



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS SUPERIORES**

**ENES UNAM CAMPUS LEÓN**

**TEMA: ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE PACIENTES QUE  
RECIBIERON ATENCIÓN FISIOTERAPÉUTICA EN LAS  
BRIGADAS COMUNITARIAS INTERDISCIPLINARIAS DE LA  
ENES UNAM 2014-2015**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:**

**LICENCIADO EN FISIOTERAPIA**

**P R E S E N T A:**

**ALEJANDRO BARRERA PANIAGUA**

**TUTOR:**

**DR. MAURICIO A. RAVELO IZQUIERDO**

**LEÓN, GTO.**

**2016**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



## **Agradecimientos**

**A la UNAM**, mi casa de estudios y mi alma máter, le doy las gracias por haber sido mi casa desde hace 5 años por haberme acogido y apoyado durante toda mi formación, por darnos todas las herramientas y recursos para crecer y ser un mejor profesional.

**Al Dr. José Narro Robles**, ex rector de la Universidad Nacional Autónoma de México, gracias por esta oportunidad de estudio, la ENES es y será siempre el mayor logro de su gran trayectoria

**Al Mtro. Javier de la Fuente Hernández**, director de la Escuela Nacional de Estudios Superiores, por todo el apoyo y recursos prestados para la realización de este estudio.

**A la Licenciatura en Fisioterapia de la ENES UNAM** por la experiencia vivida durante el servicio social, por todas las bases y enseñanzas proporcionadas durante el ejercicio de mi carrera y formación profesional.

**Al Programa de Becas Manutención (antes PRONABES)**, por todo el apoyo brindado durante mi formación profesional

**Al Programa de Becas de Servicio Social**, de la Coordinación Nacional de Becas de Educación Superior (CNBES), por el apoyo y recursos brindados durante la realización del mismo

**A la Sociedad de Ex alumnos de la UNAM**, gracias a su programa de Becas de Titulación para alumnos de alto rendimiento, por los recursos otorgados para la realización de este estudio y la culminación exitosa de mis estudios profesionales.

## **Dedicatorias**

**A Dios**, por darme la oportunidad de desarrollarme como persona, por darme la fuerza en momentos en que se necesitó y por acompañarme a diario por este camino

**A mi abuela, Mama Chela**, principal inspiración de esta Tesis, gracias por todo el apoyo que me has brindado, por toda la fuerza que me diste, por impulsarme a ser alguien y por jamás dejarme solo en tantos momentos que he necesitado de tu apoyo.

**A mis padres**, por darme estudio, hogar y sustento, por jamás anteponer cualquier cosa antes de mi educación y la de mis hermanos, por siempre inculcar el valor del trabajo y de la responsabilidad y jamás dejar de apoyarme en mi formación, gracias.

**A mis hermanos, Gerardo y Diana**, como mi hermano mayor siempre me has representado grandes cosas, te agradezco todo lo que me has apoyado durante mi crecimiento, gracias a los dos por su apoyo y comprensión.

**Al Dr. Mauricio Ravelo**, le doy las gracias por su formación a lo largo de la carrera, le agradezco sus consejos y orientaciones, por el tiempo que dedicó para ayudarme a formar esta investigación, gracias.

**A la Dra. Aline Viveiro**, por todo su apoyo para la formación de mi carrera, y por facilitar todos los medios para la realización de esta investigación, gracias

**A mi novia Valeria Gómez**, te agradezco el que me hayas acompañado a lo largo de estos años, que hayamos pasado por tantas cosas durante la carrera y después de ella, por tus consejos y regaños, por tu paciencia y amor, gracias.

# Índice

Resumen.....	I
Introducción.....	II
<b>Capítulo 1. Antecedentes.....</b>	<b>1</b>
1. Marco Teórico.....	1
A. Salud Pública y Medicina Comunitaria.....	1
a. Fundamentos y bases.....	1
b. Historia y Evolución.....	2
c. Atención Primaria y Salud Pública en el Mundo.....	5
d. Medicina Comunitaria, acción individual y acción colectiva.....	8
e. Niveles de Atención en medicina preventiva.....	8
B. Salud Pública en México.....	9
a. Evolución de la atención de salud en México.....	9
b. Promoción de la salud.....	10
c. Programas en México de salud comunitaria.....	11
i) Programas de salud.....	12
ii) Aportaciones de los Programas de salud.....	13
C. La Fisioterapia en la Atención Primaria.....	14
a. La Figura del Fisioterapeuta.....	14
b. Importancia de la Fisioterapia y su labor en la salud.....	15
2. Estado Actual del Conocimiento .....	16

**Capítulo 2. Planteamiento del Problema.....25**

1. Justificación.....27

2. Límites Temporales, Espaciales y Conceptuales.....27

3. Objetivo Principal y Secundarios.....29

**Capítulo 3. Metodología.....30**

1. Enfoque de la Investigación.....30

2. Tipo de estudio.....30

3. Muestra.....30

4. Procedimiento.....31

5. Selección de Universo.....32

    A. Criterios de Inclusión.....32

    B. Criterios de Exclusión.....32

**Capítulo 4. Resultados.....33**

1. Irapuato.....33

2. Celaya.....42

3. Salvatierra.....51

4. Juventino Rosas.....60

**Capítulo 5. Discusión.....68**

1. Discusión General.....68

**Capítulo 6. Conclusiones**

1. Conclusiones por Ciudad.....71

2. Conclusión General.....73

Bibliografía.....	74
Anexos.....	76
1. Cronograma de actividades.....	76
2. Carta de Solicitud para realizar la investigación.....	77
3. Historia Clínica de Brigadas Comunitarias.....	78



## Resumen

**INTRODUCCIÓN.** El programa de Brigadas Comunitaria Interdisciplinarias, es una modalidad de servicio social universitario, en el que participan distintas licenciaturas, en el caso particular, de Fisioterapia, el estudio comprendió el periodo de Agosto del 2014 a Marzo del 2015, por un tiempo de 7 meses, en el que se brindó atención hacia alrededor de 1000 pacientes y se visitaron en total 4 ciudades, las cuales fueron: Irapuato, Celaya, Salvatierra y Juventino Rosas. **OBJETIVO.** Consiste en realizar un análisis estadístico tomando como base los datos obtenidos durante el servicio de Fisioterapia, buscando aspectos y criterios destacables, para de esta forma conocer la presencia de diversas patologías, sus causas y los distintos abordajes que se realizaron o que se podrían implementar hacia proyectos a futuro. **METODOLOGÍA.** Se realizó un estudio epidemiológico basado en la medición de datos recolectados durante el servicio de Brigadas Comunitarias: edad, género, lugar de nacimiento y residencia, ocupación, diagnóstico, tratamiento fisioterapéutico y se buscaron ciertos parámetros para poder evaluar la asistencia al servicio por parte de determinados sectores de la población, y el abordaje y valoración del fisioterapeuta. Se registraron en total 1,146 expedientes en conjunto de las 4 ciudades visitadas. **RESULTADOS.** Se dividió la presentación de resultados entre las 4 ciudades, en Edad, ubicamos que existe una gran variabilidad entre los rangos, destacando el grupo entre los 41 y 70 años de edad, existió un 72% de asistencia de pacientes del Género femenino, la población residente de la comunidad visitada fue la que presentó mas asistencia al servicio, entre las Ocupaciones, el grupo que presentó más asistencia fue el compuesto por trabajadores de apoyo y de actividades elementales, otro factor a considerar fue la asistencia de pacientes que carecían de un Diagnóstico médico previo a su abordaje, ésta se encontró arriba del 90% de la población total del servicio de Brigadas Comunitarias, la Patología diagnosticada más comúnmente durante el servicio fueron las Dorsopatías, el tratamiento fisioterapéutico que más se brindó fue el ejercicio terapéutico o cinesiterapia. **CONCLUSIÓN.** Después de la realización de este estudio epidemiológico se puede concluir indicando que la población fue muy diversa y fue abordada por la Brigada de Fisioterapia sin presentar eventualidades, los programas de servicio social para Fisioterapia abren puertas a iniciar un nuevo enfoque de prevención e incluso una introducción de este servicio a un primer nivel de atención.

### Palabras claves:

Análisis Estadístico, Atención Fisioterapéutica, Brigadas Comunitarias

## Introducción

El Programa de Servicio Social de Brigadas Comunitarias Interdisciplinarias, es un evento organizado por la Escuela Nacional de Estudios Superiores Unidad León, de la Universidad Nacional Autónoma de México (ENES UNAM), en el cual participa la Licenciatura en Fisioterapia ofreciendo un servicio hacia los sectores de la población del estado de Guanajuato a los que se les consideran, como en otras regiones de nuestro país, con grandes deficiencias en materia de salud, según De la Fuente en 2014.<sup>1</sup> Durante el desempeño de estas actividades se atiende a un gran número de pacientes por parte de alumnos del último año de la carrera como parte de la formación académica, fomentando una cultura de servicio, calidad y profesionalismo

Durante las Brigadas Comunitarias, los prestadores del servicio de Fisioterapia, se enfrentaron a un entorno poco conocido para la carrera, debido a que una atención de primer nivel en rehabilitación es algo nuevo en nuestro país. El Servicio Social ofrecido que se contempló para este estudio, abarcó el periodo del 15 de Agosto del 2014 hasta el 1 de Marzo del 2015, en el cual se visitaron las ciudades de Irapuato, Celaya, Salvatierra y Juventino Rosas. Durante este tiempo, se atendieron más de 1000 pacientes, por lo que se vio la necesidad de analizar toda la información obtenida durante la visita en estas cuatro ciudades.

Al ser uno de los primeros servicios de Fisioterapia en un primer nivel, surgieron temas importantes de revisarse a fondo, desde el impacto en la comunidad hasta la prueba de la efectividad de este tipo de servicio, todo esto contribuyó para que se recogiera una gran cantidad de información relevante, que abarca variables propias de cada tipo de población visitada.

Este estudio abarca temas importantes sobre la atención primaria, los modelos de atención implementados por la Salud Pública en México, la evolución de la atención preventiva, su crecimiento, sus aportes y limitaciones, y las bases necesarias para poder desarrollar el Programa del cual tratará esta investigación. Las aportaciones de este estudio contribuirán como base de futuros trabajos orientados al tratamiento en Fisioterapia a nivel primario.

# Capítulo 1. Antecedentes

## 1. Marco Teórico

En este apartado de la investigación se presentará una recopilación, con referencia a la salud pública, así como su presencia en el modelo de atención primaria, los cambios que ha sufrido a lo largo de los años, y su relación con la Fisioterapia en modelos de abordaje.

### A. Salud Pública y Medicina Comunitaria

#### a. Fundamentos y Bases

La Salud Pública es una rama de la medicina, que según la definición propuesta por Winslow en 1920 y adaptada por Milton Terris en 1992, se define como:

“La ciencia y el arte de prevenir la enfermedad, la discapacidad, prolongar la vida, fomentar la salud física y mental, la eficiencia mediante esfuerzos organizados de la comunidad para el saneamiento del ambiente, control de enfermedades infecciosas y traumatismos, educación del individuo en principios de higiene personal, organización de servicios para el diagnóstico, tratamiento de enfermedades, para rehabilitación, y el desarrollo de la maquinaria social que asegurará a cada individuo en la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud.”

Carballoso, Et al., en 2005, se han encargado de hacer una recopilación en la que explica los cambios que ha tenido este concepto así como la relación que tiene con algunos otros conceptos similares y erróneamente confundidos. Se inicia con la mención de *medicina comunitaria*, *medicina preventiva o higiene social*, para poder determinar la confusión y uso de estos conceptos

El surgimiento de dichos términos se basa en diferentes raíces históricas, el término de *medicina preventiva*, se utilizó por primera vez en los Estados Unidos de América y fue concebido por médicos para referirse al “cuidado y la prevención de enfermedades infecciosas”.

Al igual, *medicina comunitaria* apareció en Norteamérica, definiéndose como una alternativa más local y menos nacional. Inglaterra por su parte realizó el cambio del término de *salud pública* por *medicina comunitaria*.

La *medicina social* fue creada en países de Europa, y engloba la importancia hacia los factores sociales que dan origen a una enfermedad o patología y de cómo el gobierno debe involucrarse proveyendo atención médica a las áreas afectadas.

En la Europa Oriental, se optó por el término *higiene social*, el cuál reflejaba unas grandes aspiraciones en la salud de sus pueblos, pero siguió con un pobre avance científico técnico en salud.

Podemos describir a la Salud Pública como una ciencia debido a que cumple con las siguientes características: su objeto de estudio se basa en el proceso *salud-enfermedad* – estado de salud y condiciones de vida de la población.

La evolución que ha ido teniendo la medicina y, con ella, la salud pública va a referirse a las personas encargadas de llevar esta ciencia hasta el punto en el que se encuentra hoy en día, hablamos de médicos y miembros del equipo multidisciplinario de la salud, cada una parte de una etapa y cultura específica.<sup>4</sup>

## **b. Historia y Evolución**

A continuación se expondrá una semblanza histórica de la medicina, en la cual a lo largo del recorrido podremos encontrar algunos aspectos que propios de la salud pública, así como algunos que darían origen al abordaje fisioterapéutico. Barragán, Et al., en 2007, realizaron este recorrido histórico, partiendo de puntos específicos donde se mencionan antecedentes de la medicina y salud pública, así como la evolución simultánea de la humanidad:

- **Prehistoria.** Existen vestigios encontrados en los que se tiene evidencia de que estos primeros pobladores, adoptaron la costumbre de ayudar y cuidar a sus enfermos. Se adoptaron medidas de cuidado hacia enfermos, se rindió culto a la muerte, y al haber un crecimiento de enfermos, apareció la figura del hechicero, primer antecedente del médico.
- **Mesopotamia y Egipto.** El rey Hammurabi, realizó un código en el que se dictaminaron leyes de salud, en las que esclarecía la responsabilidad del médico, la enfermedad era vista como un pecado. Por su parte los egipcios, tenían un amplio conocimiento del cuerpo humano, practicaban la cirugía, utilizaban remedios y fomentaron la cultura de la higiene personal y pública.
- **Israel.** Atribuían la salud a Dios, dictaminaron ciertos estatutos orientados a la higiene y la asistencia al enfermo
- **Grecia.** Contaban con un conocimiento anatómico, arraigado por las constantes guerras que vivían, su Dios sanador era Apolo, mientras que Hipócrates, padre de la medicina, sentó las reglas de la profesión médica, sus alcances y limitaciones.
- **Roma.** Galeno practicó las primeras disecciones en cadáveres, se instalaron los primeros hospitales hacia heridos de guerra, fomentaron la cultura de higiene y cuidado hacia los discapacitados y ancianos.
- **Edad Media.** Inicia la enseñanza estandarizada de la práctica médica, los mayores conocedores del conocimiento eran miembros de la Iglesia Católica, los conventos fueron utilizados como hospitales, se creó un manual donde se plasmaron normas de higiene y dietas, así como tratados de medicina preventiva.
- **Árabes.** Su religión, el Islam, señalaba que las enfermedades eran pruebas que experimentábamos durante la vida, en su libro el Corán, contiene normas higiénicas, se fundaron escuelas de medicina y hospitales, Aviena un médico de la época, realizó un libro llamado el Canon, el cual contenía estudios de

fisiología, higiene, patología así como las formas de identificar enfermedades como la tuberculosis y la meningitis, realizó diseños sobre material quirúrgico y sentó el uso de los analgésicos. Maimonides fue un médico judío quien realizó numerosas obras sobre higiene y promoción de la salud entre éstas dejó la Oración del médico la cual es considerada un gran aporte hacia la ética profesional.

- **Época Moderna.** Andrés Vesalio médico Belga, perfeccionó las disecciones de cuerpo aportando conocimientos y sustento a la anatomía moderna. Guillermo Harvey médico inglés se orientó hacia el estudio de la sangre, su función y movimiento en el cuerpo humano. El médico italiano, Marcelo Mapighi por su parte realizó estudios orientados al funcionamiento pulmonar, la concentración de eritrocitos en la sangre y los vasos capilares. Thomas Sydenham fue un médico inglés, quien realizó de las primeras clasificaciones de enfermedades, ordenándolas en agudas y crónicas. A finales del siglo XVIII, se dieron los primeros procedimientos de prevención y control de enfermedades, como la vacuna antivariólica de un médico inglés llamado Edward Jenner y la prevención del escorbuto tomando jugo cítrico gracias al cirujano británico James Lind. El alemán Virchow, concibió que la célula era la unidad morfológica y funcional del cuerpo y por lo mismo, la sede de una lesión patológica. En el año de 1860 Florence Nightingale fundó la primera escuela de enfermeras.
- **Revolución Industrial.** Algunos gobiernos preocupados por las condiciones de vida de trabajadores deciden fomentar y crear la Salud Pública, empezando por una vivienda digna, calefacción y un vestido para todas las clases sociales. A finales del siglo XVIII, algunos médicos hicieron aportaciones para comenzar a organizar la Salud Pública. Joahn Pieter, entre sus principales aportaciones, sentenció que el estado de salud de la población era responsabilidad del Estado de Gobierno. Se realizaron instituciones de Atención Médica en España y en EEUU, así nacieron los “Health Services” las cuales tuvieron la misión de

vacunar a la población, prevenir infecciones y la detección de lugares insalubres. América, México y Chile fueron los primeros países que introdujeron modelos de salud a su sistema de gobierno. En Inglaterra Lord Beveridge, ubicó la Seguridad Social dentro del modelo de gobierno, lo que desembocó en la creación del Servicio Nacional de Salud Inglés. En suiza, Henry Dunant creó la Cruz Roja.

- **Siglo XX.** Durante la segunda guerra mundial nacen los conceptos de la reanimación, reeducación y readaptación, se comenzó a utilizar la intubación traqueal y la perfusión de líquidos y sangre. En 1944 se descubrió la penicilina. En 1902, los gobiernos de América fundaron la OPS, y en 1945 al finalizar la Segunda Guerra Mundial, se aprobó la creación de la OMS, en una reunión que tuvo lugar en Nueva York.

A pesar del mayor esfuerzo del gobierno y de los hospitales no había más instituciones que intervinieran en materia de salud, fue la necesidad de protegerse de algunas enfermedades y la conciencia creada en la población que apoyó al movimiento de medicina social. En el informe Dawson en Inglaterra, se dictaminó y promovió los centros ambulatorios de salud con equipos multidisciplinarios y enfoque preventivos.<sup>5</sup>

### **c. Atención Primaria y Salud Pública en el Mundo**

A continuación se planteará la evolución que ha sufrido históricamente la atención primaria en salud y a su vez la Salud Pública en el mundo, todo esto basado en el trabajo que realizó De la Fuente, Et al., en 2014.

- **Atención primaria en salud** se define como el plan o conjunto de tareas que se van a orientar hacia todos los problemas que involucren el proceso salud-enfermedad y los elementos propios de cada persona en su entorno social.

El derecho universal a la salud fue promulgado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1948 y en su Carta Magna establece que todos los seres humanos tenemos derecho al más alto grado de salud, y que la salud es responsabilidad del sistema de gobierno de cada país.

- **Declaración de Alma-Ata.** En esta se plantearon las bases de la atención primaria a la salud y se le dio una definición completa al concepto de Atención Primaria de Salud (APS), como la asistencia sanitaria necesaria con bases científicamente fundamentadas y aceptadas, con la tecnología necesaria y una metodología requerida, al alcance de la población en todas sus esferas sociales, a costos accesibles para toda la comunidad, y con un sistema que cada país pueda subsidiar de manera responsable y determinada. Este modelo de APS formo parte esencial del Sistema nacional de Salud, fungiendo como núcleo y base de la comunidad. A continuación se enumeran todos los niveles que compone la APS:
  1. Señala a la salud como un derecho de todos los humanos y los medios para obtenerla
  2. La desigualdad en la población, la cual compromete y exige a cada país, erradicar completamente
  3. La comparación entre el desarrollo económico con el nivel de salud de cada persona, exigía brindar una mejor oportunidad y calidad de vida a cada ciudadano.
  4. Se atribuyó y se solicitó la contribución de la población para poder ejercer y gozar de la salud
  5. Se fundamentó como el punto clave para que todos los habitantes de cada país pudiera gozar de un estado digno de salud.
  6. Todo este tipo de asistencias y programas implementados son producto del gobierno



7. Finalmente se invita a que los países concienticen sobre la distribución de los recursos, buscando gasten principalmente en materia de salud

- **En 1986** se celebró la Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, donde se estipuló que se requería al igual de la acción del individuo, con sus cuidados y mantenimiento de la salud. Con esto último se dio origen a la carta de Ottawa orientada a la promoción de la salud.
- **Carta de Ottawa.** Consiste en crear un proceso en el cual halla el mayor número de responsables de la salud para poder tener un mayor control sobre el sistema y que así se pueda brindar la mayor cobertura de salud
- **En 1997.** Se dio lugar a una reunión internacional de la OMS, en la que se planteó la idea de realizar una cobertura mayor por medio de más profesionales activos haciendo promoción de la salud, gracias a esto se dio origen a la declaración de Yakarta, en la cual se buscó resolver y controlar las barreras para que se fomentara la promoción de la salud.
- **En 2003.** En el Foro de Medellín, se trataron los principios de la salud pública, entre lo más importante se pensó en realizar una cohesión entre los núcleos familiares, de la comunidad y regionales, esto buscando: dividir las responsabilidades entre todos los responsables del sector salud, así como mejorar y brindar seguridad acerca de la calidad y política de salud.
- **En 2005.** La OPS determinó que para poder generar una correcta reorientación de los servicios de salud, había que generar una buena promoción de la salud y reorganizar la atención primaria.
- **En 2008.** La OMS, describió las carencias de los servicios de salud en muchos países y del descontento general que se tiene a raíz de esta postura. Estipuló que la atención primaria de salud ofrece una manera de organizar el conjunto de la atención de salud, desde los hogares hasta los hospitales, en la que la prevención es tan importante como la cura y en la que se invierten recursos de forma racional en los distintos niveles de atención”<sup>1</sup>

#### **d. Medicina Comunitaria, acción individual y acción colectiva**

Jáuregui, Et al., en 2004, describen que la medicina comunitaria se configura como una acción individual y colectiva que parte de la medicina clínica y se abre a la comprensión y el cuidado de la vida, la salud, y la enfermedad en individuos, grupos y comunidades. Participa del cuidado de la vida cuando abre posibilidades para esta a través de la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, su tratamiento y rehabilitación.

