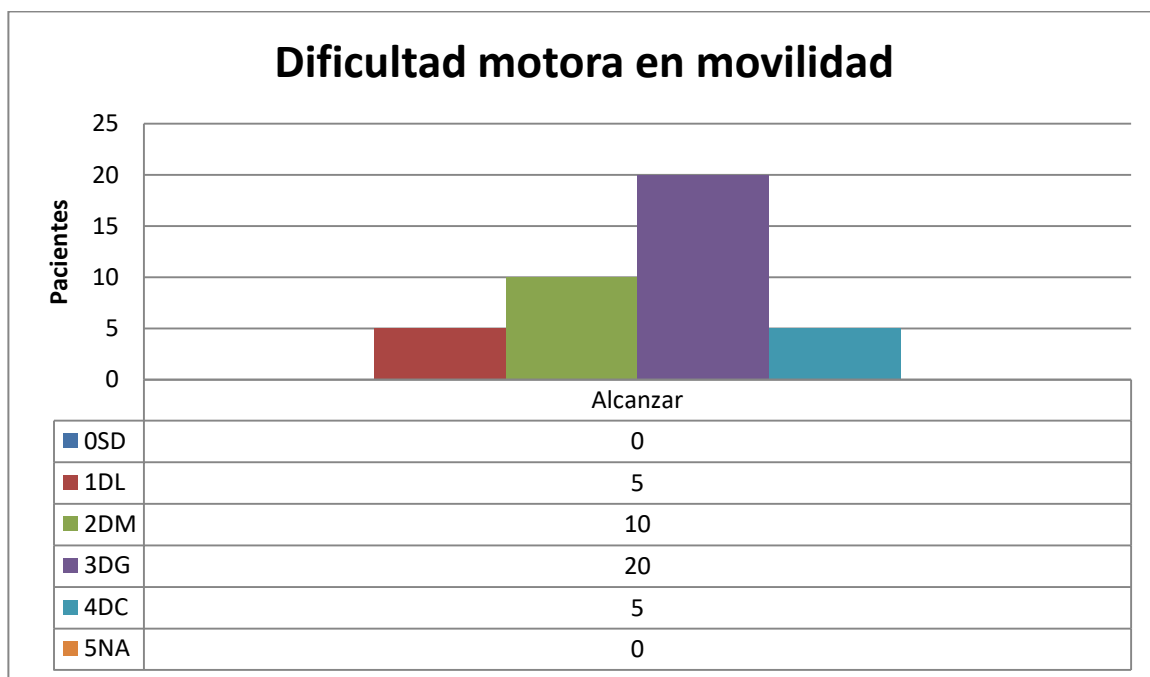


Fuente: Instrumento de recolección de datos sobre el perfil ocupacional, funciones y estructuras corporales afectadas y la ejecución de habilidades motoras en AVD de vestido.

Análisis e interpretación

La gráfica muestra las dificultades motoras en cada una de las habilidades de postura que presentaron los 40 pacientes en estudio durante su actividad de vestido para miembros inferiores, en la habilidad motora de estabilizar 28 pacientes no presentaron dificultad cuando se visten y desvisten con el pantalón o falda, ropa interior y zapatos, 5 con dificultad leve y 5 dificultad moderada y 2 con dificultad grave manifestaron los más afectados son pacientes de la tercera edad, la mayoría buscaba vestirse en posición sentado, en la habilidad de alinear, 17 pacientes presento dificultad leve y 13 sin dificultad, 7 con dificultad moderada y 3 con dificultad grave, para habilidad de posicionar 23 con dificultad moderada y 11 con dificultad grave, la mayoría adoptaba una posición antalgica lo que limitaba la realización de la actividad.

Grafico # 24: Frecuencia de datos sobre el grado de dificultad en la ejecución de habilidades motoras de movilidad para la actividad de vestido de miembros inferiores que presento la población muestra en el área de Fisioterapia del Hospital Nacional General “Doctor Juan José Fernández”, Zacamil.



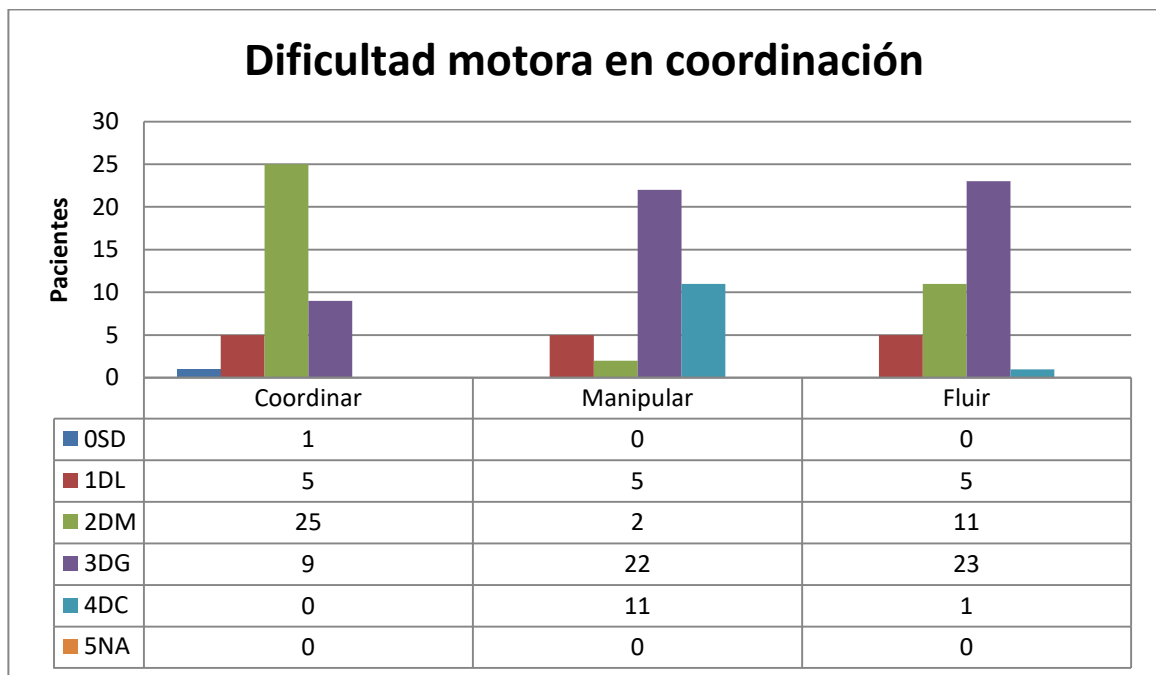
Fuente: Instrumento de recolección de datos sobre el perfil ocupacional, funciones y estructuras corporales afectadas y la ejecución de habilidades motoras en AVD de vestido.

Análisis e interpretación

La gráfica muestra las dificultades motoras en movilidad que presentaron los 40 pacientes en estudio durante su actividad de vestido para miembros inferiores, en la habilidad motora de alcanzar cuando se visten y desvisten con el pantalón o la falda y ropa interior el dato mayor fue de 20 pacientes quienes presentaron dificultad grave,

siguiéndole 10 pacientes con dificultad moderada, 5 con dificultad leve y 5 con dificultad completa, debido a la limitación articular y falta de fuerza muscular.

Grafico # 25: Frecuencia de datos sobre el grado de dificultad en la ejecución de habilidades motoras de coordinación para la actividad de vestido de miembros inferiores que presento la población muestra en el área de Fisioterapia del Hospital Nacional General “Doctor Juan José Fernández”, Zacamil.