La medicina clínica moderna ha construido una realidad que le permite nombrar eventos, como el de la salud o el de la enfermedad, es una práctica comunitaria. El médico, elige y decide, actúa desde un cúmulo de posibilidades que le ofrece la institución médica. Este hecho resulta contrario a lo que muchos profesionales creen, ya que actúan asumiéndose como individuos en abstracto desvinculados de unas relaciones sociales no incorporando el colectivo en él.

Por otra parte, se hace preciso señalar que existen dos reglas del acto médico son: el uso del método clínico, y la acción de acuerdo con las necesidades en el paciente. La medicina clínica es comunitaria si visualiza otros mundos, y esto sucede si logra, efectivamente identificar y comprender las necesidades del paciente. Médico y paciente haciendo parte de comunidades de sentido diferentes se encuentran como iguales, se distinguen, interactúan y producen resultados, al final ambos se necesitan.<sup>6</sup>

#### **e. Niveles de Atención en medicina preventiva**

Para su correcto estudio, González, Et al., en 2012, realizaron un trabajo acerca del modelo de atención en prevención, la cual se va a componer por tres distintos niveles de atención:

El primer nivel, orientada hacia los individuos sin una enfermedad importante o parcialmente sanos; el segundo nivel, encargado de evitar que un padecimiento alcance niveles importantes que puedan ocasionar una limitación o discapacidad; el tercer nivel, lo integra la rehabilitación, no solo hablando del entorno físico sino englobando la esfera multifactorial mental y social. En esta etapa se pretende adecuar a los pacientes a un ritmo de vida orientado a su padecimiento o limitación.

Según Foz I Gil, en 2014, otra parte importante de la atención primaria van a ser los dos principales objetivos, que serían la salud de cada uno de los pacientes atendidos y su entorno así como la salud de toda la población a la que se dirigió el servicio de atención con el fin de mejorar sus condiciones y disminuir las desigualdades que los aquejan.

La atención primaria y la salud pública trabajan en conjunto para poder fortalecer esta relación, promover la creación de medios ambientes sanos, con el apoyo de la comunidad misma, fomentando actividades a favor de la salud con el fin mejorar la equidad de salubridad y reforzar a la población con el voto de poder en la toma de decisiones de las mismas.<sup>8</sup>

## **B. Salud Pública en México**

### **a. Evolución de la atención de salud en México**

Solís en el 2000 expresó: “La salud es una meta prioritaria tanto por su valor tan importante como por ser un elemento importante para el desarrollo económico y social”.

Aparejada al devenir histórico y a los cambios políticos del país, la evolución de las instituciones de salud en México se remonta a la Colonia, con la creación de la Junta de la Facultad Médica, la cual tuvo a su cargo a la elaboración y publicación en 1841 del reglamento del Consejo Superior de Salubridad que da vida al primer organismo de la salud, legalmente instituido.

Después de la expedición de las Leyes de Reforma y la secularización de los hospitales e instituciones de caridad por el presidente Juárez, surgió la Dirección de Beneficencia Pública que elaboró el primer Código Sanitario. A mediados del Siglo XX, la Oficina Sanitaria Internacional, creada en 1902, se transformó en la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Desde sus inicios en 1917, la salud pública en México, ha realizado actividades vinculadas directa e indirectamente con lo que ahora llamamos: Promoción de la Salud; actividades muy similares, con principios dentro del campo de la educación higiénica, higiene escolar, fomento de la salud, educación para la salud y ahora en la promoción de la salud.

En la década de 1920, se establecieron Unidades Sanitarias Cooperativas en Estados y municipios, antecedentes de los Servicios Coordinados de Salud Pública. Por esos años, se fundó el servicio médico social, pilar de la atención médica del medio rural. Para mejorar las acciones de salud en la franja fronteriza norte, se fundó la Asociación Fronteriza México Estadounidense de Salubridad (ahora de salud).

En 1943, se estructuró la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA); posterior a esto, se creó el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y nació la Sociedad Mexicana de Higiene, dando origen en 1962 a la Sociedad Mexicana de Salud Pública. En 1948, 61 países, entre ellos México, firmaron la constitución de la OMS. Años después, en 1959, se fundó el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores al Servicio del Estado (ISSSTE).<sup>8</sup>

## **b. Promoción de la Salud**

La higiene personal, la salud: escolar, ambiental, ocupacional y pública, así como la prevención de enfermedades y lesiones, son considerados como precursores de la promoción de la salud.

La Promoción de la Salud, nos brinda un modelo de atención y de conciencia personal ya que mucho de lo que se relaciona con el estado de salud de las poblaciones sucede en otros sectores, como escuelas, industria, servicios sociales y asistencia social.

La primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, realizada en Ottawa, Canadá, en 1986, planteó la definición del concepto “promoción de la salud”, la cual se respalda con hechos y aportes que ha tenido, gracias a que ha sido retomada en países de América Latina como México, por sus fundamentos tienen evidencia científica lo cual demuestra su eficacia, el que a pesar de no ser económica tiene un fuerte impacto social, y finalmente que la decisión política es muy importante para llevarse a cabo.<sup>8</sup>

### **c. Programas en México de salud comunitaria**

El gobierno de la República estableció en 1964, amplios programas y obras orientados a: promoción de la salud, prevención de enfermedades, curación de enfermos, rehabilitación de discapacitados y asistencia a los inválidos.

Según González, Et al., en 2005, algunas de las bases necesarias para realizar un correcto abordaje de salud comunitaria consisten en realizar una planeación del esquema de trabajo a desempeñar, lo que podemos definir con los siguientes cuestionamientos:

1. ¿A qué población hay que atender?
2. ¿Qué infraestructura y que recursos se necesitan para realizar un adecuado abordaje?
3. ¿Cuáles son los prestadores del servicio que están operando y que problemas enfrentan?
4. ¿Qué medida limitan sus funciones, que cobertura tiene cada una de ellas y como se proyectan hacia el futuro?

Referirse a la política social en salud, indica ampliar la cobertura de servicios para que todos los mexicanos cuenten con acceso a ellos.

Desde 1992 se iniciaron los estudios de servicios de salud para conocer, con cierta precisión cuál era la cobertura de servicios de salud de todas las instituciones del sector salud fundamentalmente dirigida a la población no derechohabiente. Para entonces, se considero la información proporcionada por el IMSS, el ISSSTE, la Secretaria de Salud, los servicios estatales, el DIF, los servicios universitarios y las instituciones de beneficencia.

Las primeras acciones de extensión de cobertura iniciaron en 1987 prácticamente en todo el país, pero el avance más importante se dio a partir de 1997 con el programa de Ampliación de Cobertura, que permitió la extensión de servicios formales de salud a través de la construcción de centros de salud y de la operación de unidades móviles en las áreas más apartadas del territorio nacional atendidas por personal competente y apoyados por una fuerte inversión para la adquisición de medicamentos, materiales y equipo.

El término comunidad engloba, además de las personas, al ambiente y el espacio en el que viven y realizan las actividades que dan sentido a sus vidas. Para considerar a una comunidad como saludable, se requiere que cuente con uno o más proyectos dirigidos a favorecer la salud y el bienestar, compartidos entre toda la población que habita una zona determinada. Cualquier ciudad puede ser saludable si se compromete con la salud y tiene un proceso para trabajar para su mejoramiento.<sup>8</sup>

### **i) Programas de salud**

Los programas de salud se les denominan a los proyectos que comprenden a comunidades que logran un entorno armónico en el que se busca proveer un servicio de salud de calidad principalmente para atacar los principales padecimientos en la zona. Entre los programas identificables, se pueden citar los siguientes:

- Programa de Promoción y Cuidado de la Salud del Escolar
- Programa de Salud Municipal
- Programa de Salud Indígena
- Proyecto SSA-PRONSJAG. Para apoyar a los jornaleros agrícolas migrantes y sus familias

- Red Nacional de Municipios por la Salud.<sup>8</sup>

## **ii) Aportaciones de los Programas de Salud**

Los Programas de salud orientados a las comunidades nos brindan un enorme fondo de atribuciones en el entorno biológico, psicológico y social, destacando cada una de sus aportaciones hacia la cultura preventiva, se menciona a continuación cada uno de ellos y algunos subprogramas que forman parte del catálogo del Sistema Nacional de Salud:

- La Salud empieza en Casa, es un programa dirigido a madres y padres de familia
- Mujer Salud y Desarrollo, programa orientado a incrementar las aptitudes saludables de las mujeres
- Salud Integral del Escolar, campañas y cursos hacia el auto cuidado e higiene escolar
- Salud Integral de los y las Adolescentes, hacia la promoción de auto cuidado y salud en el nivel medio superior.

En los siguientes subprogramas destacamos, algunas acciones que ha tenido el mismo sector salud orientado a mejorar la prevención y a fomentar el cuidado de la misma.

1. Municipios Saludables, es un proyecto de salud que toma aspectos del movimiento de Ciudades Saludables, para mejorar la calidad de vida orientada a salud comunitaria
2. Red Mexicana de Municipios por la Salud. Su principal objetivo es promover la salud en los municipios y comunidades, y propiciar el intercambio de experiencias.
3. Ambientes Saludables. Concebido para recrear un ambiente cordial en el que se pueda desenvolver de buena manera cada uno de los habitantes.
4. Ejercicios para el Cuidado de la Salud. Mediante la promoción de la actividad física intencionada, intenta acondicionar y evitar las patologías por el sedentarismo.<sup>8</sup>

## C. La Fisioterapia en la Atención Primaria

### a. La Figura del fisioterapeuta

Gallego Izquierdo en 2007, engloba los cambios que ha sufrido la profesión, en su normatividad, responsabilidad en salud y campo de trabajo, a lo largo de la historia.

- **Edad Media.** Existen dos figuras importantes, el empírico Barbero y el letrado Cirujano. Entre ambos se destacan un grupo de sanadores los cuales solo utilizaban sus manos como recurso de terapéutica.
- **1945.** Este practicante con estudios logra convertirse en masajista terapéutico
- **Comienzos del Siglo XX.** Enfermería incluye el masaje e intervenciones manuales, en su plan de estudios
- **1957.** Se crea la especialidad de Fisioterapia con duración de 3 años, hacia los ayudantes técnicos, se les otorga el dominio de los agentes físicos.
- **Época moderna.** El grado de fisioterapia, tiene un recorrido de carrera técnica a licenciatura, la cual es reconocida por la Confederación Mundial de la Fisioterapia (WCPT). Lo cual repercute de manera integral en el rol del fisioterapeuta, otorgándole un nivel de atención más completo, la facultad de formular abordajes específicos y de proponer un cambio en la normatividad de salud.<sup>3</sup>



## **b. Importancia de la Fisioterapia y su labor en la salud**

Gallego Izquierdo en 2007, describe un proceso para poder desempeñar un correcto método de abordaje, el cual mediante un conjunto de pasos, nos brindará un correcto diagnóstico y de esta manera el tratamiento necesario para la patología del paciente. A continuación se describe el proceso:

- Valoración inicial
- Análisis de los datos
- Formulación de un método de abordaje
- Aplicación del tratamiento
- Evaluación del paciente

Cada uno de estos puntos nos va a indicar la pauta que tiene que seguir el fisioterapeuta a lo largo de su abordaje. Siempre conociendo y abarcando hasta donde su profesión delimita sus funciones, formando parte importante del equipo multidisciplinario y formulando un abordaje apoyado por todos los conocimientos objetivos y subjetivos sobre el paciente.<sup>3</sup>

## **2. Estado Actual del Conocimiento**

En este apartado de la investigación se recuperaron en digital y en físicos diversos artículos de investigación, los cuales son distribuidos en tres grupos, siendo estos:

- Análisis Estadísticos
- Atención en Fisioterapia
- Brigadas Comunitarias

### **Análisis Estadísticos**

Gorn, Et al., en 2006, hicieron un estudio para encontrar las razones por las que la población acudía a recibir consulta y servicios médicos con profesionales tradicionales.

Después de realizar las encuestas hacia personas dedicadas a este tipo de terapias alternativas, simultáneas a pacientes frecuentes de las mismas, los autores concluyen indicando que las razones por las que aún podemos hallar este tipo de tratamientos es diversa, pero principalmente se deben a que a pesar de que se han ido dando progresos inmensos en materia de salud, muchas veces, los mismos profesionales se olvidan de las verdaderas formas de cuidar y de tratar a un paciente, perdiendo esas características y perfil humanista, de atención y servicio.<sup>18</sup>

En 2009, Gamay, Et al., evaluaron la importancia que desempeñan las revisiones de estudios epidemiológicos, tanto la forma en la que se revisan, su proceso de elaboración y finalizando con su publicación. Esto con la finalidad de la promoción de mejorar la sustentación de tratamientos fisioterapéuticos, así como la publicación de casos para documentarlos y poder brindar un mejor abordaje hacia ciertas patologías.

Finalmente, esta revisión nos indica que cada una de estas bases de datos y fuentes de búsqueda, va a ayudar a la fisioterapia como una fuente de apoyo de información para

poder realizar grandes cambios a nivel clínico, y crear una cultura con criterios preventivos y hacia la salud pública. Por lo que la importancia fundamental de realizar clínica basada en evidencia, va a aportar cierto conocimiento orientado al desempeño del abordaje y recuperación del paciente.<sup>25</sup>

Frau Escales, Et. al., en 2012, realizaron un análisis de la cantidad de enfermedades que afectan a la articulación del hombro, en una población de un centro de salud en Valencia, se buscó determinar qué tipo de población era la más afectada, según el rango de edad con más asistencia, así como cuales eran las causas o predisposiciones para las patologías más comunes.

Se concluye analizando que los trastornos en la articulación del hombro afectan a una quinta parte de la población que forma parte del estudio. Las patologías se presentan con más prevalencia en mujeres que en hombres, ubicándolos en rangos de edad pos productivos, mayores de 60 años. El diagnóstico del hombro doloroso, engloba a todos los conjuntos de alteraciones dolorosas en la articulación del hombro.<sup>27</sup>

En el año de 2013, Gutiérrez y Hernández, se dieron a la tarea de evaluar la cobertura de salud que hay en México y la población que carece de esta seguridad, este artículo tiene 10 años de revisión y basados en los datos obtenidos por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), un estudio probabilístico que se basa en información recolectada como edad, género, ocupación y protección en materia de salud, a partir de ésta se podrá determinar el alcance del mismo y sus limitaciones.

La conclusión del presente artículo indica que conforme han ido avanzando los años, se han creado y modificando reformas orientadas a mejorar la calidad en materia de salud, sin embargo, existen demasiadas limitaciones que impiden generar una cobertura realmente buena, que alcance a subsistir a todos los habitantes de nuestro país.<sup>11</sup>

Alcalde Rabanal, Et al., en 2013, destacaron la importancia que tiene la Promoción de la Salud y su función. En este estudio se busca observar el nivel de mejoría que logró la Promoción de la Salud en México, las alternativas y proyectos que ha ido desarrollando el sistema de salud, a manera de fomento del cuidado y prevención de enfermedades.

Se finaliza demostrando el gran atraso que aún se tiene en la Promoción de la Salud a nivel de capacitación como operación, se ha visto que se necesitan mejorar puntos clave tanto conceptuales como operativos buscando atacar el verdadero problema de salud al que se enfrenta México y para esto se requiere una mejor comprensión de la Promoción de la Salud, recursos humanos competentes, recursos materiales y financieros.<sup>17</sup>

Al no encontrar en la literatura española un antecedente para diseñar una intervención fisioterapéutica para prevenir caídas en personas mayores de 65 años, Saiz Llamosas, Et al., en 2013, realizaron esta investigación, recorriendo desde su prevalencia, el perfil de salud de cada paciente, así como los factores externos e internos que ocasionan las constantes caídas de este tipo de pacientes.

Finalmente se logró que hubiera una mejoría considerable en pacientes mayores que habían recibido algún tratamiento fisioterapéutico orientado al ejercicio y a la movilidad específica a la marcha, coordinación y equilibrio. Como recomendación, se propone realizar este estudio en otro tipo de poblaciones, ya sea rural o urbana para comprobar su validez. Se necesita que se implemente un programa de intervención fisioterapéutica hacia la prevención de caídas en el adulto mayor, orientándolo a la población femenina principalmente que habita en comunidades rurales.<sup>30</sup>

### **Atención en Fisioterapia**

El hecho de que los fisioterapeutas formen parte en los Equipos de Atención Primaria, es de gran importancia por lo que, Saiz Llamosas, Et al., en 2007, realizaron un análisis

de la participación de los fisioterapeutas en equipos multidisciplinarios de atención primaria en los centros de salud en Castilla y León, España.

Este estudio concluye con la gran inquietud que tienen los fisioterapeutas de formar parte de la Atención Primaria, en conjunto con su motivación, propuestas y atención, los factores en contra indican la inexperiencia de la profesión en estos centros así como la carencia de tiempo, debido a que la labor asistencial de los fisioterapeutas absorbe casi el 100% del tiempo y no permite más actividades.<sup>20</sup>

Pérez, Et al., en 2007, hicieron una descripción acerca de tres salas del Área Sanitaria de Almería, intentando cuantificar y precisar el tiempo que utiliza cada fisioterapeuta para diferentes actividades en su día. Involucrando todas las actividades desempeñadas por los fisioterapeutas, se destacó la elaboración de un tratamiento fisioterapéutico, las actividades formativas, las tareas de administración u organización y otras consideradas no propias de los servicios de Atención Primaria de fisioterapia.

Como conclusión del estudio se puede agregar que posterior a toda la cuantificación de la jornada laboral, se encontró que el fisioterapeuta emplea la mayoría de la jornada en tratamientos individuales lo que impide que se pueda orientar a actividades propias de la fisioterapia de atención primaria como formación, prevención y promoción de la salud. Por lo que este estudio se planea sirva como base para cuantificaciones futuras, comprometiendo al fisioterapeuta con este modelo de atención y buscando una adecuación de tiempos acordes a las necesidades del mismo.<sup>24</sup>

López Liria, Et al., en 2009, realizaron un análisis acerca de la actividad que desempeñaban los fisioterapeutas en unidades móviles orientados al abordaje de pacientes que se encontraban limitados para poder asistir a una sala de rehabilitación o a un servicio por cuenta propia. Se realizó una descripción y evaluación del servicio con respecto a las necesidades de la población

El estudio concluye determinando las características generales de los pacientes y el servicio sanitario ofrecido en Andalucía, pretende funcionar como un proyecto pionero hacia otro tipo de estudios para determinar qué tipo de enfermedades tienen más prevalencia y qué tipo de población puede ser atendida con unidades móviles de fisioterapia.<sup>19</sup>

Bernal Jovana en 2010, detalló cada una de las acciones del fisioterapeuta en la ejecución de salud pública en el hospital SUBA en Bogotá, para poder describir y analizar el rol de fisioterapeuta en todos los ámbitos donde se desenvuelve pasando por el asistencial, la atención, la administración, etc., así como su desempeño en la planeación de proyectos futuros para modelos de atención directa o indirecta. Se buscó evaluar la estrategia de promoción de la salud del fisioterapeuta así como su capacidad para hacer propuestas hacia las normas y leyes del sector salud.

Posterior a este análisis se puede concluir, con que el fisioterapeuta tiene la capacidad para desempeñar roles más allá del clínico y del de investigación, asegurándole la facultad de formular programas a comunidades y orientarlos a mejorar la calidad de salud en la población, se comprueba la preparación y experiencia del fisioterapeuta para formular estrategias de salud, con el fin de la promoción y cuidado de la misma enfocados de manera multidisciplinaria y hacia la calidad de vida de las personas.<sup>21</sup>

Meseguer Henarejosa, Et al., en 2011, hicieron una valoración acerca de los aspectos objetivos y subjetivos durante la atención sanitaria en la que el paciente describa la calidad del mismo orientado a una patología en particular: la cervicalgia mecánica. Esta atención a evaluar fue brindada en unidades de atención primaria donde se prestó el servicio de fisioterapia.

Se concluye determinando que existen aspectos subjetivos que no pudieron ser explicados de manera objetiva, por lo que fue una idea importante a destacar. Así como pueden implicarse algunos de estos aspectos como pueden ser meramente aislados. Finalmente el fisioterapeuta tiene la labor principal de que estas percepciones de manera subjetiva puedan ser

increpadas para disminuirlas en su mayoría y evitar un manejo inadecuado de la información así como hacer sentir al paciente cómodo con el tiempo y con el lugar de trabajo.<sup>22</sup>

Frau Escales, Et al., en 2011, buscaron a través de este estudio conocer el campo de acción de la fisioterapia en la Atención Primaria en la ciudad de Valencia, catalogándose en actividades como la promoción y prevención de enfermedades, el trabajo en el equipo multidisciplinario, la investigación y docencia.