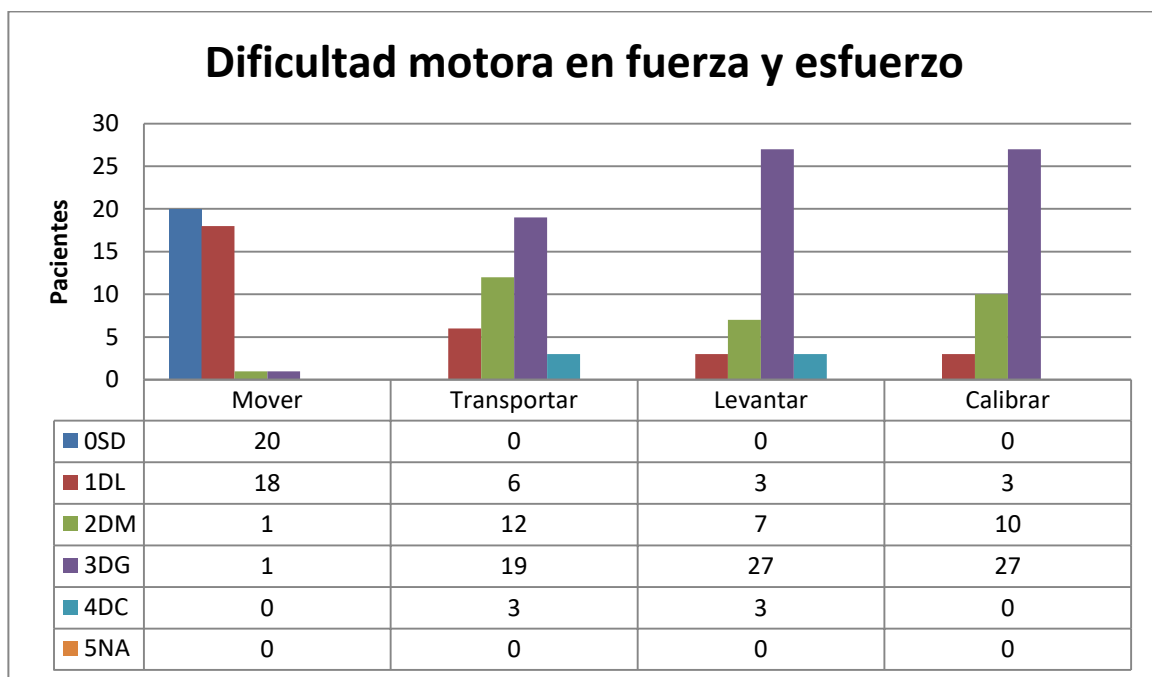
Fuente: Instrumento de recolección de datos sobre el perfil ocupacional, funciones y estructuras corporales afectadas y la ejecución de habilidades motoras en AVD de vestido.

Análisis e interpretación

La gráfica muestra las dificultades motoras en cada una de las habilidades de coordinación que presentaron los 40 pacientes en estudio durante su actividad de vestido para miembros inferiores, en la habilidad motora de coordinar el dato mayor fue de 25 pacientes quienes presentaron dificultad moderada, manifestaron no utilizar el miembro superior fracturado y no podían coordinar los movimientos con ambos miembros

superiores al vestirse y desvestirse con el pantalón y ropa interior , 9 con dificultad grave y solo 5 con dificultad leve, y 1 sin dificultad, para la habilidad de manipular las prendas de vestir para miembro inferior el dato mayor fueron 22 con dificultad grave, 11 con dificultad completa, 2 con dificultad moderada y 5 con dificultad leve, todos manifestaban dolor y limitación articular tal es el caso de fracturas de falanges, para la habilidad de fluir 23 con dificultad grave, 11 con dificultad moderada y 5 con dificultad leve, solo 1 presento dificultad completa debido a la rigidez.

Grafico # 26: Frecuencia de datos sobre el grado de dificultad en la ejecución de habilidades motoras de fuerza y esfuerzo para la actividad de vestido de miembros inferiores que presento la población muestra en el área de Fisioterapia del Hospital Nacional General “Doctor Juan José Fernández”, Zacamil.