Este estudio se realizó en una sola población por lo que se recomienda generar más y más estudios como este en otras regiones del mundo, así como se concluye con la concientización de recomendar a los fisioterapeutas que modifiquen sus actividades para poder dar importancia hacia líneas de investigación, y generar una conciencia más amplia en la prevención de enfermedades y la promoción de la salud.<sup>26</sup>

Este documento fue generado por la Asociación Española de Fisioterapeutas en 2012, quienes consideraron primordial acumular toda la experiencia que ha tenido por parte de la Fisioterapia en los centros de salud y atención primaria. Se integró cada una de las funciones y capacidades de estos profesionales así como algunas facultades que se pretenden instaurar.

Este estudio, aborda que la fisioterapia como en otros países se halla en un proceso de evolución, por lo que es necesario que se den cambios en algunas reformas de salud, que se adecúen algunas especificaciones del rol del fisioterapeuta y que la presencia de una conciencia en la población ahonde en acudir por necesidad de evitar patologías crónicas o promover la salud en distintos lugares donde la comunidad no tiene acceso a este tipo de servicios.<sup>28</sup>

Con el objetivo de mejorar la calidad de vida y fomentar una cultura de prevención, Saiz Llamosas, Et al., en 2013, realizaron un estudio sobre el impacto que podría tener un programa de fisioterapia hacia personas mayores con antecedentes de caídas recurrentes.

Al finalizar se encontraron mejorías claras en los pacientes, a manera de conclusión se señala la limitación que tiene el estudio por el tamaño de la muestra, a futuro se hacen recomendaciones como involucrar a personas que vivan en poblaciones urbanas y rurales, ejercer un modelo de intervención multidisciplinario, realizar modificaciones en hogares y comunidades. Este estudio comprobó que la intervención es realizable, no tiene secuelas o problemas hacia los pacientes intervenidos, hay mejoras evaluadas según las pruebas, no implica costos hacia el sector salud y es recomendable para ofertar a nivel de atención primaria.<sup>29</sup>

En su estudio, Carvalho, Et al., en 2014, describieron las actividades realizadas por los fisioterapeutas en los Centros de salud Comunitarios, el tipo de pacientes que acudieron al servicio así como el tipo de tratamiento que recibieron. Se engloban todas las actividades realizadas por el fisioterapeuta individualmente y en el equipo multidisciplinario.

A partir de la información recabada se puede concluir que el abordaje que se tiene en cada una de las unidades de atención primaria en salud tiene formas de trabajar distintas, pero que están basadas conforme a la normativa de salud vigente. Solamente cabe agregar que hubo servicios en los que se recomienda un poco más de cuidado como la atención a domicilio, destinar el tiempo hacia la docencia, las investigaciones, etc. Con el fin de fortalecer la atención primaria de la fisioterapia.<sup>23</sup>

El objetivo de este estudio realizado por Cuesta Vargas, Et al., en 2014, fue evaluar la calidad y eficacia de las etapas de cambio, un método que involucra el uso de ejercicio en pacientes con una vida sedentaria, situando simultáneamente cambios en la calidad de vida así como actividad física.

Como conclusión, las etapas del cambio se integran correctamente a este tipo de personas y puede considerarse como un método de intervención adecuado para el abordaje fisioterapéutico en pacientes orientados hacia la atención primaria. Debe de considerarse la viabilidad de este estudio en otras poblaciones, esto para poder evaluar más determinantes que se deban tomar en cuenta para mejorar los diseños de este tipo de atenciones.<sup>31</sup>



Valle Roy, Et al., en 2014, realizaron este estudio con el objetivo de cuantificar la asistencia en las unidades de fisioterapia y analizar cada uno de los posibles diagnósticos o referencias con que acuden a este servicio. Se evaluaron distintas unidades de fisioterapia en la ciudad de Asturias, en las que se tomó en cuenta variables de asistencia, consultas así como ingresos o egresos de pacientes, hubo una división entre los pacientes que acudían con una orientación de atención primaria y los que iban por una atención especializada.

Como conclusión en este estudio se registró un número de asistencia desigual entre cada una de las unidades, entre lo que destaca que la mayoría contó con un rango elevado, sobrepasando lo recomendado. La menor asistencia se registró en unidades alejadas y más inaccesibles al público en general. No se encontraron relaciones directas entre la asistencia de pacientes y el tamaño de la población específica por unidad.<sup>32</sup>

### **Brigadas Comunitarias**

Nigenda, Et al., en 2007, elaboraron una descripción sobre la atención hacia pacientes enfermos y con limitaciones en el hogar, se presenta como una redacción en la que se muestran los retos que tiene el sistema de salud en México. El objetivo del estudio consiste en mostrar la forma en que la población se dedica al mantenimiento de la salud y los mecanismos orientados a la labor de la misma.

A pesar de los esfuerzos que se han tenido, no se ha logrado disminuir esta demanda, con esto se fundamenta que se debe crear una fase intermedia entre las instituciones y la comunidad buscando que se desahogue este sector de salud, aunque siendo conscientes de la situación es algo que se predice improbable en un periodo próximo tanto económicamente como por falta de un vínculo. Finalmente se propone que las instituciones logren hacer un vacío de pacientes para poder crear este vínculo entre pacientes e instituciones para de esta manera lograr enfocar la atención en funciones diferentes y poder dar una continuidad a este tipo de atenciones.<sup>16</sup>

En este artículo, Reyes Morales, Et al., en 2013, hicieron una encuesta sobre la percepción de las personas que acuden a recibir una atención de salud a nivel ambulatoria en México. Se tomaron en cuenta un gran número de variables y factores que inclinaron hacia una percepción positiva y negativa del servicio, se cuestionó la atención del especialista tratante durante la consulta, el trato y sus explicaciones para el paciente. En esta encuesta entraron servicios prestados por las principales instituciones de salud de México.

Al final hubo un número considerable de reportes generales, indicando en su mayoría una buena percepción del servicio, aunque no dejando muy atrás las percepciones negativas, se concluye indicando que la Atención que se brindó no fue mala ni incorrecta pero se recomienda seguir implementando estrategias y métodos que contribuyan a cubrir en mayor parte y a fortalecer el sector salud. Se resalta la importancia de las jornadas y programas preventivos en las escuelas, las cuales son el primer contacto de este sistema con la población. Finalmente se añade que el servicio debe mantener o aumentar su calidad para de esta manera evitar el mayor número de complicaciones en la edad adulta así como la detección adecuada de áreas propensas a la baja de la salud.<sup>15</sup>

Bautista Arredondo, Et al., en 2014, efectuaron un análisis del uso de servicios ambulatorios en el contexto de protección universal de salud en México. Este estudio analizará tres variables sobre el uso o desuso de los servicios de atención primaria: las características demográficas, la existencia de los servicios y el perfil del derechohabiente.

Se concluye comprobando un amplio avance en materia de salud orientados a disminuir ese aquejo que sufre la población con la limitación de recursos para la misma, más sin embargo, aún existen problemas sustanciales que no se han logrado modificar y se buscan en un futuro reducir parcial o en su totalidad.<sup>14</sup>

## Capítulo 2. Planteamiento del Problema

Gutiérrez y Hernández en 2013 señalan que el derecho universal a la salud en México, es un documento en el cual se establece que todos los mexicanos tenemos derecho y obligación a gozar de la misma, lamentablemente los servicios de salud públicos en nuestro país carecen de la infraestructura necesaria para poder brindar atención a toda la población, por lo que se han implementado nuevos programas orientados a abastecer este flanco de la seguridad y brindar una atención digna y de calidad.<sup>1</sup>

Nigenda, Et. al., en 2007, publicaron que en la actualidad, el crecimiento demográfico y la atención en enfermedades crónico degenerativas han provocado una presión excesiva en los servicios de salud, a lo cual se ha tenido una respuesta con programas y estrategias orientados a cubrir estas necesidades.

Según Frau Escales, Et al., en 2012, indicaron que los problemas musculoesqueléticos son los más comunes en Atención primaria, están presentes en la mayor parte de la población, no son una causa directa de mortalidad pero vienen acompañados de muchos signos que al igual van a afectar la salud de manera considerable.<sup>16</sup>

Las Brigadas Comunitarias Interdisciplinarias son un programa de servicio social implementado en conjunto con el Gobierno del Estado de Guanajuato para alumnos de las licenciaturas de Odontología y Fisioterapia que se hallen en el último año de la carrera, la cual consiste en ofrecer un servicio de salud orientado en sus respectivas áreas, brindando la más alta calidad hacia sectores de la sociedad con bajos recursos o habitantes de comunidades rurales, esto con el objetivo de concientizar al profesional y formarlo con un carácter más humano y al servicio de la población.

Liria, Et al., en 2009, destacan que entre los principales retos para el sector salud en la actualidad, se encuentra el combate a las enfermedades crónicas y los procesos de

discapacidad, debido al conjunto de consecuencias en el entorno del paciente y la prevalencia que han ido teniendo recientemente.<sup>19</sup>

La licenciatura de Fisioterapia orientada en la prevención, tratamiento y recuperación de la función se ha encargado de otorgar a la población un servicio completo basado en una recopilación de datos personales del paciente, una historia de la enfermedad y una valoración fisioterapéutica. Esto con el objetivo final de otorgar un correcto diagnóstico fisioterapéutico y brindarle un adecuado abordaje fisioterapéutico según sea el caso.

En base a lo que se ha descrito previamente sobre el estudio, los puntos a evaluar de la investigación sobre las Brigadas Comunitarias Interdisciplinarias de Agosto 2014-Marzo 2015, serán orientados hacia: el tipo de población que acudió y fue atendida por los alumnos de fisioterapia, el índice de patologías abordadas durante el servicio, el tratamiento fisioterapéutico que se llevó a cabo y finalmente se buscará fomentar la creación de una cultura preventiva en pacientes atendidos por fisioterapia con el objetivo de evitar que se llegue a ciertos límites ya ocasionados por la cronicidad de sus padecimientos.

Después de haber aportado los aspectos anteriores, se puede concluir con la siguiente pregunta de investigación:

**¿El análisis de los pacientes atendidos por fisioterapia durante las Brigadas Comunitarias Interdisciplinarias de Agosto del 2014 a Marzo del 2015, permitirán mejorar la atención en futuras asistencias a dichos lugares?**

## **1. Justificación**

El realizar este análisis estadístico de los datos obtenidos a través de las Brigadas Comunitarias Interdisciplinarias de Agosto 2014 a Marzo del 2015, las cuales son de los primeros programas de su tipo que realiza la ENES UNAM León, nos permitirá encontrar información que servirá como un respaldo histórico para futuros eventos de la misma índole, permitiéndole a los profesionales de la salud, brindar un abordaje previsto y orientado a determinado tipo de población, enfocar los tratamientos y el material para los pacientes con mayor índice de consulta, así como preparar un programa o plática de carácter preventivo hacia la población en general para buscar crear una cultura sobre ciertas patologías y enfermedades que se hayan tratado durante las Brigadas Comunitarias.

De esta forma se expondrá el impacto social que generan este tipo de servicios prestados por parte de la ENES UNAM León con alumnos de la carrera de Fisioterapia y así continuar la implementación y realización de los mismos logrando colaborar en mejoras de los servicios de salud en México llevados a cabo con una atención de calidad y profesionalismo por parte de alumnos de servicio social de dicha licenciatura y con la característica de que la atención se otorga por medio de unidades móviles.

## **2. Límites Temporales, Límites Espaciales y Límites Conceptuales**

### **Límites Temporales**

Del 16 de Agosto del 2014 al 1 de Marzo del 2015

### **Límites Espaciales**

Los 4 municipios del estado de Guanajuato visitados: Irapuato, Celaya, Salvatierra y Juventino Rosas

## Límites conceptuales

**Análisis estadístico.** Según Johnson y Kuby en 2008, la estadística es el lenguaje universal de la ciencia, al momento en que nosotros empleamos correctamente las reglas de la estadística podemos recoger la información necesaria de los datos recolectados. Esta metodología se ve estructurada a partir de definir con cuidado cada detalle de la situación a observar, la obtención de los datos, y la manera en la que vamos a resumir y recolectar información de ellos, así como las respectivas conclusiones importantes que haya que comunicar sobre el estudio. Para el método de la estadística se implica el uso de la información, recolección de números y uso de gráficas para mostrar cada detalle encontrado en el estudio. Un análisis estadístico consiste en una forma de obtener y presentar algún tipo de información, en una perspectiva más concisa, se describe como la ciencia encargada de obtener, describir e interpretar datos.<sup>2</sup>

**Atención fisioterapéutica.** Gallego Izquierdo en 2007, define que la labor del fisioterapeuta consiste en la relación directa que mantiene con el individuo o la sociedad sana/ enferma, y se fundamenta principalmente con el objeto de prevenir, curar y recuperar de manera profesional estableciendo, aplicando y valorando las técnicas y métodos correspondientes a la Fisioterapia. Para desarrollar esta labor, se emplean los siguientes métodos de actuación: la aplicación de agentes físicos, el uso de la cinesiterapia y ejercicio, terapias específicas y métodos orientados al desarrollo psicomotor, aplicación de sistemas de valoración y pruebas funcionales, así como todas las que se les capacite la legislación vigente.<sup>3</sup>

**Brigadas Comunitarias Interdisciplinarias.** Así como se estipula en el Manual de Brigadas Integrales de Salud de la Paz en 2003, las Brigadas Comunitarias Interdisciplinarias son eventos sociales a cargo de recursos humanos formados en las áreas de medicina, odontología, enfermería, saneamiento ambiental o control de vectores, los cuales conforman un equipo multidisciplinario que desarrolla actividades itinerantes,

preventivas, promocionales, asistenciales, de gestión y fortalecimiento de los servicios de salud, en comunidades seleccionadas por su condición de extrema pobreza, total ruralidad y escasa accesibilidad a servicios regulares de salud.<sup>33</sup>

### **3. Objetivos de Investigación**

#### **Objetivo Principal**

- Destacar los datos más relevantes en base al impacto que tuvo en la población por parte del equipo de Fisioterapia de servicio social de Brigadas Comunitarias Interdisciplinarias en el periodo de Agosto del 2014 a Marzo del 2015.

#### **Objetivos Secundarios**

- Determinar la prevalencia de patologías encontradas durante el transcurso de las Brigadas Comunitarias Interdisciplinarias, buscando probar la relación del paciente con las mismas.
- Exponer los resultados obtenidos, con el fin de provocar un impacto orientado hacia las autoridades, mostrando los beneficios de un programa de fisioterapia preventivo para las personas que forman parte de la comunidad.
- Crear una base hacia futuros proyectos similares que se dirijan hacia estas comunidades o semejantes, facilitando su desempeño profesional y como consecuencia otorgar una mejor atención primaria.

## Capítulo 3. Metodología

### 1. Enfoque de la Investigación

Según Canales, Et al., en 1986, este estudio es un análisis con un enfoque de tipo **Cuantitativo** debido a que cumple con los objetivos de usar una recolección de datos para poder realizar un modelo estadístico, el cual tendrá como objetivo cuantificar las variables expuestas, basándonos en una medición numérica. Probando esta objetividad, su única forma de conseguirla es a través de una medición exhaustiva y controlada.<sup>13</sup>

### 2. Tipo de estudio

Hernández Sampieri, Et al., en 1997, mencionan que el estudio cumple con un carácter de tipo **descriptivo, transversal y retrospectivo** debido a que se dedicara a analizar las variables que se han arrojado durante las Brigadas Comunitarias (como edad, sexo, lugar de nacimiento y residencia, patología y tratamiento), las cuales se desarrollaron en un punto del tiempo pasado y se está realizando una revisión, simultáneamente, se intentara buscar la relación entre estas variables con el abordaje fisioterapéutico del servicio brindado y la búsqueda de nuevos proyectos orientados a la misma causa.<sup>12</sup>

### 3. Muestra

La muestra que integró este estudio, se halla compuesta por los pacientes que se atendieron por parte de las Brigadas Comunitarias, estos pacientes realizaron un proceso que inició con la recolección de datos personales y de relevancia, los cuales se vaciaron en la Historia Clínica, para posterior a eso pasar recibir una exploración física que deriva en un diagnóstico y finalmente un tratamiento fisioterapéutico,



La población de pacientes que se abordaron en este estudio, está conformada por todos las personas que acudieron en cada una de las cuatro ciudades del estado de Guanajuato visitadas por el Programa de Servicio Social Universitario de la Escuela Nacional de Estudios Superiores de la Universidad Nacional Autónoma de México (ENES UNAM). Estas ciudades se ordenaron de manera cronológica para su estudio, y se describen con el siguiente orden: Irapuato, Celaya, Salvatierra y Juventino Rosas.

Se registró un total de 1146 expedientes, cúmulo integrado por los pacientes que acudieron en las cuatro ciudades: en Irapuato se presentaron 269 pacientes, en Celaya 263, en Salvatierra 356 y finalmente en Juventino Rosas 258.

Las Variables que se tomarán a medir y presentar en este estudio serán definidas a continuación:

- Edad, Género y Ocupación
- Lugar de Nacimiento y de Residencia
- Diagnóstico Médico, Diagnóstico y Tratamiento Fisioterapéutico

#### **4. Procedimiento**

A partir de los datos recabados de las Historias Clínicas, se realizaron bases de datos respectivas, según el tipo de información encontrada y la cual se tomo en cuenta para fines estadísticos.

Para poder tener acceso a estos documentos, propiedad de la Escuela Nacional de Estudios Superiores León, se dirigió con las autoridades correspondientes por medio de un oficio para poder acceder a los mismos.

Se solicitó de manera formal por medio de una carta de petición, hacia la responsable del Servicio de Brigadas, quien autorizó el uso de las mismas para fines de Investigación Estadística (Anexo 2)

## **5. Selección de Universo**

Para poder obtener la información en la cual está basada la columna de este estudio, se utilizaron las Historias Clínicas que se realizaron durante el Programa de Servicio Social de Brigadas Comunitarias Interdisciplinarias comprendido entre el periodo de Agosto del 2014 al 1 de Marzo del 2015

### **A. Criterios de Inclusión**

- Haber asistido al Servicio de Brigadas Comunitarias durante el Periodo de Agosto del 2014 a Marzo del 2015.
- Haber sido entrevistados para poder iniciar un expediente clínico y por lo tanto haber generado los siguientes datos: edad, sexo, lugar de nacimiento y residencia, estado civil, número de hijos, ocupación, antecedentes patológicos familiares y personales y diagnóstico médico.
- Presentar o no un diagnóstico médico, y un diagnóstico fisioterapéutico, así como datos sobre el tratamiento del cual fue objeto cada uno de los pacientes.

### **B. Criterios de Exclusión**

- Que los pacientes no formen parte del periodo al que está orientado este estudio, que comprende el lapso entre Agosto del 2014 y Marzo del 2015.
- Que los pacientes no representen alguna de las cuatro ciudades expuestas, las cuales son Irapuato, Celaya, Salvatierra y Juventino Rosas, identificadas como las poblaciones diana del estudio.

## Capítulo 4. Resultados

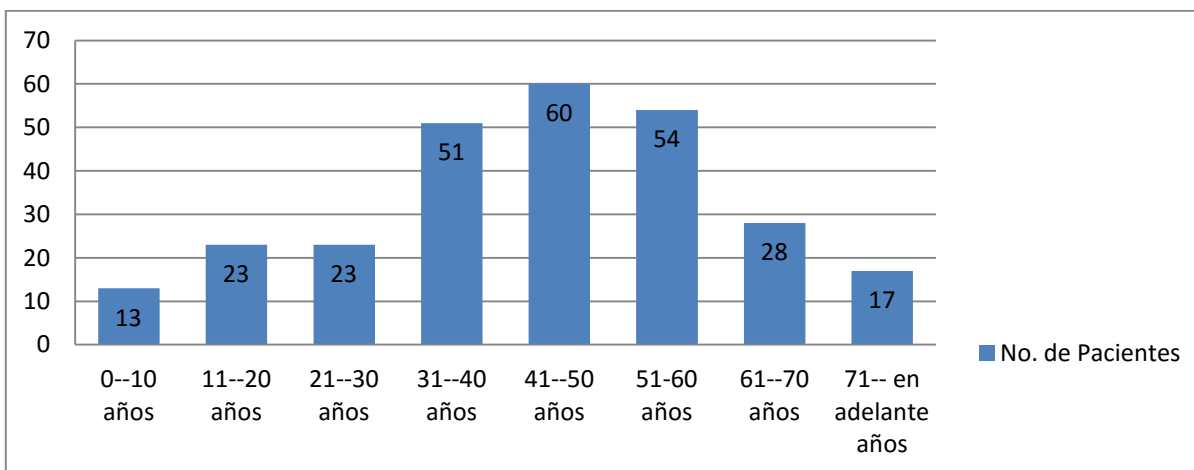
Los datos recabados durante el Servicio Social Universitario de Brigadas Comunitarias Interdisciplinarias en el periodo de Agosto del 2014 a Marzo del 2015, se expondrán a continuación divididos según la ciudad que se visitó y estos a su vez en subgrupos formados en base a los datos obtenidos en las historias clínicas de Fisioterapia.

### 1. IRAPUATO

La Gráfica 1, con nombre “Edad”, muestra el número de pacientes atendidos en la ciudad de Irapuato, clasificados según su edad, durante las Brigadas Comunitarias

Se hicieron grupos de edades para una mejor exposición de los datos anteriores, acumulando un total de 8 rangos, compuestos por 9 años cada uno, en los cuales podemos observar que entre los primeros 10 años de edad tenemos un porcentaje del 5% de las asistencias, seguidos de los 11 a los 20 años con un porcentaje del 9%, de los 21-30 años igualmente un 9%, de los 31-40 años presentan un 19%, el porcentaje más alto lo componen el grupo de 41-50 años con un 22%, el rango de 51-60 años se encuentra representado con un porcentaje del 20%, de los 61-70 años acudió un 10% y finalmente de los 71 años en adelante se registro una asistencia del 6%. A continuación se aprecia la Gráfica 1. Edad

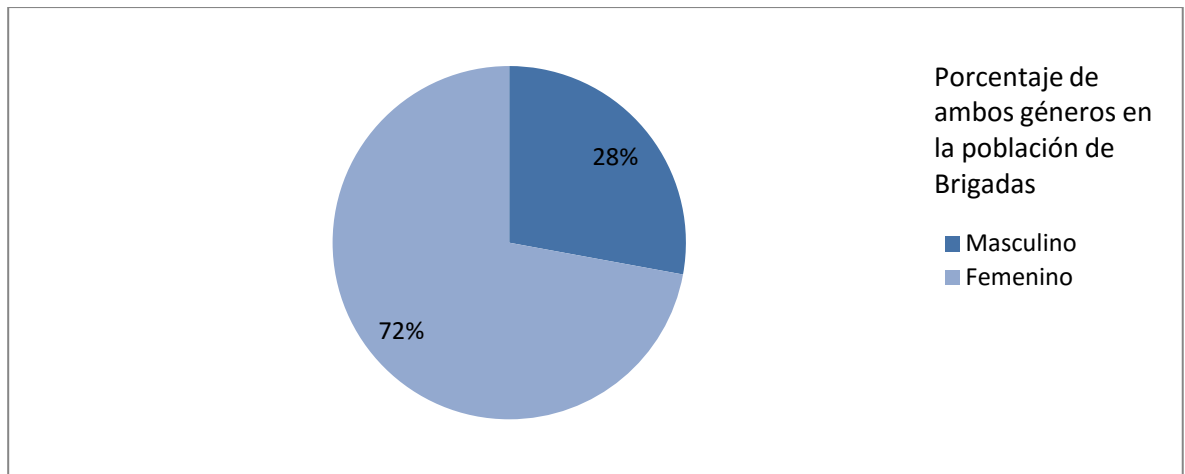
**Gráfica 1. Edad**



La Gráfica 2 de nombre “Género”, muestra el número de pacientes que acudieron al Servicio de Brigadas Comunitarias en la ciudad de Irapuato, divididos según el género

En esta gráfica podemos observar el porcentaje total de la población que acudió al servicio de Brigadas Comunitarias, clasificadas por el género de cada uno de estos pacientes, podemos observar en uno de los rubros que el porcentaje más alto está conformado por el género femenino con un porcentaje del 72% el cual consta de 194 mujeres, mientras que por otro lado podemos encontrar que el 28% restante, el cual ocupa el género masculino, representa la minoría de la totalidad de pacientes que recibieron el servicio con un número de 75 hombres. A continuación se presenta la Gráfica 2. Género

**Gráfica 2. Género**

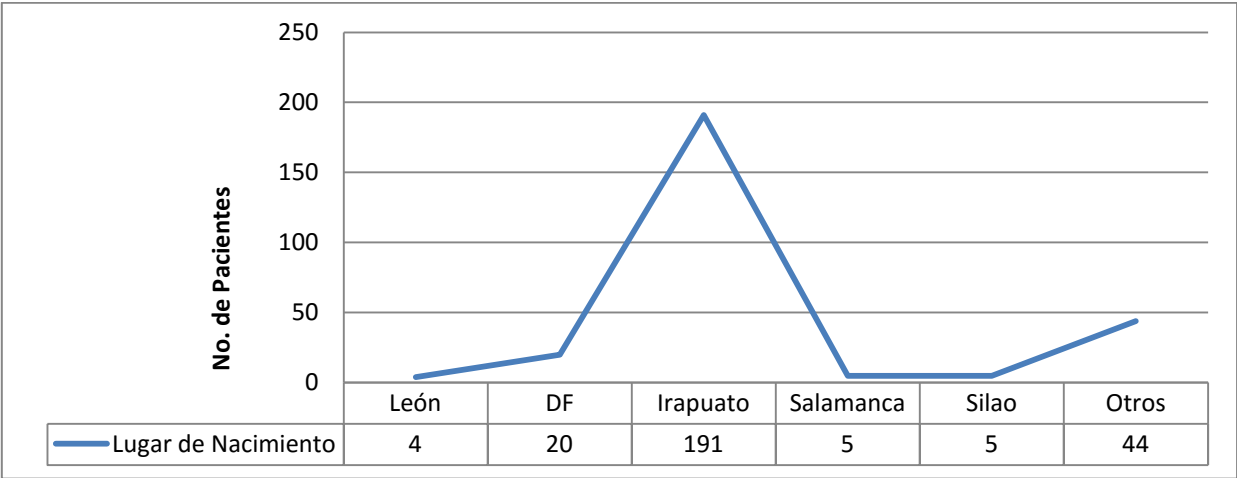


La Gráfica 3 nombrada “Lugar de nacimiento”, muestra el lugar de nacimiento de los pacientes que acudieron al servicio de Brigadas Comunitarias en la ciudad de Irapuato

En la gráfica 3, podemos observar el índice de natalidad de los pacientes que acudieron a recibir atención en el Programa de Brigadas Comunitarias, se puede apreciar que la mayor parte de esta población, es nacida en la ciudad de Irapuato, la cual ocupa un porcentaje total del 71%, predisposición esperada por ser la ciudad anfitriona del programa, mientras que le sigue el Distrito Federal con un porcentaje del 7%, lo que indica que al haber una orientación en su ciudad de procedencia les genera la inquietud para acudir a recibir este tipo de servicios, aún lejos

de su lugar de origen. Le siguen las ciudades aledañas como es el caso de León, Salamanca y Silao, ocupando un 2% respectivamente. Finalmente se ilustran en otros todas las personas originarias de otras ciudades del país que forman un porcentaje total del 16% de las personas que acudieron a este servicio. A continuación se muestra la Gráfica 3. Lugar de nacimiento

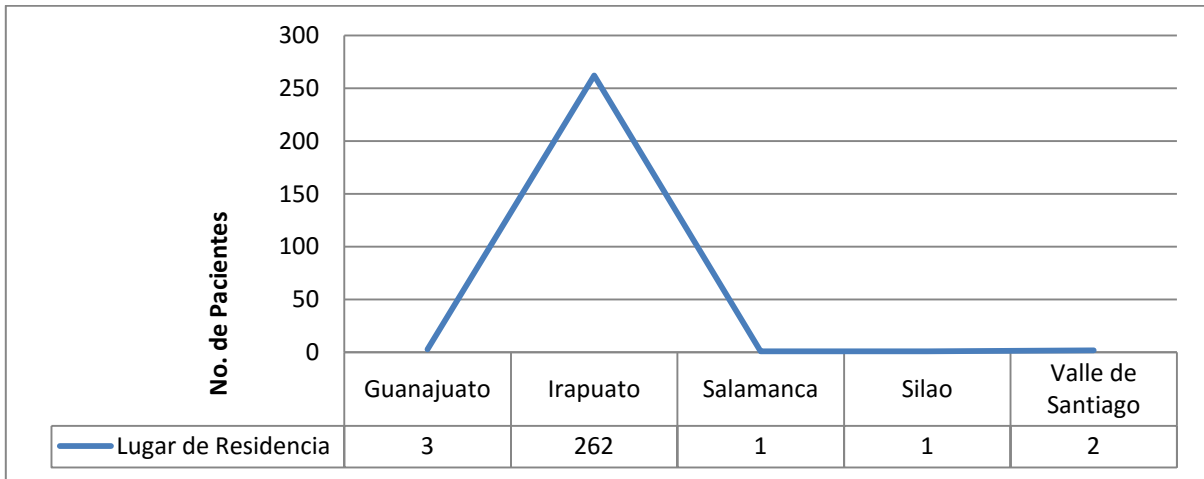
**Gráfica 3. Lugar de nacimiento**



La Gráfica 4 nombrada “Lugar de residencia”, nos muestra el lugar de donde proceden las personas que acudieron al servicio de Brigadas Comunitarias en la ciudad de Irapuato

En la gráfica 4, se observa la población que acudió a recibir atención al servicio de Brigadas Comunitarias, se muestra la ciudad de residencia de donde más población acudió que es la ciudad de Irapuato ocupando el 98% de la población total de Brigadas, seguida por poblaciones aledañas como es el caso de Guanajuato y Valle de Santiago con un 1% de estos pacientes y finalizando con Salamanca y Silao, los cuales registran el porcentaje más bajo. A continuación se muestra la Gráfica 4. Lugar de residencia.

**Gráfica 4. Lugar de residencia**



La Tabla 5 nombrada “Clasificación de Ocupaciones de los Pacientes de Brigadas Comunitarias”, nos hace un muestreo de las distintas actividades de los pacientes atendidos en el Programa de Servicio Social de Brigadas Comunitarias en la ciudad de Irapuato

Para poder realizar esta tabla se basó en el Sistema Nacional de Clasificación de Ocupaciones (SINCO) 2011, basada en la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO) 2008, de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el cual cataloga todas las ocupaciones y empleos en nuestro país. Se divide en nueve puntos, los cuales están evaluados desde el más alto rango de estudios, conocimientos y habilidades, hasta la última considerada.

**División**

- 1) Funcionarios, Directivos y Jefes
- 2) Profesionistas y Técnicos
- 3) Trabajadores auxiliares en actividades administrativas
- 4) Comerciantes, empleados en ventas y agentes de ventas
- 5) Trabajadores en servicios personales y vigilancia
- 6) Trabajadores en actividades agrícolas, ganaderas, forestales, caza y pesca
- 7) Trabajadores artesanales
- 8) Operadores de maquinaria industrial, ensambladores, choferes y transporte
- 9) Trabajadores en actividades elementales y de apoyo

Como se puede observar en la Tabla 5, desglosamos cada una de las ocupaciones según el número de pacientes clasificados en cada uno de ellos, de manera porcentual, se puede describir que el número 1, 6, 10 y 12 contribuyen cada una con el 1% de la población total, el número 2 y 7 representa el 6% respectivamente, el número 3 y el 5 ocupan el 3% de esta población, el número 8 representa por su parte el 4% y el número 11 el 12%, mientras que el número 9 se ubica con el porcentaje más alto contribuyendo con un 56% de la población total, lo que la ubica como la mayoría de la misma. Cabe mencionar que en el rubro número 9 se tomo en cuenta la población de amas de casa que acudió a recibir este servicio Se presenta a continuación la Tabla 5. Clasificación de ocupaciones de los pacientes de brigadas comunitarias

**Tabla 5. Clasificación de ocupaciones de los pacientes de brigadas comunitarias**

1) Funcionarios, Directivos y Jefes	3
2) Profesionistas y Técnicos	15
3) Trabajadores auxiliares en actividades administrativas	7
4) Comerciantes, empleados en ventas y agentes de ventas	16
5) Trabajadores en servicios personales y vigilancia	9
6) Trabajadores en actividades agrícolas, ganaderas, forestales, caza y pesca	2
7) Trabajadores artesanales	16
8) Operadores de maquinaria industrial, ensambladores, choferes y transporte	10
9) Trabajadores en actividades elementales y de apoyo	151
10) Jubilados y/o Desempleados	4
11) Estudiantes	33

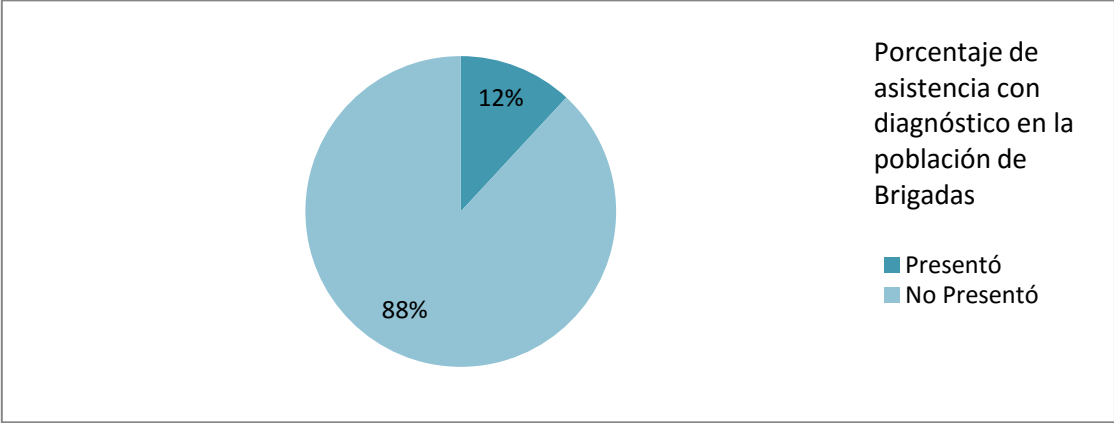
12) Descartados o Desconocidos	3
--------------------------------	---

\*La Clasificación anterior ha sido modificada para poder incluir otras ocupaciones no mencionadas anteriormente, como es el caso de los estudiantes, pensionados y/o desempleados y descartados o desconocidos.

La Gráfica 6 con nombre "Diagnóstico médico", muestra el porcentaje del conocimiento de un Diagnóstico médico referido previo a una intervención fisioterapéutica, entre los pacientes de Brigadas Comunitarias en la ciudad de Irapuato

En el gráfico 6, podemos observar la diferencia notable entre las personas que acudieron al Servicio de Brigadas Comunitarias con un conocimiento previo y Diagnóstico de algún médico profesional refiriéndolos entonces a rehabilitación, encontramos que la mayoría de los pacientes, los cuales ocupan un 88%, acuden sin un diagnóstico previo al servicio, este porcentaje es una representación gráfica de los 237 pacientes atendidos, por otra parte la minoría que representa el porcentaje restante está conformado por 32 pacientes. A continuación la Gráfica 6. Diagnóstico médico

**Gráfica 6. Diagnóstico médico**



La Gráfica 7 nombrada "Diagnóstico Fisioterapéutico", en la cual se muestran las patologías abordadas con un diagnóstico fisioterapéutico en la ciudad de Irapuato



Para la realización de la siguiente gráfica se tomó como base la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10), adaptando ciertos subgrupos de la clasificación para poderse adecuar a la estadística recabada durante las Brigadas Comunitarias, para fines prácticos esto se realizó agrupando padecimientos generales según el cuadro sintematológico y naturaleza de la lesión en un mismo enfoque.

Para una mejor presentación de la gráfica se enlista la clasificación con sus adecuaciones, mismas que se muestran a continuación:

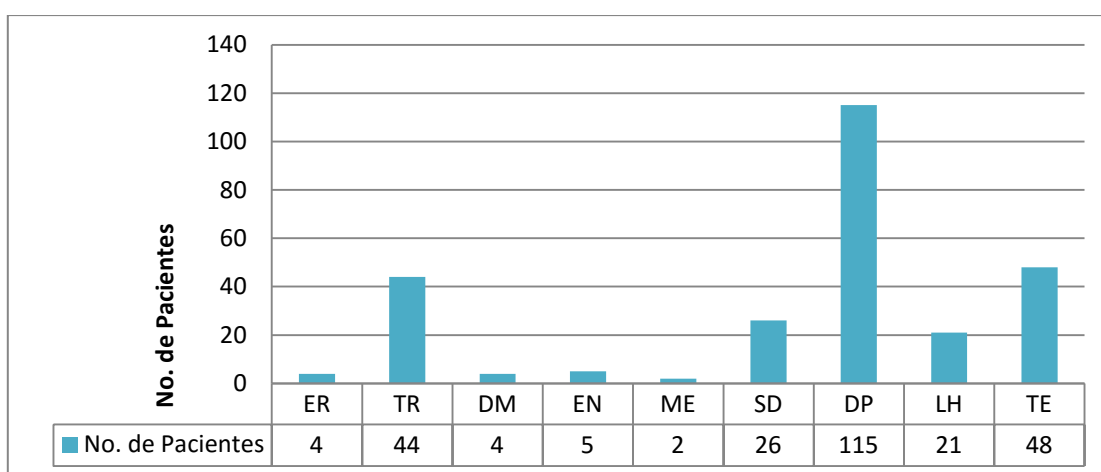
1. Enfermedades Reumatoides (ER)
2. Trastornos de la Rodilla (TR)
3. Deformidades adquiridas de los Miembros (DM)
4. Enfermedades musculares y de la Unión Neuromuscular (EN)
5. Malformaciones congénitas, deformaciones, afecciones durante el embarazo (ME)
6. Sin Alteraciones o sin Diagnóstico Fisioterapéutico (SD)
7. Dorsopatías (DP)
8. Lesiones del Hombro (LH)
9. Traumatismos y Entesopatías de los Miembros y/o otras articulaciones (TE)

Para fines prácticos del estudio, los datos recabados en esta etapa recibieron adecuaciones para poderse conjugar según la clínica y poder ubicarse dentro de una patología determinada.

En la gráfica 7, podemos observar el tipo de patologías atendidas durante el servicio de Brigadas Comunitarias, en la parte inferior de la gráfica se observa el número de pacientes clasificados en las patologías más destacadas, agrupamos para su representación a las enfermedades Reumatoides (ER), Deformidades de los miembros (DM), y malformación congénitas o durante el embarazo (ME) debido a que representan cada una un 1% de la población atendida, por otra parte los Trastornos de Rodilla (TR) representan el 16%, las enfermedades

neuromusculares (EN) ocupan un 2%, los pacientes sin diagnóstico (SD) aportan un 10% de la población total, las lesiones en hombro (LH) representan un 8% y los traumatismos y Entesopatías (TE) se conforman por un 18% de pacientes. Finalmente las Dorsopatías (DP) nos representan casi la mitad de los datos obtenidos con un 43% de pacientes atendidos. A continuación se presenta la Gráfica 7. Diagnóstico Fisioterapéutico

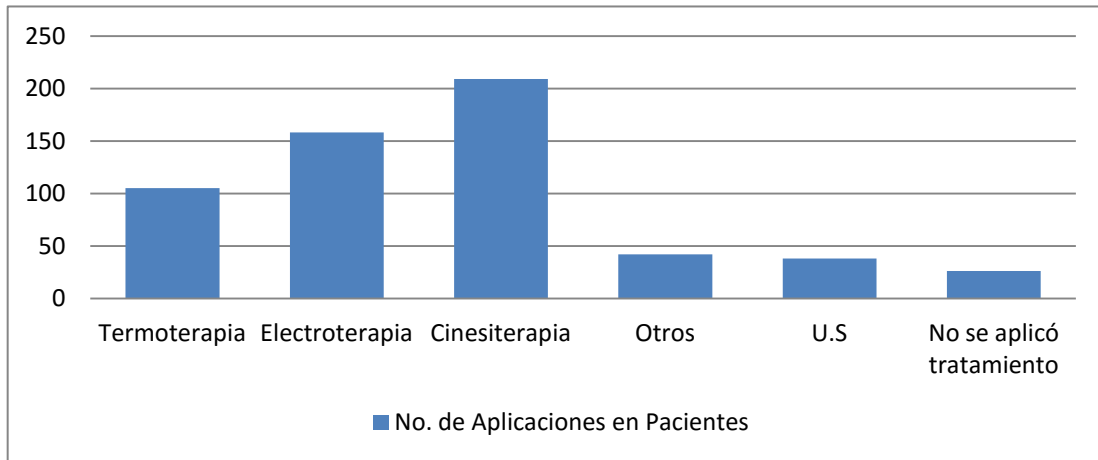
**Gráfica 7. Diagnóstico Fisioterapéutico**



La Gráfica 8 nombrada “Tratamiento fisioterapéutico”, señala el número de aplicaciones de cada uno de los tratamientos fisioterapéuticos implementados en la ciudad de Irapuato

En esta gráfica se muestra una representación del tipo de tratamiento fisioterapéutico abordado durante las Brigadas Comunitarias, la termoterapia tiene una aplicación en los pacientes atendidos representada con un porcentaje del 18%, se registró una aplicación de electroterapia del 27%, la aplicación de ultrasonido y de otros métodos terapéuticos generaron un porcentaje respectivo del 7%, la cinesiterapia y ejercicio ocupó el porcentaje mayor con un 36% total, mientras que el 5% restante de los pacientes no recibieron tratamiento. A continuación la Gráfica 8. Tratamiento fisioterapéutico.