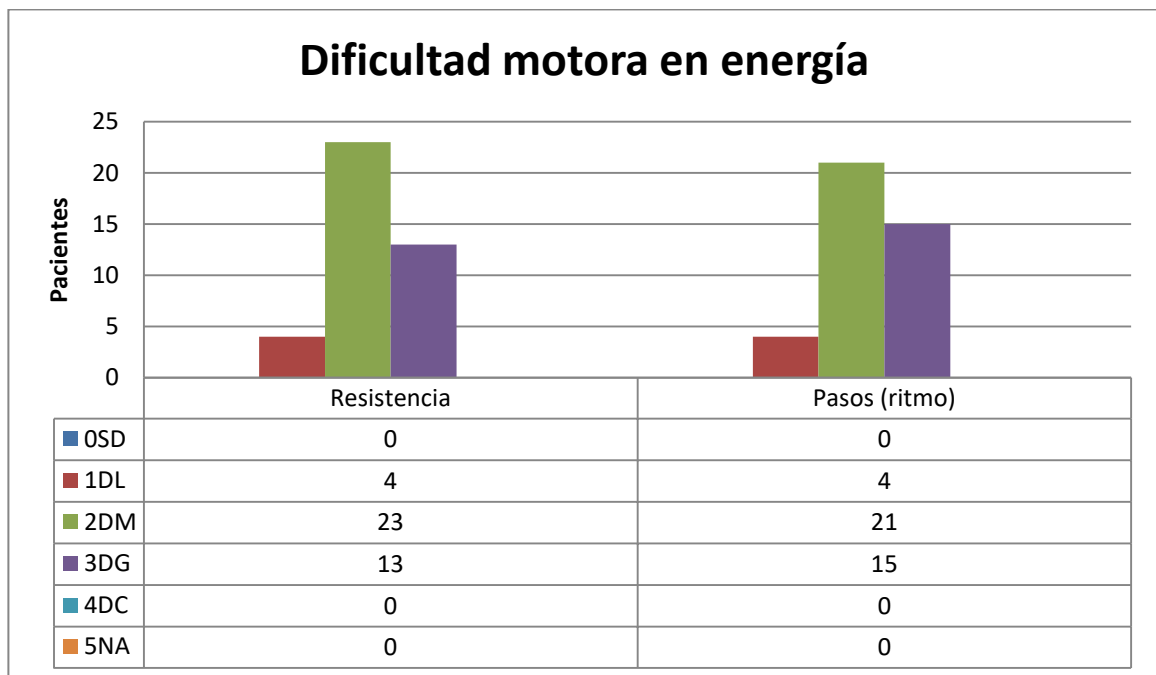
Fuente: Instrumento de recolección de datos sobre el perfil ocupacional, funciones y estructuras corporales afectadas y la ejecución de habilidades motoras en AVD de vestido.

Análisis e interpretación

La gráfica muestra las dificultades motoras en cada una de las habilidades de fuerza y esfuerzo que presentaron los 40 pacientes en estudio durante su actividad de vestido para miembros inferiores, en la habilidad motora de mover 20 pacientes no presentaron dificultad para empujar y arrastrar la camisa y ropa interior, 18 con dificultad leve, 1 dificultad moderada y 1 con dificultad grave para lo cual influyo la edad de cada uno y

el dolor, en la habilidad de transportar 19 pacientes con dificultad grave, 12 pacientes presentaron dificultad moderada, 6 con dificultad leve y 3 con dificultad completa para todos influyo el grado de fuerza muscular y la limitación articular de la mano para llevar el pantalón o la falda y ropa interior y los zapatos de un lugar a otro, en la habilidad de levantar 27 pacientes con dificultad grave ya que manifestaron no poder colocarse la camisa y buscaban ayuda, 3 con dificultad completa tal es el caso de las personas de la tercera edad, 7 con dificultad moderada y 3 con dificultad leve, para la habilidad de calibrar 27 con dificultad grave, 10 con dificultad moderada y 3 dificultad leve donde la fuerza muscular se encontraba disminuida y no realizaban la actividad de manera satisfactoria al regular la fuerza.

Grafico # 27: Frecuencia de datos sobre el grado de dificultad en la ejecución de habilidades motoras de energía para la actividad de vestido de miembros inferiores que presento la población muestra en el área de Fisioterapia del Hospital Nacional General “Doctor Juan José Fernández”, Zacamil.



Fuente: Instrumento de recolección de datos sobre el perfil ocupacional, funciones y estructuras corporales afectadas y la ejecución de habilidades motoras en AVD de vestido.

Análisis e interpretación

La gráfica muestra las dificultades motoras en cada una de las habilidades de energía que presentaron los 40 pacientes en estudio durante su actividad de vestido para miembros inferiores, en la habilidad motora de resistencia 23 pacientes con dificultad moderada, 13 pacientes presentaron dificultad grave y 4 con dificultad leve los cuales manifestaban fatiga mientras se colocaban el pantalón o la falda la ropa interior y los

zapatos, en la habilidad de pasos (ritmo) 21 personas con dificultad moderada, 15 con dificultad grave y 4 con dificultad leve, los pacientes manifestaron que el ritmo para vestirse y desvestirse había cambiado necesitaban invertir más tiempo.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A. Conclusiones.

- Con los datos estadísticos obtenidos en el departamento de Fisioterapia del Hospital Nacional General “Dr. Juan José Fernández” Zacamil, en los meses de Octubre a Noviembre del año 2017, de 150 personas que ingresaron a dicho departamento 40 fueron atendidas por fractura de miembro superior.
- Respecto a la información obtenida en el perfil ocupacional de la población en estudio podemos concluir que el mayor porcentaje fue en un 47% de personas que se encuentran desempleadas la mayoría de ellos a causa de haber sufrido fractura de miembro superior y por la magnitud de las secuelas que el tipo de fractura dejó en su miembro, a pesar que su dominancia manual es derecha siempre su independencia tanto en lo laboral como en las actividades cotidianas se ve limitada, este grupo se encuentran entre las edades laborales de 25 y 50 años, las demás personas desempleadas oscilan entre las edades de 50 a 87 años que ya no ejercen tareas laborales debido a su edad y/o se encuentran jubilados actualmente pero que posterior a la fractura de uno de sus miembros superiores también se ha visto limitada su independencia en sus actividades de la vida diaria, todos en su mayoría son mujeres y el resto hombres que actualmente realizan otros roles dentro del hogar, por otro lado tenemos el 42% de personas que trabajan incluso posterior a la lesión no han dejado de hacerlo y es porque el

daño ocasionado por el tipo de fractura es de leve a moderado y el miembro dominante no se encuentra dañado en algunos casos, de igual forma con el 8% que estudia y el 3% que se desempeña como cuidador, aún siguen realizando sus roles ocupacionales.

- Respecto a la evaluación de estructuras y funciones corporales del miembro superior fracturado se obtuvieron los siguientes datos de mayor frecuencia:

Estructuras corporales afectadas (de proximal a distal):

Para las fracturas de humero la región más afectada fue; Húmero proximal derecho (45%)

Para las fracturas de radio la región más afectada fue; Radio distal izquierdo (56%)

Para las fracturas de cubito la región más afectada fue; Cubito distal izquierdo (73%)

En cuanto a los falanges los más afectados fueron los falanges mano izquierda (60%)

Funciones corporales afectadas:

Fuerza muscular disminuida (100%)

Movilidad articular limitada (100%)

Sensibilidad superficial con parestesias (85%)

Dolor presente (100%) de tipo moderado (72%)

Trofismo muscular disminuido (75%)**Prensión gruesa afectada de tipo cilíndrica (47%)****Prensión fina afectada de tipo bidigital (40%)**

- En relación a la evaluación del desempeño ocupacional en la ejecución de habilidades motoras en la actividad de la vida diaria de vestido del grupo poblacional se obtuvieron los siguientes resultados.
- La mayoría de pacientes manifestaron mayor dificultad de ejecución motora a la hora de colocarse las prendas de vestir que al desvestirse, teniendo en cuenta esto se resaltara para cada habilidad motora el dato mayor obtenido siguiendo los parámetros de evaluación de la CIF.

Habilidad motora de postura

Vestido de miembro superior:

Vestido de miembro inferior:

Estabilizar: **30: 0SD****28: 0SD**Alinear: **17:1DL****17: 1DL**Posicionar: **22: 2DM****23: 2DM**

- La mayoría de la población en estudio no presento dificultad motora en estabilizar, tanto para vestido de miembro superior como para miembro inferior, pero le sigue una frecuencia de 23 pacientes que tenían dificultad moderada para posicionar en vestido de miembro inferior y 22 en vestido de miembro superior, y en la habilidad de alinear 17 pacientes con dificultad leve para ambas.

Habilidad motora de movilidad

Vestido de miembro superior

Vestido de miembro inferior

Alcanzar: **19: 3DG**

Alcanzar: **20: 3DG**

- La mayor parte de pacientes con fractura de miembro superior presento dificultad grave para alcanzar las prendas de vestido inferior en comparación con las del miembro superior por la falta de movilidad y fuerza muscular del miembro afecto en este caso influye las propiedades que contiene la prenda por ejemplo; en el caso de los Zapatos, el pantalón, en cincho, entre otros.