**Gráfica 8. Tratamiento fisioterapéutico**

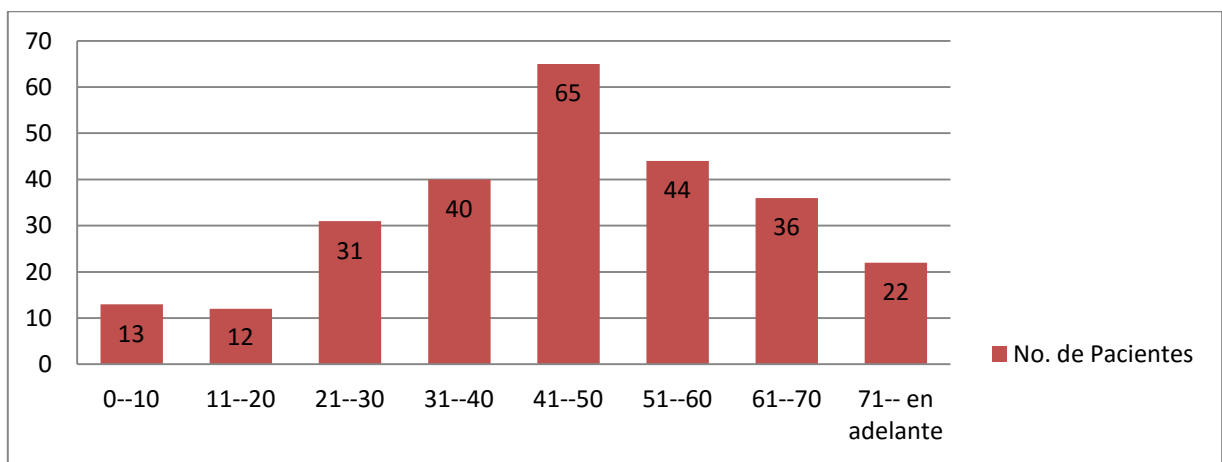


## **2. CELAYA**

La Gráfica 9 nombrada “Edad”, muestra el número de pacientes atendidos en la ciudad de Celaya, clasificados según su edad, durante las Brigadas Comunitarias

Se hicieron grupos de edades para una mejor exposición de los datos anteriores, acumulando un total de 8 rangos, compuestos por 9 años cada uno, en los cuales podemos observar que entre los primeros 10 años de edad tenemos un porcentaje del 5% de las asistencias, seguidos de los 11 a los 20 años con un porcentaje del 9%, de los 21-30 años con un 4%, de los 31-40 años presentan un 15%, el porcentaje más alto lo componen el grupo de 41-50 años con un 25%, el rango de 51-60 años se encuentra representado con un porcentaje del 17%, de los 61-70 años acudió un 14% y finalmente de los 71 años en adelante se registró una asistencia del 8%. A continuación se presenta la Gráfica 9. Edad

**Gráfica 9. Edad**

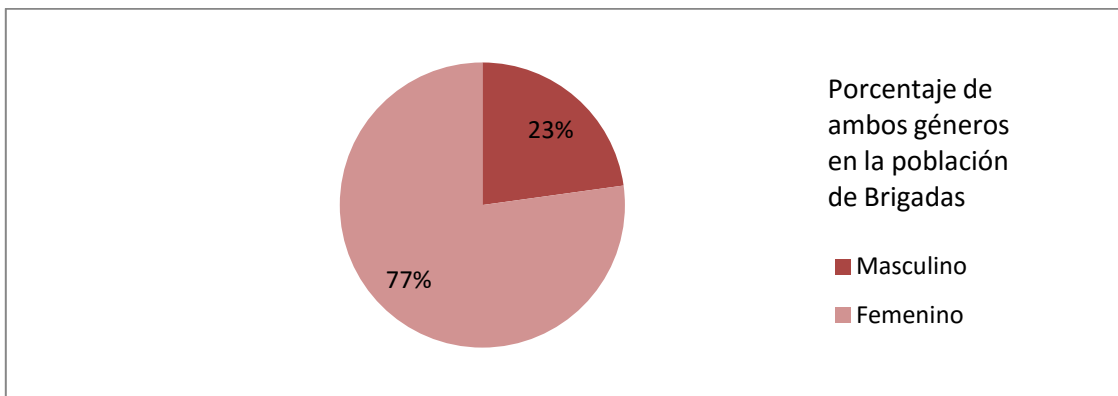


La Gráfica 10 nombrada “Género”, muestra el número de pacientes que acudieron al Servicio de Brigadas Comunitarias en la ciudad de Celaya, divididos según el género

En esta gráfica podemos observar el porcentaje total de la población que acudió al servicio de Brigadas Comunitarias, clasificadas por el género de cada uno de estos pacientes, podemos observar en uno de los rubros que el porcentaje más alto está conformado por el género

femenino con un porcentaje del 77% el cual consta de 203 mujeres, mientras que por otro lado podemos encontrar que el 23% restante, el cual ocupa el género masculino, representa la minoría de la totalidad de pacientes que recibieron el servicio con un número de 60 hombres. A continuación se presenta la Gráfica 10. Género

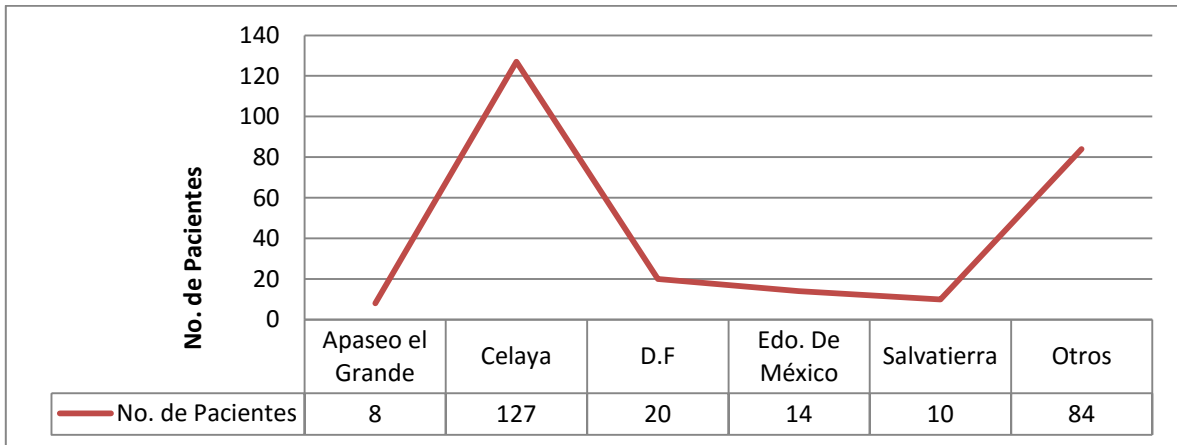
**Gráfica 10. Género**



La Gráfica 11 nombrada “Lugar de nacimiento”, muestra el lugar de nacimiento de los pacientes que acudieron al servicio de Brigadas Comunitarias en la ciudad de Celaya

A continuación, podemos observar el índice de natalidad de los pacientes que acudieron a recibir atención en el Programa de Brigadas Comunitarias, se puede apreciar que la mayor parte de esta población, es nacida en la ciudad de Celaya, la cual ocupa un porcentaje total del 48%, predisposición esperada por ser la ciudad anfitriona del programa, mientras que le sigue el Distrito Federal con un porcentaje del 8%, y el Edo. De México con un 5%, lo que indica que al haber una orientación en su ciudad de procedencia les genera la inquietud para acudir a recibir este tipo de servicios, aún lejos de su lugar de origen. Le siguen las ciudades aledañas como es el caso de Apaseo el grande con un 3% y Salvatierra que aporta un 4%. Finalmente se agrupa en Otros un conjunto de ciudades que aportaron determinado número de pacientes que en conjunto representan un 32% total de la población. A continuación se presenta la Gráfica 11. Lugar de nacimiento

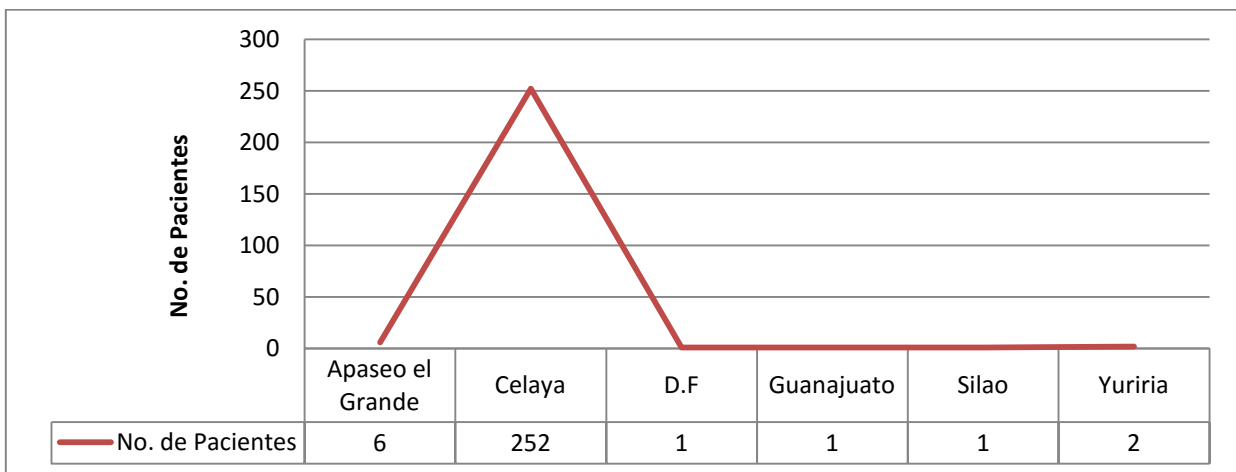
**Gráfica 11. Lugar de nacimiento**



La gráfica 12 nombrada “Lugar de residencia”, nos muestra el lugar de donde proceden las personas que acudieron al servicio de Brigadas Comunitarias en la ciudad de Celaya

A continuación, se observa la población que acudió a recibir atención al servicio de Brigadas Comunitarias, se muestra la ciudad de residencia de donde más población acudió que es la ciudad de ocupando el 96% de la población total de Brigadas, seguida por poblaciones aledañas como es el caso de Apaseo el Grande con un 2%, Yuriria con un 1%, el D.F aporta un 1% de esta población, mientras que las ciudades de Guanajuato y Silao ocupan el porcentaje más bajo. A continuación se presenta la Gráfica 12. Lugar de residencia

**Gráfica 12. Lugar de residencia**



La Tabla 13 nombrada “Clasificación de Ocupaciones de los Pacientes de Brigadas Comunitarias”, nos hace un muestreo de las distintas actividades de los pacientes atendidos en el Programa de Servicio Social de Brigadas Comunitarias en la ciudad de Celaya

Para poder realizar esta tabla se basó en el Sistema Nacional de Clasificación de Ocupaciones (SINCO) 2011, basada en la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO) 2008, de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el cual cataloga todas las ocupaciones y empleos en nuestro país. Se divide en nueve puntos, los cuales están evaluados desde el más alto rango de estudios, conocimientos y habilidades, hasta la última considerada.

#### División

- 1) Funcionarios, Directivos y Jefes
- 2) Profesionistas y Técnicos
- 3) Trabajadores auxiliares en actividades administrativas
- 4) Comerciantes, empleados en ventas y agentes de ventas
- 5) Trabajadores en servicios personales y vigilancia
- 6) Trabajadores en actividades agrícolas, ganaderas, forestales, caza y pesca
- 7) Trabajadores artesanales
- 8) Operadores de maquinaria industrial, ensambladores, choferes y transporte
- 9) Trabajadores en actividades elementales y de apoyo

Como se puede observar en la Tabla 13, desglosamos cada una de las ocupaciones según el número de pacientes clasificados en cada uno de ellos, de manera porcentual, se puede describir que el número 6 aporta el porcentaje más bajo, el 1 y 5 contribuyen cada una con el 1% de la población total, el número 3, 7 y 12 representa el 2% respectivamente, el número 4 y el 11 ocupan el 8% de esta población, el número 2 el 7%, el número 8 representa por su parte el 4% y el número 10 el 5%, mientras que el número 9 se ubica con el porcentaje más alto contribuyendo con un 60% de la población total, lo que la ubica como la mayoría de la misma. Cabe mencionar que en el rubro numero 9 se tomó en cuenta la población de amas de casa que acudió a recibir este servicio. A continuación Tabla 13. Clasificación de ocupaciones de los pacientes de brigadas comunitarias

**Tabla 13. Clasificación de ocupaciones de los pacientes de brigadas comunitarias**

1) Funcionarios, Directivos y Jefes	2
2) Profesionistas y Técnicos	18
3) Trabajadores auxiliares en actividades administrativas	5
4) Comerciantes, empleados en ventas y agentes de ventas	22
5) Trabajadores en servicios personales y vigilancia	3
6) Trabajadores en actividades agrícolas, ganaderas, forestales, caza y pesca	0
7) Trabajadores artesanales	5
8) Operadores de maquinaria industrial, ensambladores, choferes y transporte	10
9) Trabajadores en actividades elementales y de apoyo	159
10) Jubilados y/o Desempleados	14
11) Estudiantes	20
12) Descartados o Desconocidos	5

\*La Clasificación anterior ha sido modificada para poder incluir otras ocupaciones no mencionadas anteriormente, como es el caso de los estudiantes, pensionados y/o desempleados y descartados o desconocidos.

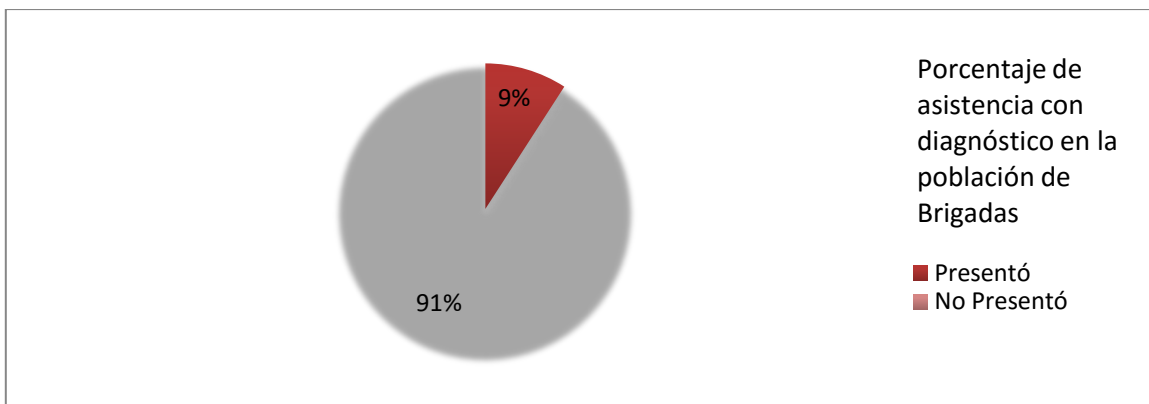
La Gráfica 14 nombrada “Diagnóstico médico”, muestra el porcentaje del conocimiento de un Diagnóstico médico referido previo a una intervención fisioterapéutica, entre los pacientes de Brigadas Comunitarias en la ciudad de Celaya.

En el gráfico 14, podemos observar la diferencia notable entre las personas que acudieron al Servicio de Brigadas Comunitarias con un conocimiento previo y Diagnóstico de algún



médico profesional refiriéndolos entonces a rehabilitación, encontramos que la mayoría de los pacientes, los cuales ocupan un 91%, acuden sin un diagnóstico previo al servicio, este porcentaje es una representación grafica de los 239 pacientes atendidos, por otra parte la minoría que representa el porcentaje restante está conformado por 24 pacientes. A continuación la Gráfica 14. Diagnóstico médico.

**Gráfica 14. Diagnóstico médico**



La Gráfica 15 nombrada “Diagnóstico Fisioterapéutico”, en la cual se muestran las patologías abordadas con un diagnóstico fisioterapéutico en la ciudad de Celaya

Para la realización de la siguiente gráfica se tomó como base la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10), adaptando ciertos subgrupos de la clasificación para poderse adecuar a la estadística recabada durante las Brigadas Comunitarias, para fines prácticos esto se realizó agrupando padecimientos generales según el cuadro sintematológico y naturaleza de la lesión en un mismo enfoque.

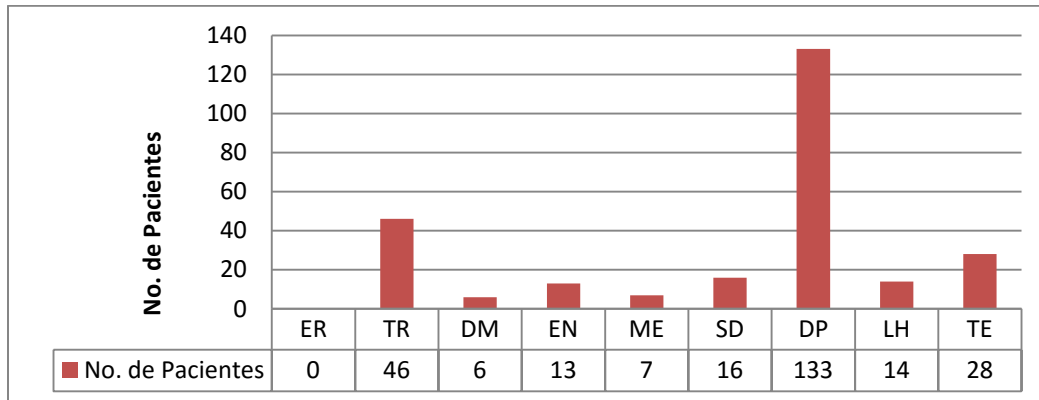
Para una mejor presentación de la gráfica se enlista la clasificación con sus adecuaciones, mismas que se muestran a continuación:

1. Enfermedades Reumatoides (ER)
2. Trastornos de la Rodilla (TR)

3. Deformidades adquiridas de los Miembros (DM)
4. Enfermedades musculares y de la Unión Neuromuscular (EN)
5. Malformaciones congénitas, deformaciones, afecciones durante el embarazo (ME)
6. Sin Alteraciones o sin Diagnóstico Fisioterapéutico (SD)
7. Dorsopatías (DP)
8. Lesiones del Hombro (LH)
9. Traumatismos y Entesopatías de los Miembros y/o otras articulaciones (TE)

En esta gráfica podemos observar el tipo de patologías atendidas durante el servicio de Brigadas Comunitarias, en la parte inferior de la gráfica se observa el número de pacientes clasificados en las patologías más destacadas, agrupamos para su representación a las enfermedades neuromusculares (EN) y las Lesiones de Hombro (LH) debido a que representan cada una un 5% de la población atendida, las malformación congénitas o durante el embarazo (ME) representan el 3% de los pacientes, por otra parte los Trastornos de Rodilla (TR) representan el 17%, las Deformidades de los miembros (DM) ocupan un 2%, los pacientes sin Diagnóstico (SD) aportan un 6% y los traumatismos y Entesopatías (TE) se conforman por un 11% de pacientes, las enfermedades Reumatoides (ER) representan el porcentaje más bajo de la población total. Finalmente las Dorsopatías (DP) nos representan más de la mitad de los datos obtenidos con un 51% de pacientes atendidos. A continuación la Gráfica 15. Diagnóstico Fisioterapéutico

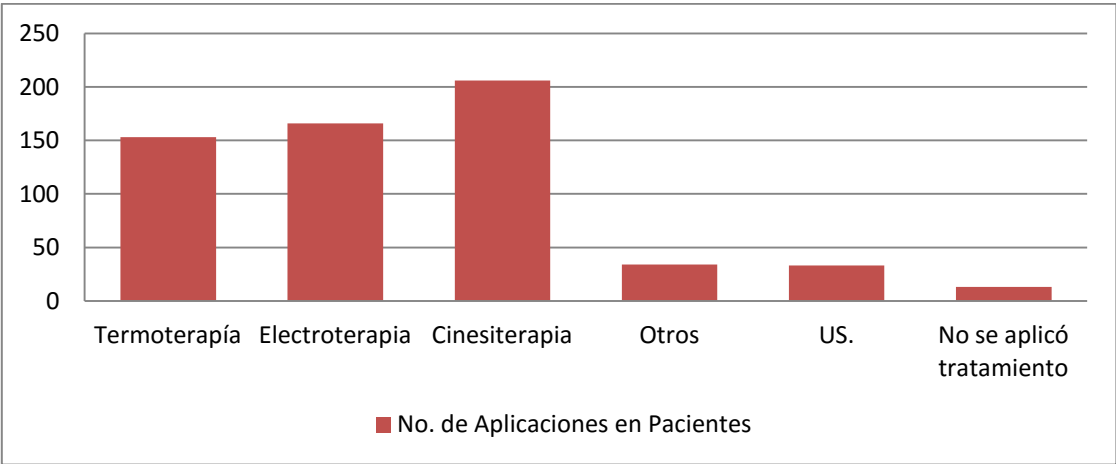
**Gráfica 15. Diagnóstico Fisioterapéutico**



La Gráfica 16 nombrada “Tratamiento fisioterapéutico”, señala el número de aplicaciones de cada uno de los tratamientos fisioterapéuticos implementados en la ciudad de Celaya

En esta gráfica se muestra una representación del tipo de tratamiento fisioterapéutico abordado durante las Brigadas Comunitarias, la termoterapia tiene una aplicación en los pacientes atendidos representada con un porcentaje del 25%, se registró una aplicación de electroterapia del 27%, la aplicación de ultrasonido y de otros métodos terapéuticos generaron un porcentaje respectivo del 6%, la cinesiterapia y ejercicio ocupó el porcentaje mayor con un 34% total, mientras que el 2% restante de los pacientes no recibieron tratamiento. A continuación la Gráfica 16. Tratamiento fisioterapéutico

**Gráfica 16. Tratamiento fisioterapéutico**

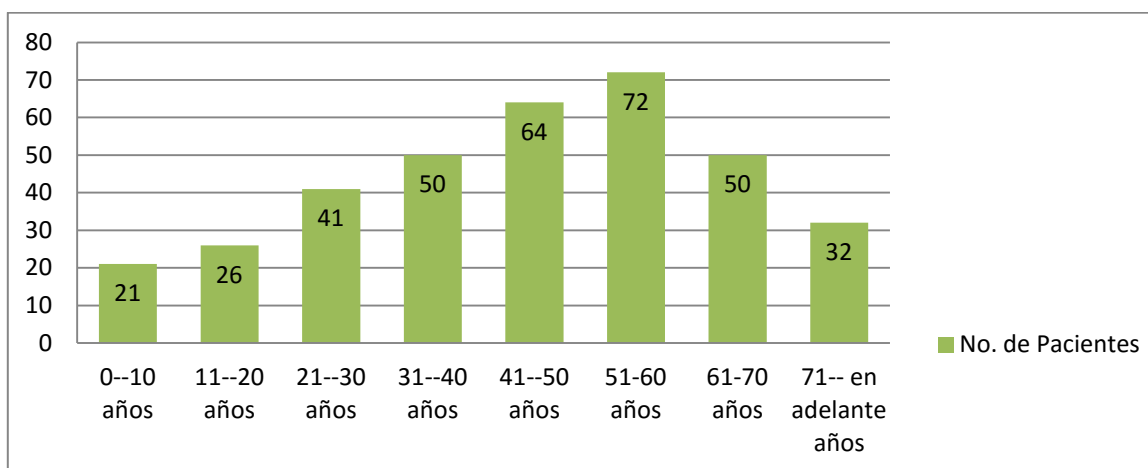


### **3. SALVATIERRA**

La Gráfica 17 nombrada “Edad”, muestra el número de pacientes atendidos en la ciudad de Salvatierra, clasificados según su edad, durante las Brigadas Comunitarias

Se hicieron grupos de edades para una mejor exposición de los datos anteriores, acumulando un total de 8 rangos, compuestos por 9 años cada uno, en los cuales podemos observar que entre los primeros 10 años de edad tenemos un porcentaje del 6% de las asistencias, seguidos de los 11 a los 20 años con un porcentaje del 7%, de los 21-30 años tenemos un 12%, de los 31-40 años presentan un 14%, el grupo de 41-50 años cumple con un 18%, el porcentaje más alto lo componen el rango de 51-60 años y se encuentra representado con un porcentaje del 20%, de los 61-70 años acudió un 14% y finalmente de los 71 años en adelante se registró una asistencia del 9%. A continuación la Gráfica 17. Edad

**Gráfica 17. Edad**

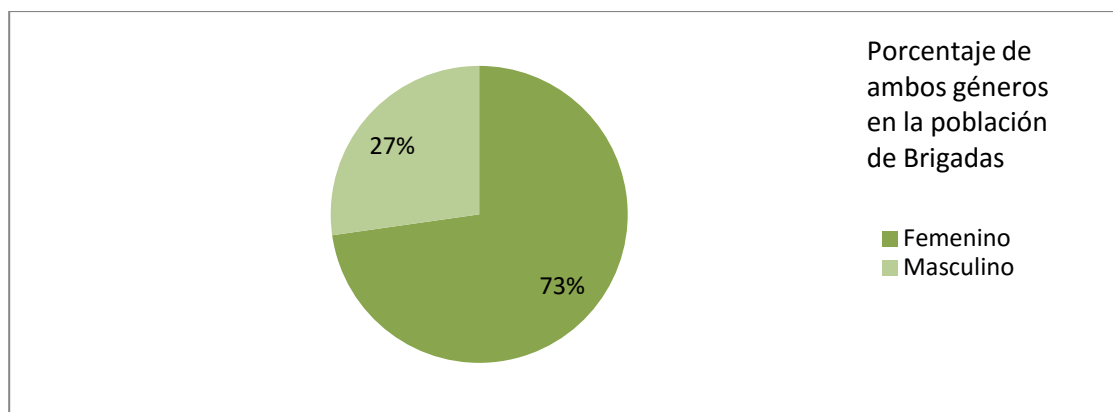


La Gráfica 18 llamada “Género”, muestra el número de pacientes que acudieron al Servicio de Brigadas Comunitarias en la ciudad de Salvatierra, divididos según el género

En esta gráfica podemos observar el porcentaje total de la población que acudió al servicio de Brigadas Comunitarias, clasificadas por el género de cada uno de estos pacientes,

podemos observar en uno de los rubros que el porcentaje más alto está conformado por el género femenino con un porcentaje del 73% el cual consta de 259 mujeres, mientras que por otro lado podemos encontrar que el 27% restante, el cual ocupa el género masculino, representa la minoría de la totalidad de pacientes que recibieron el servicio con un número de 97 hombres. A continuación la Gráfica 18. Género

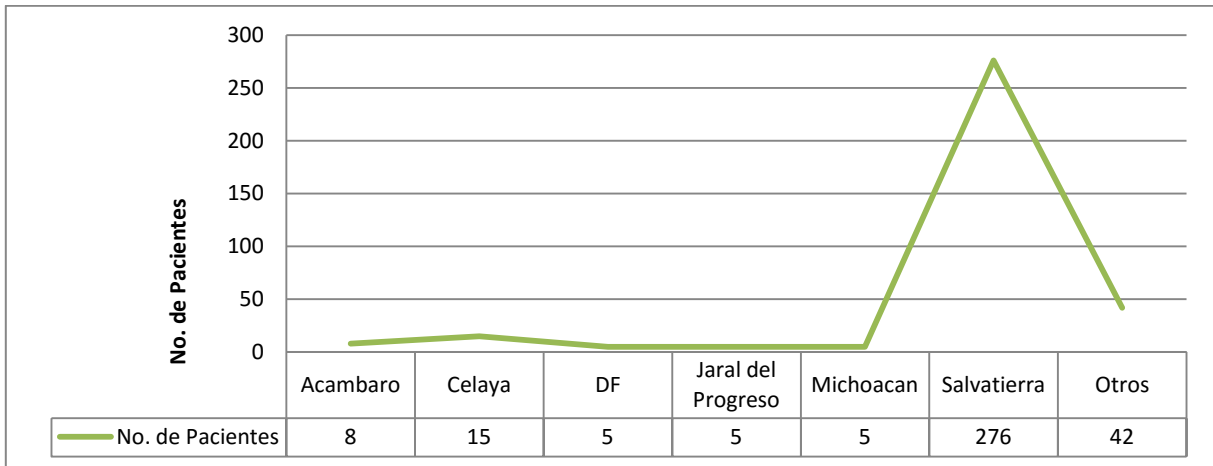
**Gráfica 18. Género**



La Gráfica 19 nombrada “Lugar de nacimiento”, muestra el lugar de nacimiento de los pacientes que acudieron al servicio de Brigadas Comunitarias en la ciudad de Salvatierra

En la gráfica 19, podemos observar el índice de natalidad de los pacientes que acudieron a recibir atención en el Programa de Brigadas Comunitarias, se puede apreciar que la mayor parte de esta población, es nacida en la ciudad de Salvatierra, la cual ocupa un porcentaje total del 78%, predisposición esperada por ser la ciudad anfitriona del programa, mientras que le sigue la ciudad de Celaya por ser una ciudad aledaña con un 4%, continuando con Acámbaro y Distrito Federal con un porcentaje del 2% respectivamente, le siguen las ciudades aledañas como es el caso de Jaral del Progreso y el estado de Michoacán con un 1% respectivamente. Finalmente se agrupa en Otros un conjunto de ciudades que aportaron determinado número de pacientes que en conjunto representan un 12% total de la población. A continuación la Gráfica 19. Lugar de nacimiento

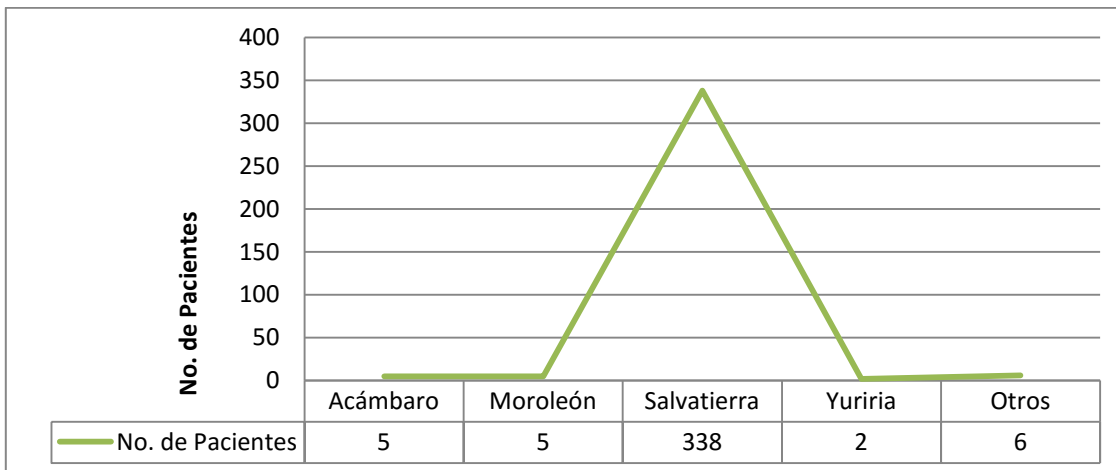
**Gráfica 19. Lugar de nacimiento**



La Gráfica 20 llamada “Lugar de residencia”, nos muestra el lugar de donde proceden las personas que acudieron al servicio de Brigadas Comunitarias en la ciudad de Salvatierra

En la gráfica 20, se observa la población que acudió a recibir atención al servicio de Brigadas Comunitarias, se muestra la ciudad de residencia de donde más población acudió que es la ciudad de ocupando el 95% de la población total de Brigadas, seguida por poblaciones aledañas como es el caso de Acámbaro, Moroleón y Yuriria con un 1% respectivamente, mientras que agrupamos en el rango de Otros a las demás ciudades que acudieron pero que tuvieron un bajo nivel por lo que generan agrupadas un 2%. A continuación la Gráfica 20. Lugar de residencia.

**Gráfica 20. Lugar de residencia**



La Tabla 21 llamada “Clasificación de Ocupaciones de los Pacientes de Brigadas Comunitarias”, nos hace un muestreo de las distintas actividades de los pacientes atendidos en el Programa de Servicio Social de Brigadas Comunitarias en la ciudad de Salvatierra

Para poder realizar esta tabla se baso en el Sistema Nacional de Clasificación de Ocupaciones (SINCO) 2011, basada en la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO) 2008, de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el cual cataloga todas las ocupaciones y empleos en nuestro país. Se divide en nueve puntos, los cuales están evaluados desde el más alto rango de estudios, conocimientos y habilidades, hasta la última considerada.

División

- 1) Funcionarios, Directivos y Jefes
- 2) Profesionistas y Técnicos
- 3) Trabajadores auxiliares en actividades administrativas
- 4) Comerciantes, empleados en ventas y agentes de ventas
- 5) Trabajadores en servicios personales y vigilancia
- 6) Trabajadores en actividades agrícolas, ganaderas, forestales, caza y pesca
- 7) Trabajadores artesanales
- 8) Operadores de maquinaria industrial, ensambladores, choferes y transporte
- 9) Trabajadores en actividades elementales y de apoyo



Como se puede observar en la Tabla 21, desglosamos cada una de las ocupaciones según el número de pacientes clasificados en cada uno de ellos, de manera porcentual, se puede describir que el número 1 y 4 aporta el porcentaje más bajo, el 5, 8 y 12 contribuyen cada una con el 2% de la población total, el número 2 y 6 representa el 4% respectivamente, el número 3 ocupa el 1% de esta población, el número 7 el 5%, el número 10 representa por su parte el 3% y el número 11 el 9%, mientras que el número 9 se ubica con el porcentaje más alto contribuyendo con un 68% de la población total, lo que la ubica como la mayoría de la misma. Cabe mencionar que en el rubro número 9 se tomó en cuenta la población de amas de casa que acudió a recibir este servicio. A continuación Tabla 21. Clasificación de ocupaciones de los pacientes de brigadas comunitarias

**Tabla 21. Clasificación de ocupaciones de los pacientes de brigadas comunitarias**

1) Funcionarios, Directivos y Jefes	0
2) Profesionistas y Técnicos	15
3) Trabajadores auxiliares en actividades administrativas	5
4) Comerciantes, empleados en ventas y agentes de ventas	0
5) Trabajadores en servicios personales y vigilancia	7
6) Trabajadores en actividades agrícolas, ganaderas, forestales, caza y pesca	13
7) Trabajadores artesanales	18
8) Operadores de maquinaria industrial, ensambladores, choferes y transporte	7
9) Trabajadores en actividades elementales y de apoyo	242
10) Jubilados y/o Desempleados	10

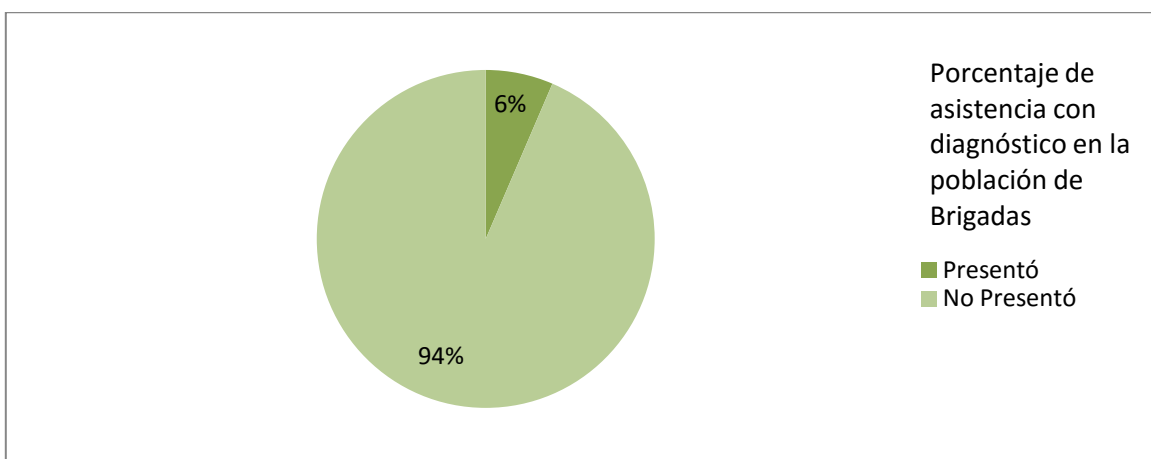
11) Estudiantes	31
12) Descartados o Desconocidos	8

\*La Clasificación anterior ha sido modificada para poder incluir otras ocupaciones no mencionadas anteriormente, como es el caso de los estudiantes, pensionados y/o desempleados y descartados o desconocidos.

La Gráfica 22 nombrada “Diagnóstico médico”, muestra el porcentaje del conocimiento de un Diagnóstico médico referido previo a una intervención fisioterapéutica, entre los pacientes de Brigadas Comunitarias en la ciudad de Salvatierra

En el gráfico 22, podemos observar la diferencia notable entre las personas que acudieron al Servicio de Brigadas Comunitarias con un conocimiento previo y Diagnóstico de algún médico profesional refiriéndolos entonces a rehabilitación, encontramos que la mayoría de los pacientes, los cuales ocupan un 94%, acuden sin un diagnóstico previo al servicio, este porcentaje es una representación grafica de los 333 pacientes atendidos, por otra parte la minoría que representa el porcentaje restante está conformado por 23 pacientes. A continuación la Gráfica 22. Diagnóstico médico

**Gráfica 22. Diagnóstico médico**



Gráfica 23 nombrada “Diagnóstico Fisioterapéutico”, en la cual se muestran las patologías abordadas con un diagnóstico fisioterapéutico en la ciudad de Salvatierra

Para la realización de la siguiente gráfica se tomó como base la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10), adaptando ciertos subgrupos de la clasificación para poderse adecuar a la estadística recabada durante las Brigadas Comunitarias, para fines prácticos esto se realizó agrupando padecimientos generales según el cuadro sintematológico y naturaleza de la lesión en un mismo enfoque.

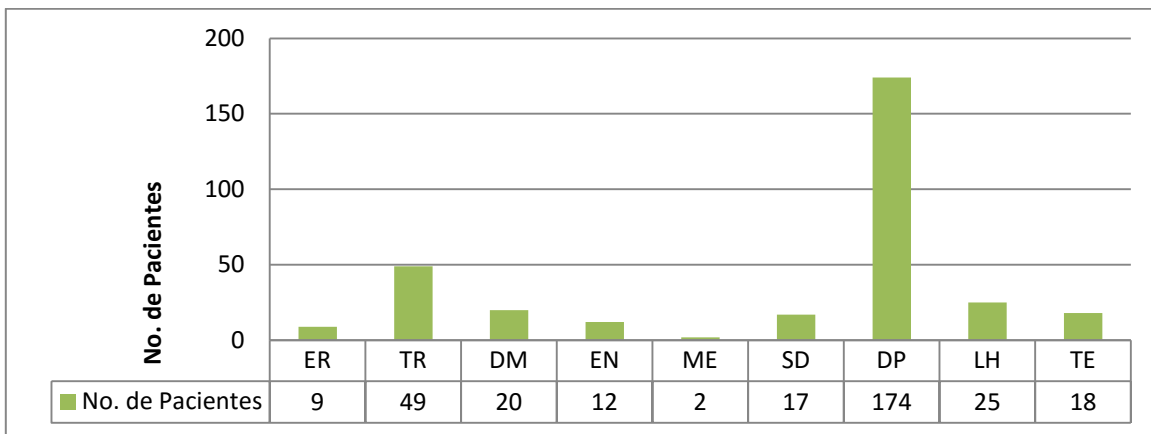
Para una mejor presentación de la gráfica se enlista la clasificación con sus adecuaciones, mismas que se muestran a continuación:

1. Enfermedades Reumatoides (ER)
2. Trastornos de la Rodilla (TR)
3. Deformidades adquiridas de los Miembros (DM)
4. Enfermedades musculares y de la Unión Neuromuscular (EN)
5. Malformaciones congénitas, deformaciones, afecciones durante el embarazo (ME)
6. Sin Alteraciones o sin Diagnóstico Fisioterapéutico (SD)
7. Dorsopatías (DP)
8. Lesiones del Hombro (LH)
9. Traumatismos y Entesopatías de los Miembros y/o otras articulaciones (TE)

En esta gráfica podemos observar el tipo de patologías atendidas durante el servicio de Brigadas Comunitarias, en la parte inferior de la gráfica se observa el número de pacientes clasificados en las patologías más destacadas, agrupamos para su representación a los traumatismos y Entesopatías y a los pacientes Sin Diagnóstico (SD), debido a que representan cada una un 5% de la población atendida, las malformación congénitas o durante el embarazo (ME) representan el 1% de los pacientes, las enfermedades neuromusculares (EN) con un 4%, mientras que por otra parte los Trastornos de Rodilla (TR) representan el 15%, las Deformidades

de los miembros (DM) ocupan un 6%, las lesiones del hombro (LH) contribuyen con un 8% y las enfermedades Reumatoides (ER) representan el 3% de la población total. Finalmente las Dorsopatías (DP) nos representan más de la mitad de los datos obtenidos con un 53% de pacientes atendidos. A continuación la Gráfica 23. Diagnóstico Fisioterapéutico

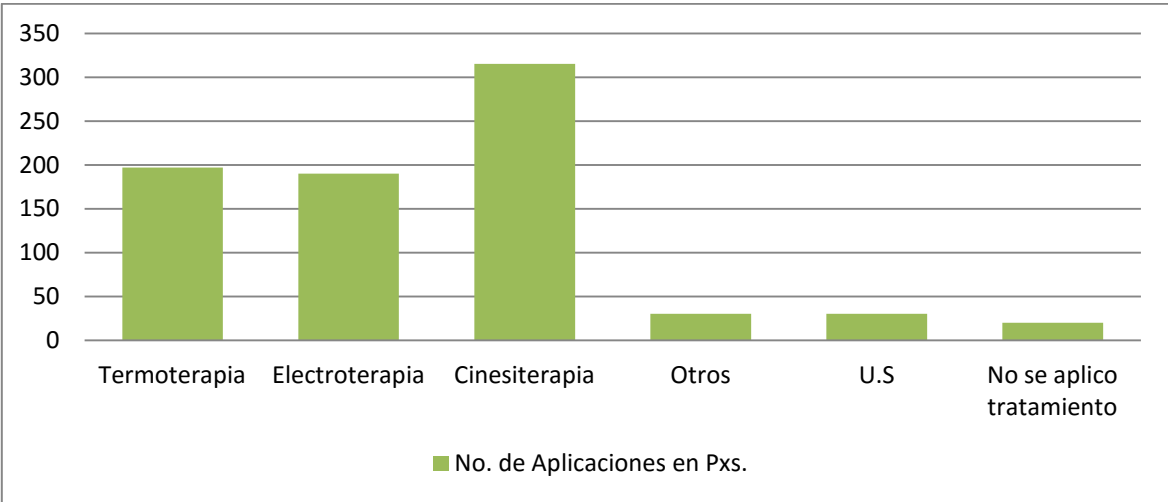
**Gráfica 23. Diagnóstico Fisioterapéutico**



La Gráfica 24 nombrada “Tratamiento fisioterapéutico”, señala el número de aplicaciones de cada uno de los tratamientos fisioterapéuticos implementados en la ciudad de Salvatierra.