Habilidad motora de coordinación

Vestido de miembro superior

Vestido de miembro inferior

Coordinar: **26: 2DM**

25: 2DM

Manipular: **13: 3DG**

22: 3DG

Fluir: **23: 3DG**

23: 3DG

- En su mayoría los pacientes presentaron dificultad moderada en la habilidad de coordinar vestido de miembro superior, solo utilizaban el miembro superior sano debido al dolor en el miembro afecto, falta de fuerza muscular y movimiento, a la hora de manipular las prendas de vestir presentaron dificultad grave con mayor frecuencia en vestido de miembro inferior, y en la habilidad de fluir obtuvieron la misma frecuencia de dificultad grave.

- **Habilidad motora de fuerza y esfuerzo**

Vestido de miembros superiores

Vestido de miembros inferiores

Mover: **20: 0SD**

20: 0SD

Transportar: **18: 3DG**

19:3DG

Levantar:**27: 3DG**

27: 3DG

Calibrar:**27: 3DG**

27: 3DG

- Los datos anteriores nos muestran que en la habilidad de mover la mayoría de pacientes no presento dificultad a la hora de vestirse, sin embargo para transportar, levantar y calibrar las prendas mayoría presento dificultad grave tanto para vestido de miembro superior como inferior.

Habilidad motora de energía

Vestido de miembros superiores

Vestido de miembros inferiores

Resistencia: **24: 2DM**

23: 2DM

Pasos: **22: 2DM**

21: 2DM

- La mayoría de pacientes presento dificultad moderada en resistencia, pasos y ritmo principalmente en vestido de miembros superiores en comparación con vestido para miembros inferiores.

B.Recomendaciones.**A la Dirección del Hospital General Zacamil “Doctor Juan José Fernández”:**

- Es necesario que el Hospital Zacamil cuente con refuerzos en Terapia Ocupacional, tanto humanos como materiales para la implementación y desarrollo de programas de entrenamiento y talleres prácticos basado en técnicas terapéuticas dirigidas a la reincorporación de actividades básicas de la vida diaria que son esenciales para el paciente después de sufrir una afectación osteomioarticular y así pueda recuperarse de forma integral.

Al personal de Terapia Física del Hospital General Zacamil “Doctor Juan José Fernández”:

- Se recomienda realizar las gestiones necesarias en Terapia Ocupacional para que el paciente pueda recuperar todas sus habilidades en sus actividades de la vida diaria y así mejorar su estilo de vida de una manera integral después de sufrir una lesión.
- Que los pacientes con fractura de miembro superior inicien su tratamiento de rehabilitación integral lo antes posible.

BIBLIOGRAFIA.

- Ávila Álvarez A, Martínez Piédrola R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra M, Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA, et al. Marco de trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y proceso. 2da Edición. www.Terapia-ocupacional.com2010. (Citado el 19 de mayo de 2016) Disponible en: <http://www.terapia-ocupacioinal.com/aota2010esp.pdf> Traducido de: American OccupationalTherapyAsociation (2008).
- Asociación Americana de Terapia Ocupacional, Comité de Ciencia de la Ocupación, Escuela de Terapia ocupacional Universidad de Chile. “Marco de trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional: dominio y proceso”. 3ra Edición.
- Begoña Polonio López, Pilar Durante Molina, Blanca Noya Arnaiz, et al. Conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional.-1º ed. Madrid: Médica Panamericana. (2001).
- Willard&Spackman. Terapia Ocupacional. 11º edición.
- A, Meardi. Emergencias Traumatológicas de los miembros. 1º edición.
- El país.com. La OMS alerta sobre el aumento de fracturas. Madrid. 19 de octubre de 1999. (Citado el 19 de abril de 2016). Disponible en: <http://www.elpais.com>.
- Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). Versión Abreviada. (publicado en 1980).

- Declaración de Helsinki. Principios Éticos para la investigación. Edimburgo octubre del año 2000. 5° reforma. Pag.326-333. Disponible en: www.scienlo.cl/pdf/abioeth/v6n2/art10.pdf.