En esta gráfica se muestra una representación del tipo de tratamiento fisioterapéutico abordado durante las Brigadas Comunitarias, la termoterapia tiene una aplicación en los pacientes atendidos representada con un porcentaje del 25%, se registró una aplicación de electroterapia del 24%, la aplicación de ultrasonido y de otros métodos terapéuticos generaron un porcentaje respectivo del 4%, la cinesiterapia y ejercicio ocupó el porcentaje mayor con un 40% total, mientras que el 3% restante de los pacientes no recibieron tratamiento. A continuación la Gráfica 24. Tratamiento fisioterapéutico

**Gráfica 24. Tratamiento fisioterapéutico**

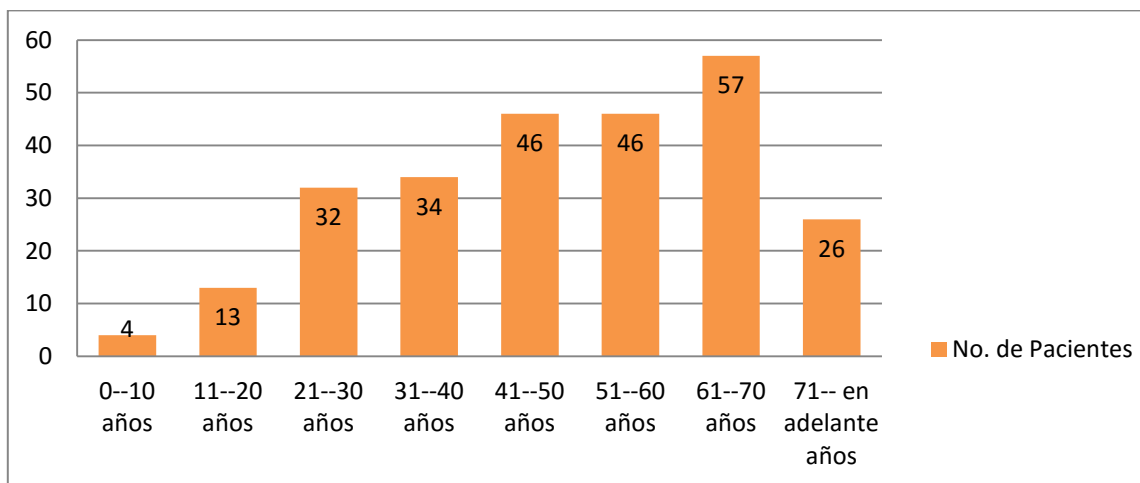


#### **4. JUVENTINO ROSAS**

La Gráfica 25 llamada “Edad”, muestra el número de pacientes atendidos en la ciudad de Juventino Rosas, clasificados según su edad, durante las Brigadas Comunitarias

Se hicieron grupos de edades para una mejor exposición de los datos anteriores, acumulando un total de 8 rangos, compuestos por 9 años cada uno, en los cuales podemos observar que entre los primeros 10 años de edad tenemos un porcentaje del 2% de las asistencias, seguidos de los 11 a los 20 años con un porcentaje del 5%, de los 21-30 años un 12%, de los 31-40 años presentan un 13%, el grupo de 41-50 años con un 18%, el rango de 51-60 años igualmente presenta un 18%, el porcentaje más alto lo componen de los 61-70 años con un 22% y finalmente de los 71 años en adelante se registró una asistencia del 10%. A continuación la Gráfica 25. Edad

**Gráfica 25. Edad**

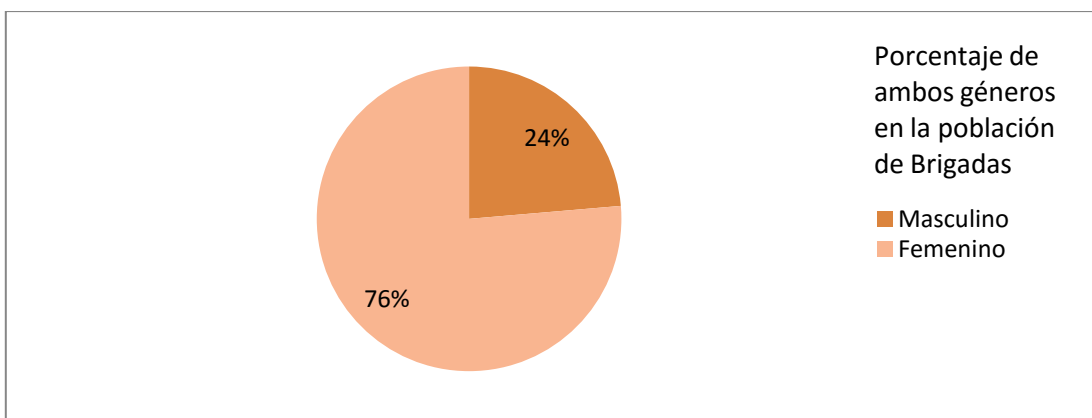


La Gráfica 26 nombrada “Género”, muestra el número de pacientes que acudieron al Servicio de Brigadas Comunitarias en la ciudad de Irapuato, divididos según el género

En la gráfica 26, podemos observar el índice de natalidad de los pacientes que acudieron a recibir atención en el Programa de Brigadas Comunitarias, se puede apreciar que la mayor parte de esta población, es nacida en la ciudad de Juventino Rosas, la cual ocupa un

porcentaje total del 87%, predisposición esperada por ser la ciudad anfitriona del programa, mientras que le siguen las ciudades aledañas como es el caso de Villagrán con 1% y Salamanca y Celaya, ocupando un 3% respectivamente. Finalmente se ilustran en otros todas las personas originarias de otras ciudades del país que forman un porcentaje total del 6% de las personas que acudieron a este servicio. A continuación la Gráfica 26. Género

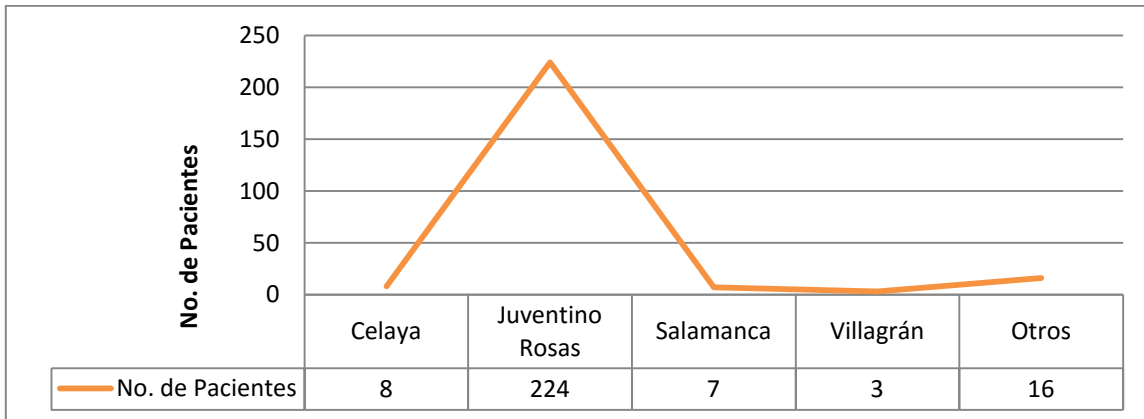
**Gráfica 26. Género**



La Gráfica 27 llamada “Lugar de nacimiento”, muestra el lugar de nacimiento de los pacientes que acudieron al servicio de Brigadas Comunitarias en la ciudad de Juventino Rosas

En la gráfica 27, podemos observar el índice de natalidad de los pacientes que acudieron a recibir atención en el Programa de Brigadas Comunitarias, se puede apreciar que la mayor parte de esta población, es nacida en la ciudad de Juventino Rosas, la cual ocupa un porcentaje total del 87%, predisposición esperada por ser la ciudad anfitriona del programa, mientras que le siguen las ciudades aledañas como es el caso de Villagrán con 1% y Salamanca y Celaya, ocupando un 3% respectivamente. Finalmente se ilustran en otros todas las personas originarias de otras ciudades del país que forman un porcentaje total del 6% de las personas que acudieron a este servicio. A continuación la Gráfica 27. Lugar de nacimiento

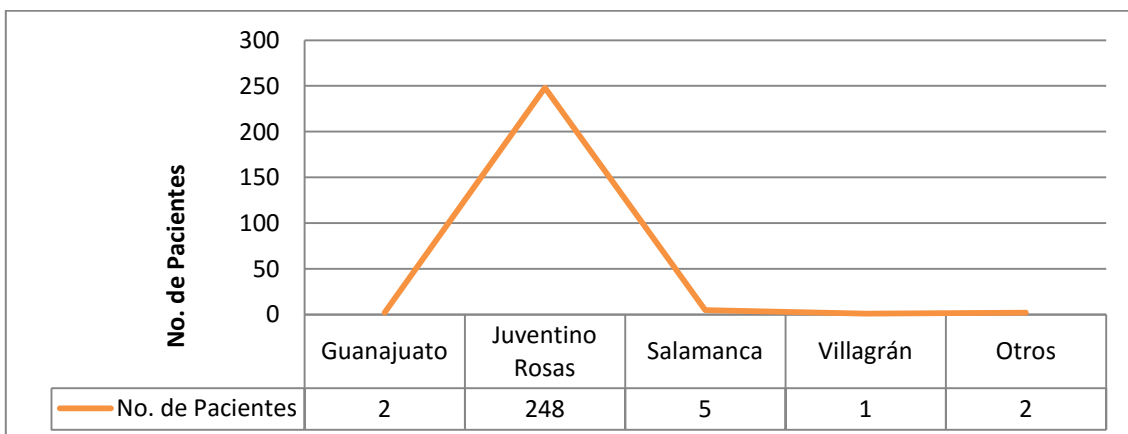
**Gráfica 27. Lugar de nacimiento**



La Gráfica 28 nombrada “Lugar de residencia”, nos muestra el lugar de donde proceden las personas que acudieron al servicio de Brigadas Comunitarias en la ciudad de Juventino Rosas

En la gráfica anterior se observa la población que acudió a recibir atención al servicio de Brigadas Comunitarias, se muestra la ciudad de residencia de donde más población acudió que es la ciudad de Irapuato ocupando el 96% de la población total de Brigadas, seguida por poblaciones aledañas como es el caso de Guanajuato con un 1% y Salamanca con un 2% de estos pacientes. Finalizando con la ciudad de Villagrán la cual aportó el porcentaje más bajo y la agrupación de otros, la cual representa a los pacientes que acudieron de distintas ciudades a las ya nombradas con un 1%. A continuación la Gráfica 28. Lugar de residencia

**Gráfica 28. Lugar de residencia**





La Tabla 29 nombrada “Clasificación de Ocupaciones de los Pacientes de Brigadas Comunitarias”, nos hace un muestreo de las distintas actividades de los pacientes atendidos en el Programa de Servicio Social de Brigadas Comunitarias en la ciudad de Juventino Rosas

Para poder realizar esta tabla se basó en el Sistema Nacional de Clasificación de Ocupaciones (SINCO) 2011, basada en la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO) 2008, de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el cual cataloga todas las ocupaciones y empleos en nuestro país. Se divide en nueve puntos, los cuales están evaluados desde el más alto rango de estudios, conocimientos y habilidades, hasta la última considerada.

#### División

- 1) Funcionarios, Directivos y Jefes
- 2) Profesionistas y Técnicos
- 3) Trabajadores auxiliares en actividades administrativas
- 4) Comerciantes, empleados en ventas y agentes de ventas
- 5) Trabajadores en servicios personales y vigilancia
- 6) Trabajadores en actividades agrícolas, ganaderas, forestales, caza y pesca
- 7) Trabajadores artesanales
- 8) Operadores de maquinaria industrial, ensambladores, choferes y transporte
- 9) Trabajadores en actividades elementales y de apoyo

Como se puede observar en la Tabla 29, desglosamos cada una de las ocupaciones según el número de pacientes clasificados en cada uno de ellos, de manera porcentual, se puede describir que los números 4 y 12 aportan el porcentaje más bajo, el 1 y 5 contribuyen cada una con el 1% de la población total, el número 2 representa el 5%, el número 3 ocupa el 3% de esta población, el número 6 el 6%, el número 11 representa por su parte el 7% y los números 7, 8 y 10 el 2% respectivamente, mientras que el número 9 se ubica con el porcentaje más alto contribuyendo con un 71% de la población total, lo que la ubica como la mayoría de la misma. Cabe mencionar que en el rubro número 9 se tomó en cuenta la población de amas de

casa que acudió a recibir este servicio. A continuación la Tabla 29. Clasificación de ocupaciones de los pacientes de brigadas comunitarias

**Tabla 29. Clasificación de ocupaciones de los pacientes de brigadas comunitarias**

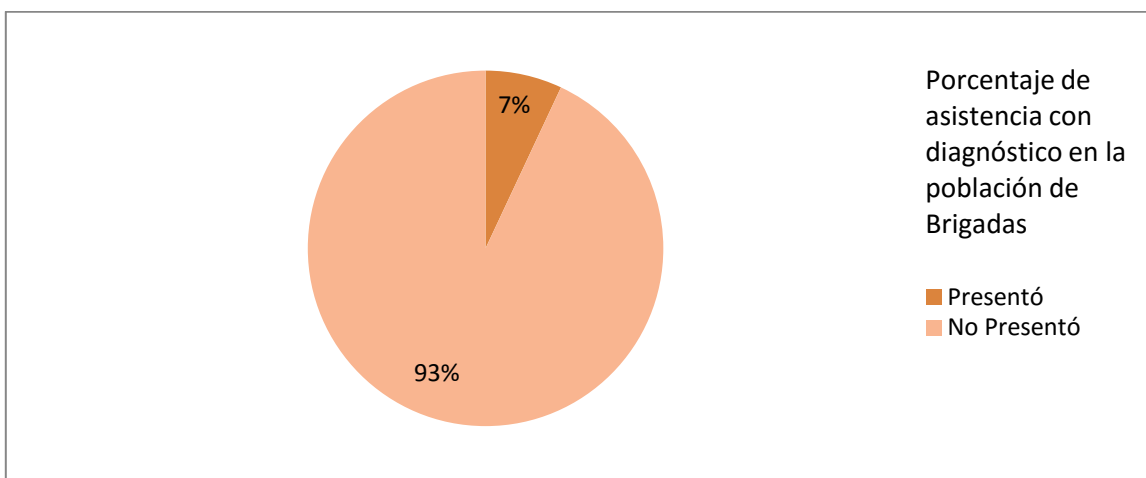
1) Funcionarios, Directivos y Jefes	2
2) Profesionistas y Técnicos	13
3) Trabajadores auxiliares en actividades administrativas	6
4) Comerciantes, empleados en ventas y agentes de ventas	0
5) Trabajadores en servicios personales y vigilancia	3
6) Trabajadores en actividades agrícolas, ganaderas, forestales, caza y pesca	15
7) Trabajadores artesanales	6
8) Operadores de maquinaria industrial, ensambladores, choferes y transporte	6
9) Trabajadores en actividades elementales y de apoyo	184
10) Jubilados y/o Desempleados	6
11) Estudiantes	17
12) Descartados o Desconocidos	0

\*La Clasificación anterior ha sido modificada para poder incluir otras ocupaciones no mencionadas anteriormente, como es el caso de los estudiantes, pensionados y/o desempleados y descartados o desconocidos.

La Gráfica 30 nombrada “Diagnóstico médico”, muestra el porcentaje del conocimiento de un Diagnóstico médico referido previo a una intervención fisioterapéutica, entre los pacientes de Brigadas Comunitarias en la ciudad de Juventino Rosas

En el gráfico 30, podemos observar la diferencia notable entre las personas que acudieron al Servicio de Brigadas Comunitarias con un conocimiento previo y Diagnóstico de algún médico profesional refiriéndolos entonces a rehabilitación, encontramos que la mayoría de los pacientes, los cuales ocupan un 93%, acuden sin un diagnóstico previo al servicio, este porcentaje es una representación grafica de los 240 pacientes atendidos, por otra parte la minoría que representa el porcentaje restante está conformado por 18 pacientes. A continuación la Gráfica 30. Diagnóstico médico

**Gráfica 30. Diagnóstico médico**



Gráfica 31 nombrada “Diagnóstico Fisioterapéutico”, en la cual se muestran las patologías abordadas con un diagnóstico fisioterapéutico en la ciudad de Juventino Rosas

Para la realización de la siguiente gráfica se tomó como base la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10), adaptando ciertos subgrupos de la clasificación para poderse adecuar a la estadística recabada durante las Brigadas Comunitarias, para fines prácticos esto se realizó agrupando padecimientos generales según el cuadro sintematológico y naturaleza de la lesión en un mismo enfoque.

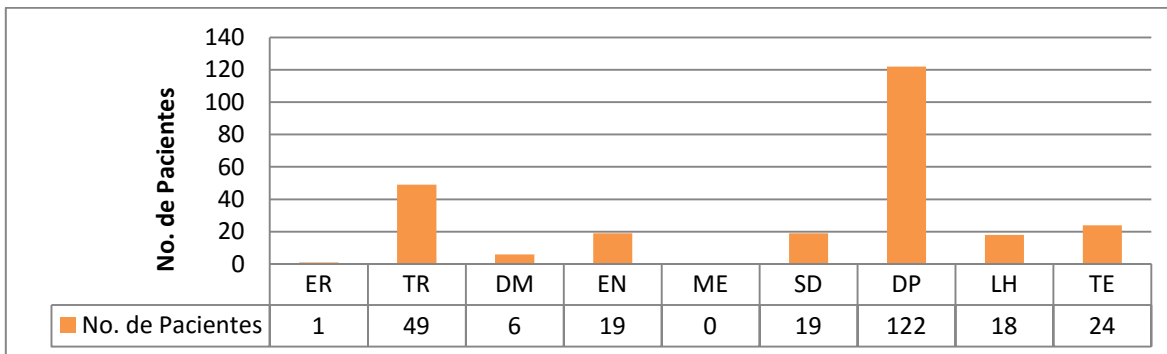
Para una mejor presentación de la gráfica se enlista la clasificación con sus adecuaciones, mismas que se muestran a continuación:

1. Enfermedades Reumatoides (ER)

2. Trastornos de la Rodilla (TR)
3. Deformidades adquiridas de los Miembros (DM)
4. Enfermedades musculares y de la Unión Neuromuscular (EN)
5. Malformaciones congénitas, deformaciones, afecciones durante el embarazo (ME)
6. Sin Alteraciones o sin Diagnóstico Fisioterapéutico (SD)
7. Dorsopatías (DP)
8. Lesiones del Hombro (LH)
9. Traumatismos y Entesopatías de los Miembros y/o otras articulaciones (TE)

En esta gráfica podemos observar el tipo de patologías atendidas durante el servicio de Brigadas Comunitarias, en la parte inferior de la gráfica se observa el número de pacientes clasificados en las patologías más destacadas, agrupamos para su representación a los pacientes Sin Diagnóstico (SD) con las Lesiones del Hombro (LH) debido a que representan cada una un 7% de la población atendida, las malformación congénitas o durante el embarazo (ME) representan el más bajo porcentaje de los pacientes, las enfermedades neuromusculares (EN) con un 8%, mientras que por otra parte los Traumatismos y Entesopatías (TE) representan el 9%, las Deformidades de los miembros (DM) ocupan un 2%, las lesiones del hombro (LH) contribuyen con un 8% y las enfermedades Reumatoides (ER) representan el 1% de la población total. Finalmente las Dorsopatías (DP) nos representan más de la mitad de los datos obtenidos con un 47% de pacientes atendidos. A continuación la Gráfica 31. Diagnóstico Fisioterapéutico.

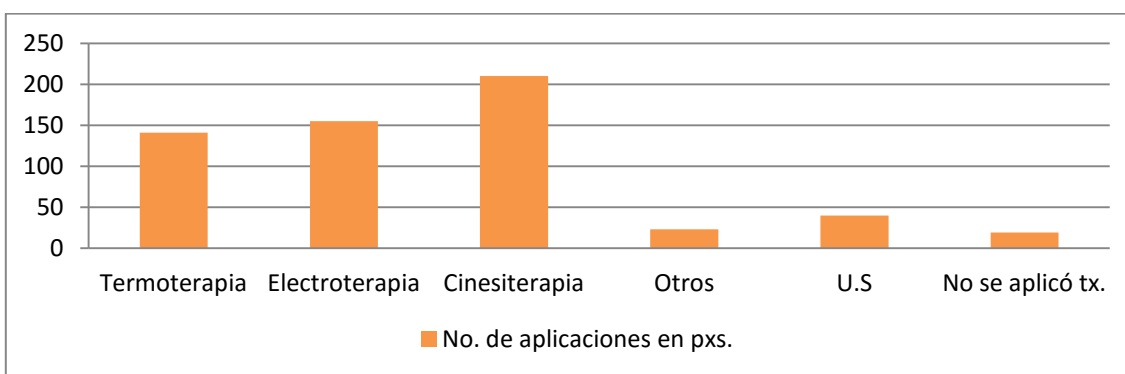
**Gráfica 31. Diagnóstico Fisioterapéutico**



La Gráfica 32 nombrada “Tratamiento fisioterapéutico”, señala el número de aplicaciones de cada uno de los tratamientos fisioterapéuticos implementados en la ciudad de Juventino Rosas

En esta gráfica se muestra una representación del tipo de tratamiento fisioterapéutico abordado durante las Brigadas Comunitarias, la termoterapia tiene una aplicación en los pacientes atendidos representada con un porcentaje del 24%, se registró una aplicación de electroterapia del 26%, la aplicación de ultrasonido con un 7% y de otros métodos terapéuticos generaron un porcentaje del 4%, finalmente la cinesiterapia y ejercicio ocupó el porcentaje mayor con un 36% total, mientras que el 3% restante de los pacientes no recibieron tratamiento. A continuación la Gráfica 32. Tratamiento fisioterapéutico.