ANEXOS

Anexo 1: Consentimiento informado.

Universidad de El Salvador

Facultad de Medicina

Escuela de Tecnología Médica

Licenciatura en Fisioterapia y Terapia Ocupacional.



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tema de investigación:

**INDAGAR LA EJECUCION DE LAS HABILIDADES MOTORAS EN
ACTIVIDAD DE LA VIDA DIARIA DE VESTIDO EN PACIENTES CON
FRACTURA DE MIEMBRO SUPERIOR ATENDIDOS EN EL AREA DE
FISIOTERAPIA DEL HOSPITAL NACIONAL GENERAL “DOCTOR JUAN
JOSE FERNANDEZ” ZACAMIL, OCTUBRE A NOVIEMBRE DE 2017.**

Nombre delos Investigadores:

ErickaAnahi Estrada García.

Wendy Abigail Bernabé Guillen.

Director de la Carrera de Fisioterapia y Terapia Ocupacional:

MsD Lic. Julio Ernesto Barahona Jovel.

Docente Asesor de proceso de graduación:

Licda. Alicia Margarita Rivas Lemus.

Documento de Consentimiento Informado dirigido para: pacientes con fractura de miembro superior atendidos en el área de Fisioterapia del Hospital Nacional General “Doctor Juan José Fernández” Zacamil, Octubre a Noviembre de 2017.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PARTE I: Información

Introducción

Nosotras ErickaAnahi Estrada García y Wendy Abigail Bernabé Guillen, estudiantes egresadas de la Licenciatura de Fisioterapia y Terapia Ocupacional de la Facultad de Medicina de la Universidad De El Salvador, tomando en cuenta los principios éticos, legales y jurídicos en toda investigación médica según la declaración de Helsinki en ética para la investigación médica en seres humanos nos comprometemos a que la información obtenida en esta investigación se mantendrá confidencial, y se sujetará a cumplir las normas éticas establecidas por esta declaración donde se promueve el respeto a todos los seres humanos, proteger su salud y sus derechos individuales.

Dejar claro los siguientes puntos:

1. Participación Voluntaria

Dejar claro que su participación en esta investigación es totalmente voluntaria, puede elegir participar o no hacerlo, se respetará su decisión y nada cambiará. Antes de decidirse puede hablar con alguien con quien se sienta cómodo sobre la investigación. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

2. Derecho a Negarse o Retirarse.

Si usted no lo desea, no tiene porque tomar parte de dicha investigación, será su elección y todos sus derechos serán respetados como tal. Y el negarse a participar o retirarse en el momento que lo desee no le afectará en su proceso de rehabilitación.

3. A Quien contactar.

Si tiene cualquier duda o pregunta puede hacerlo con el grupo investigador ya sea en el momento, durante o después de iniciado el estudio. Puede que haya algunas palabras que no comprenda, no dude en detenernos para darle tiempo y explicarle o si tiene preguntas más tarde, puede preguntar a otros miembros del equipo.

4. Propósito

Objetivos de la investigación:

Esta investigación se realiza con el propósito de:

- Evaluar el perfil ocupacional de la población en estudio.
- Determinar las estructuras y funciones corporales afectadas de miembro superior de la población en estudio.
- Analizar el desempeño ocupacional en la ejecución de habilidades motoras en actividad de la vida diaria de vestido del grupo poblacional.

5. Tipo de Intervención de Investigación.

El proceso consistirá como primer momento en la **Evaluación** de Terapia Ocupacional.

Donde se obtendrá de la siguiente manera.

- Datos generales del paciente y evaluación del perfil ocupacional.
- Factores o características personales del paciente (funciones y estructuras corporales dañadas).
- Evaluación en la ejecución de las habilidades motoras en el área de ocupación AVD de vestido tanto para miembros superiores como vestido en miembros inferiores, por medio de una encuesta y observación.
- **Tiempo de evaluación:** 20-30 minuto.

6. Selección de participantes.

Criterios de selección.

- Que el paciente este de acuerdo en participar con el grupo de investigación en la evaluación que se le realice para la recolección de la información.
- Que el paciente haya sufrido fractura de miembro superior, en cualquier región de este.

7. Beneficios.

- No se otorgará ningún tipo de incentivo por tomar parte de dicha investigación.
- Una vez obtenidos los datos se analizarán para posteriormente elaborar las actividades terapéuticas que se entregaran en el área de Fisioterapia del Hospital, con el propósito contribuir a la recuperación funcional en Actividades de la vida

diaria de la población, teniendo en cuenta las dificultades de ejecución motora tras sufrir una fractura de miembro superior.

PARTE II

Se me ha informado que esta investigación se centra en: **INDAGAR LA EJECUCIÓN DE LAS HABILIDADES MOTORAS EN ACTIVIDAD DE LA VIDA DIARIA DE VESTIDO DE LOS PACIENTES CON FRACTURA DE MIEMBRO SUPERIOR ATENDIDOS EN EL ÁREA DE FISIOTERAPIA DEL HOSPITAL NACIONAL GENERAL “DOCTOR JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ” ZACAMIL, OCTUBRE A NOVIEMBRE DE 2017.**

He sido invitado/a a participar en la investigación.

Entiendo que solo debo responder a una encuesta con relación a la fractura de miembro superior y mis dificultades de movimiento en la actividad de vestido.

He leído la información proporcionada, he tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento.

Nombre del participante	
Firma del participante	
Nombre del representante legal	
Firma del representante legal	

Nombre de los investigadores	
Firma de los investigadores	
Fecha	

ANEXO 2: Instrumento de recolección de datos.

Universidad de El Salvador

Facultad de Medicina

Escuela de Tecnología Médica

Licenciatura en Fisioterapia y Terapia Ocupacional.



INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Objetivo.

Indagar el perfil ocupacional, funciones y estructuras corporales afectadas y la ejecución de habilidades motoras en actividad de la vida diaria de vestido, de los pacientes con fractura de miembro superior del departamento de Fisioterapia del hospital Zacamil.

1. Datos del paciente

Edad Sexo Dominancia manual

Rol ocupacional:

Trabaja Desempleado/a Estudiante

Cuidador Otros _____

2. Estructuras y funciones corporales afectadas

Diagnostico: _____

Estructura afectada:

Clavícula: I D **Escapula:** I D

Humero: Proximal I D **Cubito:** Proximal I D

Diáfisis I D

Diáfisis I D

Distal I D

Distal I D

Radio: Proximal I D

Carpó: 1er Fila I D

Diáfisis I D

2da Fila I D

Distal I D

Otros: _____

Falanges: I D

Otros: _____

Funciones afectadas:

Región: _____

Fuerza muscular: ↑ ↓ Conserva Otros: _____

Amplitud articular: Limitada Conservada Otros: _____

Sensibilidad superficial: Hipersensible Hiposensible

Parestesias Otros: _____

Dolor: Si No

Leve Moderado Grave

Trofismo muscular: ↑ ↓ conservado

Prensiones: Gruesas _____

Finas Bidigital Tridigital _____

**EVALUACIÓN EN LA EJECUCIÓN DELAS HABILIDADES MOTORAS DE
LA ACTIVIDAD DE LA VIDA DIARIA DE VESTIDO.**

Escala de valoración (tomando los calificadores del CIF)

0 SD Sin Dificultad	1 DL Dificultad Leve	2 DM Dificultad Moderada
3 DG Dificultad Grave	4 DC Dificultad Completa	5 NA No Aplica

Área Ocupacional Evaluada: Actividad de la vida diaria.														
Actividad / Tarea evaluada: Vestido.														
Tipo de Destreza	Aspectos Evaluado		Calificador											
			Miembros superiores					Miembros inferiores						
			0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
			S	D	D	D	D	N	S	D	D	D	D	N
			D	L	M	G	C	A	D	L	M	G	C	A
Habilidades	Postura	Estabilizar												
		Alinear												
		Posicionar												
	Movilidad													
		Alcanzar												

motoras																
	Coordi nación	Coordinar														
		Manipular														
		Fluir														
	Fuerza y esfuerzo	Mover														
		Transportar														
		Levantar														
		Calibrar														
	Energía	Resistencia														
		Pasos (ritmo)														