**Gráfica 32. Tratamiento fisioterapéutico**



## Capítulo 5. Discusión

### 1. Discusión General

En esta parte de la investigación se realizó el proceso de discusión la cual fue dividida en cinco ejes de reflexión los cuales se nombran a continuación:

- Edad, género y ocupaciones
- Lugar de nacimiento y residencia
- Diagnóstico Fisioterapéutico
- Diagnóstico médico
- Tratamiento Fisioterapéutico

#### **Edad, género y ocupaciones**

En este estudio, se encontró una mayor presencia por parte del sector femenino, principalmente trabajadoras de actividades elementales y de apoyo, así como una asistencia en pacientes que se encuentran ubicados en rangos de edad mayores o añosos. Comparado con el estudio que realizó Saiz Llamosas, Et al., en 2013, se asemeja destacando la asistencia de una población añosa con respecto a servicios de salud; por otra parte, Frau Escales, Et al., en 2012, encontraron que de una población atendida por problemas musculo esqueléticos, había un porcentaje mayor de pacientes del sexo femenino, lo cual es un hallazgo en esta investigación. <sup>[30,27]</sup>

#### **Lugar de nacimiento y residencia**

Durante la revisión de los datos obtenidos, se encontró que había una relación sobre la asistencia de pacientes al servicio con respecto al lugar de nacimiento y residencia, así como de igual manera, Valle Roy, Et al., en 2014, encontraron que la población presenta una

mayor disposición de asistencia a un servicio, cuando se encuentra cercano y accesible al lugar de origen.<sup>32</sup>

### **Diagnóstico fisioterapéutico**

Durante el servicio de Brigadas, se registró una asistencia considerable de pacientes con patologías de la Columna Vertebral o Dorsopatías. Situación que difiere con otro estudio realizado por López Liria, Et al., en 2009, donde se destacan abordajes hacia otras patologías como: secuelas de inmovilización, fracturas de cadera, eventos cerebro vasculares, prótesis de rodilla o cadera, EPOC, enfermedad de Alzheimer, pacientes amputados de miembros inferiores, fracturas de húmero y enfermedad de Parkinson. De igual manera Frau Escales, Et al., en 2012, registraron en otro estudio, la prevalencia de asistencias orientados con lesiones de hombro. Lo que indica que habrá factores externos para poder determinar el tipo de padecimientos de cada población. [<sup>19,27</sup>]

### **Diagnóstico médico**

Otro dato relevante en este estudio, fue la asistencia de pacientes que carecían de un diagnóstico médico, se encontró que la mayor parte de los pacientes no contaban con uno previo a la valoración en Brigadas Comunitarias. Esta relevancia, se intenta explicar por parte de Berenzon Gorn, Et al., en 2006, quienes señala que hay múltiples razones para explicar la inasistencia a la consulta; se señala que existe un gran progreso en materia de salud, pero también ha habido una disminución en la calidez y en el trato, por parte del personal de la salud, dejando a un lado los problemas humanistas y de atención. Este hallazgo es una situación que causa impacto y que inclusive habría que estudiarse más adelante para poder esclarecer las variables o factores que terminen esta situación.<sup>18</sup>

## **Tratamiento fisioterapéutico**

Finalmente y cerrando estos ejes de reflexión, ubicamos el uso del ejercicio terapéutico o cinesiterapia como el tratamiento más utilizado por Fisioterapia, durante el servicio de Brigadas Comunitarias. Este proceso coincide con Saiz Llamosas, Et al., en 2013, quienes en un estudio, al tratar a pacientes mayores con prevalencia de caídas, descubrieron que había una mejoría considerable en pacientes que habían recibido tratamiento orientado al ejercicio y a la movilidad específica: como marcha, coordinación y equilibrio.<sup>26</sup>



## Capítulo 6. Conclusiones

### 1. Conclusiones por Ciudad

A continuación se muestran cada una de las conclusiones divididas según la ciudad respectiva

#### Irapuato

- Los grupos de edad que más acudieron fueron de 30 hasta 60 años
- En género, existe una predisposición en la asistencia femenina contra la masculina.
- En la información encontrada sobre las ciudades de nacimiento y de residencia, arroja que Irapuato como ciudad sede del servicio, conto con la mayoría de las asistencias en cada uno de estos registros.
- En ocupación, se muestra que el mayor número de personas que acudieron al servicio de Brigadas se compone de personas que desempeñan labores o prestan servicios específicos.
- La mayoría de la población que acudió al servicio, no presentó un diagnóstico médico previo
- En el registro de patologías abordadas, la mayor parte de la población acudía por dorsopatías.
- El tratamiento que más se aplicó fue cinesiterapia y ejercicio

#### Celaya

- Los grupos de edad que más acudieron fueron de 41 hasta 50 años
- En género, existe una predisposición en la asistencia femenina contra la masculina.
- En la información encontrada sobre las ciudades de nacimiento, arroja que Celaya como ciudad sede del servicio, conto con la mayoría de las asistencias en cada uno de estos registros. Por otro lado, en las ciudades de residencia, el conjunto de las demás ciudades superó la asistencia de Celaya
- En ocupación, se muestra que el mayor número de personas que acudieron al servicio de Brigadas se compone de personas que desempeñan labores o prestan servicios específicos.

- La mayoría de la población que acudió al servicio, no presentó un diagnóstico médico previo
- En el registro de patologías abordadas, la mayor parte de la población acudía por dorsopatías.
- El tratamiento que más se aplicó fue cinesiterapia y ejercicio

### **Salvatierra**

- Los grupos de edad que más acudieron fueron de 51 hasta 60 años
- En género, existe una predisposición en la asistencia femenina contra la masculina.
- En la información encontrada sobre las ciudades de nacimiento y de residencia, arroja que Irapuato como ciudad sede del servicio, conto con la mayoría de las asistencias en cada uno de estos registros.
- En ocupación, se muestra que el mayor número de personas que acudieron al servicio de Brigadas se compone de personas que desempeñan labores o prestan servicios específicos.
- La mayoría de la población que acudió al servicio, no presentó un diagnóstico médico previo
- En el registro de patologías abordadas, la mayor parte de la población acudía por dorsopatías.
- El tratamiento que más se aplicó fue cinesiterapia y ejercicio

### **Juventino Rosas**

- Los grupos de edad que más acudieron fueron de 61 hasta 70 años
- En género, existe una predisposición en la asistencia femenina contra la masculina.
- En la información encontrada sobre las ciudades de nacimiento y de residencia, arroja que Irapuato como ciudad sede del servicio, conto con la mayoría de las asistencias en cada uno de estos registros.
- En ocupación, se muestra que el mayor número de personas que acudieron al servicio de Brigadas se compone de personas que desempeñan labores o prestan servicios específicos.
- La mayoría de la población que acudió al servicio, no presentó un diagnóstico médico previo
- En el registro de patologías abordadas, la mayor parte de la población acudía por dorsopatías.
- El tratamiento que más se aplicó fue cinesiterapia y ejercicio

## 2. Conclusión General

A continuación se expone una conclusión general en la que hablaremos de las cuatro ciudades en conjunto con rubros que involucran a cada una destacando aspectos importantes:

- La edad de la población que más asistió al servicio oscilo entre los 40 años y hasta los 70 o más. Irapuato se ubica como la ciudad con la población más joven y Juventino Rosas como la ciudad con población más añosa.
- En los datos recabados sobre el género, se destacó la asistencia del género femenino sobre el masculino.
- Las ciudades anfitrionas fueron las que reportaron un mayor porcentaje de asistencia de personas nacidas, en el mismo lugar
- En los datos recabados del lugar de residencia de los pacientes que se atendieron, se destacó una asistencia mayor comparada con las demás ciudades de las que acudieron
- En la tabla de ocupaciones, se registró una asistencia en su mayoría de trabajadores en actividades elementales y de apoyo, esto representó el sector de la población con más índice de presencia durante el servicio.
- Otro dato relevante encontrado fue la mayor predisposición de la gente que acudió sin tener un diagnóstico médico, el porcentaje total de los datos nos arroja un 91.5% de esta población.
- Se registró que la patología con más prevalencia fueron las enfermedades referentes a Columna Vertebral o Dorsopatías.
- El tratamiento que se utilizó con más frecuencia en las ciudades visitadas por el Programa de Servicio Social, fue la Cinesiterapia o Ejercicio Terapéutico.

## Bibliografía

1. Hernández J., Ponce E., Pinales M., V. Carmen. Atención Primaria en Salud. En Promoción y Educación para la Salud en Odontología. 4ta. ed. México: Manual Moderno; 2014.
2. Johnson R., Kuby P. Estadística Elemental: Lo esencial. (Traducido al español). 20a ed. Inglaterra: CENGAGE Learning; 2008.
3. Izquierdo G. Ámbito de Actuación de los Fisioterapeutas. En Bases Teóricas y Fundamentos de la Fisioterapia. 10ª ed. España: Panamericana; 2007.
4. Carabaloso M., Curbelo G., Acosta A., Sigarreta M., Adán O. Fundamentos Teóricos. En Fundamentos de la Salud Pública 10ª ed. La Habana: Ciencias Médicas; 2005.
5. Barragán H. Lineamientos de la Historia de la enfermedad y de la medicina occidental. En Fundamentos de la Salud Pública 7ª ed. La Plata: Universidad Nacional de la Plata; 2007.
6. Reina C., Chavarro P. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad: enfoque en salud familiar. 2ª ed. Bogotá: Médica Internacional; 2004.
7. Fuentes M. La experiencia mexicana en salud pública. Oportunidad y rumbo para el tercer milenio 4ª ed. México: INSP libros; 2006.
8. Alba R., Morales P. Salud Pública y Medicina Preventiva. 10ª ed. México: Manual Moderno; 2012.
9. Guzmán R., Albarrán J., Altamirano L. Promoción de la salud en el ciclo de la vida. 7ª ed. México: Mc Graw Hill; 2012.
10. Zurro A., Pérez J., Badía J., La Salud de la comunidad. Atención Primaria orientada a la comunidad (APOC). En Atención Primaria. Principios, organización y métodos en medicina de familia. 3ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2014.
11. Gutiérrez J., Ávila M. Cobertura de protección en salud y perfil de la población sin protección en México. INSP revista. 2013; 55.sup. 2.
12. Sampieri R., Collado C., Lucio P. Metodología de la Investigación 1ª ed. México: Mc Graw Hill; 1997.
13. Pineda E., Alvarado E., Canales F. Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud. 2ª ed. EUA: Organización Panamericana de la salud; 1986.
14. Arredondo S., Mori E., Colchero M., Rodríguez B., Rubí S. Análisis del uso de servicios ambulatorios curativos en el contexto de la reforma para la protección universal en salud en México. INSP revista. 2013; 56.(1).18-31.
15. Morales H., Hernández S., Valenzuela A., Ramírez J., Ramírez C., Wirtz V., Cuevas R. Percepción de los usuarios sobre la calidad de la atención ambulatoria en servicios de salud en México. INSP revista. 2013; 55.sup.2.
16. Nigenda G., Ortega M., Matarazzo C., Ramírez C., La atención de los enfermos y discapacitados en el hogar. Retos para el sistema de salud mexicano. INSP revista. 2007; 49. (4).286-294.
17. Rabanal J., Rodríguez J., Castillo L., Aportes de la capacitación a la promoción de la salud en los Servicios Estatales de Salud: análisis comparativo en ocho estados de México. INSP revista. 2013; 55(3).285-293.
18. Gorn S., Sugiyama E., Guadarrama L. Enfermedades y padeceres por los que se recurre a terapeutas tradicionales de la Ciudad de México. INSP revista. 2006; 48(1).45-56.

19. Liria R., Góngora D., Matamoros D., López C., Fernández P., Corteza M., Ortega F. Análisis de la actividad en las unidades móviles de rehabilitación-fisioterapia en atención primaria. Elsevier España. 2009; 42. 278-283.
20. Llamosas J., Álvarez A., Garibay V. Participación de los fisioterapeutas de Atención Primaria en las reuniones de los equipos de los centros de salud en Castilla y León. Fisioterapia. 2007.29 (4).164-170
21. Bernal J. Análisis de las acciones del fisioterapeuta en la ejecución de la política de salud pública en el hospital de SUBA empresa social del estado II nivel. (Título de pregrado). Bogotá D.C. Escuela superior de administración pública especialización en gestión pública. 2010.
22. Henarejosa A., Jordana M., Olmóc L., Hernández R., Vidal J. Valoración de aspectos objetivos y subjetivos en las percepciones de la calidad de los pacientes con cervicalgia mecánica que han recibido fisioterapia en centros de atención primaria. Elsevier España. 2011.33 (4).135-144.
23. Carvalho R., Bueno V., Casas P., Solís R. Fisioterapia en las unidades de apoyo de los Equipos de Atención Primaria de Salud. Elsevier España.2014. 36(2), 81-86.
24. Pérez R., Ruiz A., Sánchez M., García P. Organización de la actividad asistencial del fisioterapeuta en salas de Atención Primaria. Elsevier España. 2007. 30(6), 273–278.
25. Gamay Z., Conesa A. Revisiones sistemáticas de estudios epidemiológicos. Un instrumento para la evidencia en fisioterapia. Elsevier España. 2009. 32(1), 25–32.
26. Escales P., Vilar J., Camacho C. La fisioterapia en atención primaria: estudio en la ciudad de Valencia. Elsevier España. 2011. 33(4), 166-172.
27. Escales P., Revert Y., Fuentes F., Ámerigo E., Sanz A. Trastornos músculo-esqueléticos del hombro en atención primaria. Estudio de prevalencia en un centro de la Agencia Valenciana de Salud. Elsevier España. 2012 35(1), 10-17.
28. Asociación Española de Fisioterapeutas. La cartera de servicios de Fisioterapia en atención primaria en España. Elsevier España. 2012. 34(4), 137-139.
29. Llamosas J., Vicente V., Álvarez H. Impacto de un programa de fisioterapia en atención primaria en las personas mayores, con antecedentes de caídas. Elsevier España. 2013. 36(3), 103-109.
30. Llamosas J., Vicente V.,Solla N., Rebollar T. Prevalencia de caídas, consumo de fármacos, presencia de enfermedades y calidad de vida de las personas mayores que viven en la comunidad. Elsevier España. 2013 36(4), 153-159.
31. Vargas A., Alcázar M., Valero R., Grande M., Ruíz M., Fernández J. Etapas del cambio en personas inactivas tras un programa de promoción de la actividad física en Atención Primaria. Elsevier España. 2014. 36(6), 274-279.
32. Roy M., Domínguez J. Actividad asistencial y factores diferenciadores de las Unidades de Fisioterapia de un Área Sanitaria. Elsevier España 2014.37 (1), 15-20.
33. Ministerio de Salud y Deporte, Programa EXTENSA, Manual de Procedimientos Administrativos Brigadas Integrales de Salud, La Paz, Bolivia: MOH June 2003.

# Anexos

## Anexo 1.

No	ACTIVIDADES:	SEMANAS																											
		Agosto				Septiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre				Enero				Febrero			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	28	29
1	Inicio de Tesis	■																											
2	Marcación de Pautas Iniciales		■																										
3	Permisos para uso de Recursos			■																									
4	Entrevistas y entrega de recursos				■																								
5	Recolección de Bibliografía					■	■	■	■																				
6	Revisión de Bibliografía									■	■	■	■																
7	Elaboración del Marco Teórico												■	■	■	■	■												
8	Elaboración de Instrumentos																	■	■										
9	Recolección de Datos																		■	■	■								
10	Procesamiento de Datos																					■	■	■					
11	Manejo de Resultados																							■	■				
12	Estructuración de Estudio																								■	■			
13	Metodología																									■			
14	Discusión y Conclusiones																										■		
15	Presentación de Avance de Investigación																											■	
16	CIERRE																											■	

Dra. Aline Cristina Cintra Viveiro

Coordinadora de la Carrera de Fisioterapia de la ENES UNAM

Presente:

Yo, Alejandro Barrera Paniagua pasante de la licenciatura en Fisioterapia, actualmente me encuentro desarrollando mi trabajo de Tesis requisito para obtener grado de Titulación.

Por medio de la presente me permito solicitar a usted se me autorice el uso de material generado durante la realización de mi Servicio Social Universitario en el Programa de Brigadas Comunitarias Interdisciplinarias del periodo Agosto 2014-Marzo 2015 abarcando las ciudades de Irapuato, Celaya, Salvatierra y Juventino Rosas.

Esto con el fin de incluir información recabada en éstos, para la realización de mi trabajo de grado titulado: "Análisis Estadístico de pacientes que recibieron atención Fisioterapéutica en Brigadas Comunitarias Interdisciplinarias ENES UNAM 2014-2015", bajo la tutoría del Dr. Mauricio Alberto Ravelo Izquierdo.

Entre la información que pienso recabar de este material se encuentran algunos datos epidemiológicos para mi análisis entre los que menciono: edad, sexo, lugar de nacimiento y de vivienda, ocupación, estado civil, número de hijos, antecedentes patológicos heredofamiliares y personales, diagnóstico y tratamiento fisioterapéutico.

Estos datos serán utilizados para poder analizar el servicio prestado así como las características de la población atendida.

De antemano muchas gracias por la atención

Atentamente:

Alejandro Barrera Paniagua



Escuela  
Nacional de  
Estudios  
Superiores  
Unidad León

**HISTORIA CLÍNICA DE FISIOTERAPIA**

**BRIGADAS COMUNITARIAS**

BIGADA COMUNITARIAS \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_ FOLIO \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

LUGAR DE RESIDENCIA \_\_\_\_\_ LUGAR DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_ NÚMERO DE HIJOS \_\_\_\_ ESCOLARIDAD \_\_\_\_\_

PROFESIÓN \_\_\_\_\_ HORARIO DE TRABAJO \_\_\_\_\_

OCUPACIÓN \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_

TELÉFONO CASA \_\_\_\_\_ TELÉFONO MÓVIL \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS**

TABAQUISMO	SI/NO	_____
ALCOHOLISMO	SI/NO	_____
FARMACODEPENDENCIA	SI/NO	_____
ACTIVIDAD FÍSICA O DEPORTE	SI/NO	_____
PESO		_____
TALLA		_____
FRECUENCIA RESPIRATORIA		_____
FRECUENCIA CARDIACA		_____
TENSION ARTERIAL		_____

**ANTECEDENTES PATOLÓGICO FAMILIARES**

METABÓLICOS	_____
ONCOLÓGICOS	_____
CARDIOCIRCULATORIOS	_____
NEUROLÓGICOS	_____
PSIQUIATRICOS Y/O PSICOLÓGICOS	_____
REUMATOLÓGICOS	_____
OTROS	_____

**ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS**

		TIPO	EVOLUCIÓN	CONTROLADO CON	MÉDICO/HOSPITAL TRATANTE
ALERGIAS	SI/NO				
ENF. ONCOLÓGICAS	SI/NO				
ENF. METABÓLICAS	SI/NO				
ENF. CARDÍACAS	SI/NO				
ENF. RESPIRATORIAS	SI/NO				
ENF. RENALES	SI/NO				



ENF. PSICOLÓGICAS	SI/NO				
/PSIQUIÁTRICAS	SI/NO				
ENF. DÉRMICAS	SI/NO				
ENF. INFECCIOSAS	SI/NO				
ENF. CIRCULATORIAS	SI/NO				
ENF. ORTOPÉDICAS	SI/NO				
TRAUMÁTICAS	SI/NO				
ENF. REUMATOLÓGICA	SI/NO				
ENF. NEUROLÓGICAS	SI/NO				
OTRAS	SI/NO				

### VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA INICIAL

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD (MOTIVO DE VISITA, INICIO, INTENSIDAD DOLOR, COMPORTAMIENTO DE DOLOR, ETC)

---



---



---



---



---

OBSERVACIÓN

---



---



---

INSPECCIÓN

---



---



---

PALPACIÓN

---



---



---

ARCOS DE MOVIMIENTO

---



---



---

EXÁMEN CLÍNICO MUSCULAR

---



---



---



---

REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS

---



---



---

DERMATOMAS

---

---

---

PRUEBAS ESPECIALES ORTOPÉDICAS

---

---

---

---

PRUEBAS ESPECIALES NEUROLÓGICAS

---

---

---

---

VALORACIÓN MARCHA

---

---

---

---

VALORACIÓN POSTURAL

---

---

---

---

---

IMAGENOLOGÍA

---

---

---

DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÉUTICO (FUNCIONAL)

---

---

---

PRONÓSTICO FISIOTERAPEUTICO

---

---

---

DIAGNÓSTICO MÉDICO

---

---

---

OBJETIVOS PARA EL TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO

---

---

---

---

---

---

OBSERVACIONES (PRECAUCIONES, FECHA DE SIGUIENTE VALORACIÓN, FASES, PENDIENTES; ORIENTACIONES):

---

---

---

REALIZÓ VALORACIÓN (Nombre y firma)

---

---

AUTORIZÓ VALORACIÓN

---

TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

AUTORIZÓ TRATAMIENTO

---

PACIENTE O RESPONSABLE (Nombre y firma)

---

COMENTARIOS: