

**APLICACIONES DE LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL  
FUNCIONAMIENTO, LA DISCAPACIDAD Y LA SALUD EN COLOMBIA**

**INVESTIGACIÓN INSTITUCIONAL**

**Olga Pastrán Alfonso**

**Carlos Quintero Valencia**

**Zoraida Ríos Osorio**

**Carlos Alberto Pérez Gómez**

**(Autores)**

**ESCUELA COLOMBIANA DE REHABILITACIÓN**

**DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN**

**GRUPO DE INVESTIGACIÓN CAPACIDADES HUMANAS, SALUD E INCLUSIÓN**

**NOVIEMBRE DE 2016**

**Tabla de contenido**

Resumen ejecutivo	1
Problema de investigación	3
Marco de referencia	7
Método	24
Resultados	26
Conclusiones	
Referencias	

**Índice de tablas**

Tabla 1. Distribución de las instituciones y profesiones que investigado empleando la CIF desde los componentes de interés en este estudio	27
Tabla 2. Años de publicación de los estudios incluidos en el análisis	28
Tabla 3. Tipos de estudios	29
Tabla 4. Diseños / métodos de investigación reportados	29
Tabla 5. Versión de la CIF empleada en los estudios recopilados	30
Tabla 6. Componentes de la CIF empleados en los estudios revisados	31
Tabla 7. Distribución de los participantes de los estudios según franja etaria y ciclo vital	32
Tabla 8. Instrumentos derivados de la CIF	33
Tabla 9. Instrumentos diferentes derivados de la CIF	34
Tabla 10. Aplicaciones de la CIF según ámbito	35
Tabla 11. Usos de la CIF en el ámbito clínico	36
Tabla 12. Instrumentos demográficos referenciados	39
Tabla 13. Descripción de los artículos del ámbito estadístico	41
Tabla 14. Objetivo de los estudios de investigación en el ámbito estadístico	43
Tabla 15. Componentes de la CIF incluidos en el ámbito educativo	46
Tabla 16. Población que participó en los estudios educativos	46
Tabla 17. Identificación de los artículos según información de publicación	47
Tabla 18. Objetivos de los artículos sobre política social	49
Tabla 19. Versión de la CIF empleada para política Social	50
Tabla 20. Componentes de la CIF empleados en política social	50
Tabla 21. Instrumentos creados en Colombia a partir de la CIF para política social	51

**Índice de figuras**

Figura 1. Modelo lineal del proceso enfermedad-discapacidad	10
Figura 2. Modelo de discapacidad según la CIF (OMS, 2001)	16
Figura 3. Preguntas del registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad	40

**Índice de anexos**

Anexo A. Componentes de la matriz de recolección de información

Pag

64

## **Aplicaciones de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la discapacidad y la salud en Colombia**

### **Resumen**

Este proyecto se constituyó en una revisión documental que exploró la aplicación de la CIF en el contexto nacional colombiano, como herramienta clínica, académica, estadística, de política social, y de investigación; durante el periodo comprendido entre los años 2002 a 2015.

Como antecedente de la presentación de esta propuesta es importante mencionar que surgió a partir de la idea que la profesora Olga Pastrán presentó como requisito para su formación como “Instructor Internacional en el uso de la CIF”, realizada con el aval de la OPS, la OMS y el Ministerio de salud de Chile en noviembre 2014, previo aval de la Escuela Colombiana de Rehabilitación.

Para la realización del proyecto se propuso un estudio descriptivo tipo revisión documental, que dio cuenta del grado de implementación de la clasificación desde su publicación hasta la fecha, utilizando como fuentes de información artículos de investigación, documentos de política, y documentos de literatura gris (a los cuales se tuvo acceso), generados por instituciones universitarias, entes territoriales y diferentes sectores de desarrollo social.

Esta investigación se realizó en alianza con “El Comité de Rehabilitación” ubicado en Medellín, el cual cuenta con profesionales con experticia en la aplicación de la clasificación en Colombia.

Los aportes de esta investigación son un punto de partida para documentar usos de la CIF en Latinoamérica, y además, soportan construir una línea base institucional para la apropiación de la clasificación y sus instrumentos derivados ya sea para la formación, la investigación o la proyección social.

Palabras clave: Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, Utilización, Investigación, academia, clínica.

### **Problema de investigación**

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y La Salud fue publicada por la Organización Mundial de la Salud en 2001 y aprobada para su uso internacional por la 54a Asamblea Mundial de la Salud, en la resolución WHW54.21, en dicha asamblea se instó también a los Estados Miembros para que usaran la CIF en sus investigaciones, evaluaciones e informes promoviendo en uso de la clasificación en cada país para:

1. Establecer una base de datos internacional y un marco para la realización de comparaciones internacionales
2. Identificación de algoritmos para determinar los derechos para percibir pensiones y beneficios sociales
3. Estudio sobre la discapacidad y el funcionamiento en los miembros de la familia
4. Desarrollo del componente Factores Personales
5. Desarrollo de definiciones operativas precisas de las categorías para propósitos de investigación
6. Desarrollo de instrumentos de evaluación para la identificación y medida
7. Proporcionar aplicaciones prácticas mediante el uso de tecnologías informáticas y la creación de formularios de registro de casos (OMS 2001)

La Clasificación presentaba también sus aplicaciones, dentro de las cuales se citaba su uso estadístico, como herramienta de investigación, como herramienta clínica, como herramienta política y social y como herramienta educativa.

Como producto de las investigaciones y desarrollos derivados de la CIF fueron estructurándose nuevos instrumentos válidos y confiables de evaluación como la encuesta de salud, las listas de comprobación breve y los conjuntos básicos nucleares que fueron siendo cada

vez más implementados en el ámbito clínico para evaluar el funcionamiento y la calidad de vida de los individuos, familias y colectivos.

Estos instrumentos han comenzado a utilizarse en diversos ámbitos clínicos y sociales. Las revisiones bibliográficas señalan los problemas encontrados en su uso y las áreas en que la CIF ha mostrado su mayor utilidad (trabajos de enfermería, terapia ocupacional, rehabilitación de trastornos del habla y del lenguaje), que constituyen una referencia como herramienta clínica (Comín, 2011).

Colombia atendiendo a la recomendación de la Asamblea Mundial de la Salud, promovió la implementación de la CIF y ello fue evidente en la implementación de la política pública, el CENSO de población 2005 y el Registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad, dado que todos estos referentes estaban fundamentados en el marco conceptual de la Clasificación. Sin embargo, aunque se reconoce su aplicación como herramienta clínica en el ámbito nacional, el volumen de publicaciones y la dispersión de estas hace difícil visualizar los alcances que ha tenido la Clasificación en el país, por cuanto se considera pertinente revisar las publicaciones científicas que documenten el uso clínico de la CIF en el contexto colombiano.

Esta investigación se ajustó a los alcances del programa nacional de ciencia tecnología e innovación en salud, específicamente en la línea investigación en salud pública por cuanto aportó a conocer el medio por el cual los lineamientos de la Clasificación contribuyeron a generar acciones que desde los distintos ámbitos (clínico, política social, investigación, académico, y estadístico) orientadas a mejorar la salud colectiva en el ámbito nacional. Ahora bien, al marco de las temáticas de interés de la convocatoria, la investigación se ajusta al eje de ejercicio profesional, específicamente en la temática de Evidencia de la aplicación de la CIF en el diagnóstico e intervención desde los objetos profesionales.

**Formulación del problema**

¿Cuáles son las características de la producción colombiana que documenta las aplicaciones de la CIF, generada entre los años 2002 al 2015?

**Sistematización del problema**

¿Cuáles son las características de las aplicaciones de la CIF en el ámbito clínico colombiano?

¿Cuáles son las características de las aplicaciones de la CIF en el ámbito de política social colombiana?

¿Cuáles son las características de las aplicaciones de la CIF en el ámbito estadístico?

¿Cuáles son las características de las aplicaciones de la CIF en el ámbito académico colombiano?

¿Cuáles son las características de las aplicaciones de la CIF en el ámbito Investigativo Colombiano?

¿Cuáles son las características de las estrategias metodológicas empleadas en investigaciones que emplean la CIF y sus herramientas en el contexto colombiano?

**Objetivos****Objetivo general**

Caracterizar la producción investigativa que documenta las aplicaciones de la CIF, generada entre los años 2002 al 2015.

**Objetivos específicos**

Caracterizar las aplicaciones de la CIF en el ámbito clínico colombiano.

Caracterizar las aplicaciones de la CIF en el ámbito de política social colombiana.

Caracterizar las aplicaciones de la CIF en el ámbito estadístico.

Caracterizar las aplicaciones de la CIF en el ámbito académico colombiano.

Caracterizar las aplicaciones de la CIF en el ámbito de investigación en Colombia.

Caracterizar las estrategias metodológicas empleadas en investigaciones que emplean la CIF y sus herramientas en el contexto colombiano.

### **Justificación**

La clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud (CIF) ha permitido ampliar la mirada y el abordaje de la persona en contextos y situaciones de salud en función de los elementos que la determinan. Las posibilidades de aplicación en contexto son amplias, y su uso dependerá de la adecuada comprensión de la clasificación, y de los alcances de los objetos de estudio de las profesiones y las disciplinas de la salud y relacionadas con ella. En este sentido, teniendo en cuenta que la CIF ya tiene más de una década de incorporación a los diferentes sistemas sanitarios mundiales, se consideró pertinente documentar las áreas y enfoques de uso que ha tenido este documento en pro del beneficio de las personas. Esto busca generar un soporte que de forma integrada documente las posibilidades y recursos que brinda la CIF ya sea en contextos académicos, sanitarios, estadísticos, o de política pública, y así, ampliar las fronteras de interpretación de las condiciones de salud, y así mismo de aquellos determinantes de la función, de la funcionalidad y del funcionamiento; lo que permita hacer evidente aquellas condiciones que pueden ser consideradas como facilitadoras o barreras para la participación, como uno de los fines máximos de esta apuesta de la OMS.

### **Marco de referencia**

La clasificación internacional de funcionamiento, la discapacidad y la salud (CIF) corresponde a una actualización de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM), permite realizar una evaluación de los componentes del estado de salud de las personas; se divide en 3 dimensiones que incluyen las estructuras corporales, el funcionamiento (que introduce al concepto de discapacidad puesto que engloba las deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación); por último, considera los factores contextuales que influyen en la persona (OMS, 2001, citada por Pérez, 2014).

La CIF fue desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como medio para realizar una actualización de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías que existía hasta ese momento. La actualización amplió la mirada desde la cual se aborda la salud, permitiendo analizar múltiples factores tanto personales como contextuales que llevan al bienestar de una persona y que favorecen o limiten la participación en diferentes contextos.

La evolución en la interpretación de la Clasificación ha permitido clarificar los aspectos a contemplar cuando se pretende realizar abordajes desde los variados alcances del documento y sus herramientas derivadas. En este sentido, para las profesiones de la salud el análisis de los alcances de la CIF cobra gran relevancia dentro de la actual conceptualización de la salud y la discapacidad (Finger, Cieza, Stoll, Stucki, & O Huber, 2006).

Según la CIF, el funcionamiento de un individuo depende de una relación compleja entre la condición de salud de la persona y los factores contextuales (OMS, 2001 citada por Pérez, 2014). Así, “un déficit orgánico de diferente origen, en función del contexto de la persona, puede

generar las condiciones para que la interacción de la persona con su medio sea atípica, favoreciendo condiciones de discapacidad. Ahora bien, de forma inversa, cuando existen barreras ambientales sin un proceso patológico de base, igualmente se pueden generar condiciones discapacitantes” (Pérez, 2014, p. 3).

Para comprender la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), es pertinente conocer sus antecedentes por lo cual es necesario abordar en primera instancia Clasificación Internacional de Deficiencias Discapacidades y Minusvalías (CIDDDM).

La Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDDM), inició sus desarrollos preliminares en 1972, abordando la discapacidad como consecuencias de enfermedad, estos primeros avances fueron distribuidos en 1973 para que fuesen retroalimentados los conceptos propuestos en torno al concepto de deficiencias, sus implicaciones y la terminología; en 1974 se elaboró y repartió una versión preliminar de clasificaciones de deficiencias y minusvalías por separado, en 1975 la propuesta anterior fue sometida a revisión de la Conferencia Internacional para la novena revisión de la Clasificación Internacional de enfermedades, en 1976 la resolución WHA-2935 aprueba la Clasificación Internacional de las Deficiencias, las Discapacidades y las Minusvalías con carácter experimental, en 1980 fue publicada la primera versión por la Organización Mundial de la Salud como instrumento para la clasificación de las consecuencias de las enfermedades y sus repercusiones en la vida del individuo. Este instrumento, traducido a más de 14 idiomas y cuya versión española fue publicada en 1983 por el Instituto Nacional de Servicios Sociales español, tenía por objeto, ofrecer un marco conceptual para la información relativa a las consecuencias a largo plazo de las enfermedades, los traumatismos y otros trastornos.

En la CIDDM se introdujeron los conceptos de:

**Deficiencia:** en el ámbito de la CIDDM el término “deficiencia” hacía referencia a las anomalías de la estructura corporal, de la apariencia, así como de la función de un órgano o sistema, cualquiera que fuese su causa; en principio, las deficiencias representaban trastornos en el ámbito del órgano. La CIDDM, dentro de la experiencia de la salud la concibe como una pérdida anatómica, estructural o funcional.

**Discapacidad:** La discapacidad reflejaba la consecuencia de la deficiencia desde el punto de vista del rendimiento funcional y de la actividad del individuo; la discapacidad representaba, por tanto, trastornos en el ámbito de la persona. La CIDDM definía la discapacidad como: “Toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano”

**Minusvalía:** Este término hacía referencia a las desventajas experimentadas por el individuo como consecuencia de las deficiencias y discapacidades, así pues, la minusvalía reflejaba una interacción y adaptación del individuo a su entorno. La CIDDM dentro de la experiencia de la salud, la definió como: “Una situación de desventaja para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de su edad, sexo y factores sociales y culturales)

Como se muestra en la figura 1, con la introducción de estos conceptos se estableció un modelo lineal, en donde la discapacidad fue interpretada como consecuencia de enfermedad desde una postura asociada al modelo clínico.



*Figura 1. Modelo lineal del proceso enfermedad-discapacidad*

Desde su implementación en 1980 la CIDDM fue ampliamente empleada por todos los países miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS), sirviendo como referente para la formulación de políticas públicas y en el marco de los servicios y sistemas de seguridad social, así como por otros sectores como la demografía, la educación y el sector laboral.

Con su implementación por más de una década se identificaron algunas debilidades y surgieron algunas críticas a lo propuesto, dentro de ellas las más relevantes fueron:

El modelo que la sustentaba, pues, aunque establecía un claro marco conceptual entre lo que definía: deficiencia, discapacidad y minusvalía, no establecía la relación entre ellos

No establecía con claridad la importancia de los factores del contexto y su influencia en la discapacidad

Se centraba en los aspectos negativos del funcionamiento humano y no en las habilidades o capacidades de las personas

Otras críticas se centraban en su estructura, la confusión que podrían llegar a generar los conceptos de discapacidad y minusvalía, su escasa practicidad en la aplicación y el solapamiento de algunos elementos establecidos en deficiencias con algunos apartes de la Clasificación Internacional de Enfermedades.

Para solucionar las debilidades ya identificadas, en 1993 la Organización Mundial de la Salud promovió la revisión la CIDDM, con los fines a) servir a los múltiples propósitos que requerían los diferentes países, sectores y disciplinas de cuidados de la salud; b) ser lo suficientemente simple para poder ser considerada por los profesionales como una descripción apropiada de las consecuencias de las condiciones de salud; c) ser útil en la práctica, por ejemplo para identificar las necesidades del cuidado de la salud y confeccionar programas de intervención (prevención, rehabilitación, actividades sociales); d) proporcionar una visión coherente de los procesos

involucrados en las consecuencias de las condiciones de salud, tales como en los procesos discapacitantes (y no sólo de las dimensiones de los trastornos o enfermedades), debería poder ser valorada de forma objetiva, ofrecer la posibilidad de registrar la información obtenida y poder ser respondida por los afectados; e) ser sensible a las variaciones culturales (ser traducible y aplicable en diferentes culturas y distintos sistemas de cuidado de la salud); f) ser utilizada, de manera complementaria, con la familia de clasificaciones de la OMS (OMS 2001).

Esta revisión fue realizada por un equipo multicéntrico internacional, y dio como resultado la elaboración de una primera propuesta dada a conocer en Mayo de 1996.

Según lo citan los antecedentes del desarrollo de la CIF en el resumen de su proceso de revisión (OMS 2001) el proceso que llevó al desarrollo de esta clasificación cursó diferentes momentos: En Marzo de 1997, se elaboró el borrador Beta-1 que integraba las sugerencias recogidas durante los años anteriores. Este borrador fue presentado en la reunión de revisión de la CIDDM en Abril de 1997. Después de incorporar las decisiones de la reunión, el Borrador Beta-1 de la CIDDM-2 fue finalizado para los estudios de campo en Junio de 1997. El borrador Beta-2 se elaboró entre los meses de Enero y Abril de 1999 y se basó en toda la información y retroalimentación recolectada durante los estudios de campo del borrador Beta-1. El borrador resultante fue presentado y discutido en la reunión anual de la CIDDM-21 llevada a cabo en Londres en Abril de 1999. Después de la incorporación de las decisiones de esa reunión, el borrador Beta-2 se imprimió y distribuyó para los estudios de campo en Julio de 1999.

Los estudios de campo del borrador Beta-1 se realizaron desde Junio de 1997 hasta Diciembre de 1998, y los estudios de campo del borrador Beta 2 fueron desde Julio de 1999 a Septiembre de 2000. Los estudios de campo despertaron la más amplia participación posible de los Estados Miembros de la OMS y entre las diferentes disciplinas y sectores, incluyendo sectores como los

seguros de salud, seguridad social, trabajo, educación, y otros grupos comprometidos en clasificar las condiciones de salud (usando la Clasificación Internacional de Enfermedades, la Clasificación de Enfermería, y la Clasificación Internacional de la Educación - ISCED). El objetivo era alcanzar un consenso mediante definiciones claras y al mismo tiempo operativas. Los estudios de campo constituyeron un proceso continuo de desarrollo, consulta, retroalimentación, actualización y prueba.

Los siguientes estudios se realizaron como parte de los estudios de campo del borrador Beta-1 y del Beta-2: a) traducción y evaluación lingüística; b) evaluación de los ítems; c) respuestas a las cuestiones básicas mediante conferencias de consenso y respuestas individuales; d) retroalimentación por parte de individuos y organizaciones; e) pruebas opcionales; f) viabilidad y fiabilidad en las evaluaciones de casos (estudios de casos y estudios reales); g) otros (ej. estudios de grupos de focalización).

Las pruebas se centraron en problemas transculturales y multisectoriales. Más de 50 países y 1800 expertos estuvieron implicados en los trabajos de campo, de los cuales se dio la información separadamente.

A partir de los datos de los estudios de campo del borrador Beta-2 y con las consultas a los centros colaboradores y al Comité de Expertos de Medida y Clasificación de la OMS, la versión pre-final de la CIDDM-2 se redactó en Octubre de 2000. Este borrador se presentó en la reunión de revisión en Noviembre de 2000. Siguiendo las recomendaciones de incorporaciones de la reunión, la versión pre-final de la CIDDM-2 (Diciembre de 2000) se presentó al Comité Ejecutivo de la OMS en Enero de 2001. El borrador final de la CIDDM-2 se presentó a la Quincuagésima Cuarta Asamblea Mundial de la Salud en Mayo de 2001.

#### **Aprobación de la versión final.**

Después de discutir sobre el borrador final, la quincuagésimo cuarta Asamblea Mundial de la Salud aprobó la nueva clasificación, con el título Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, en la resolución WHW54.21 del 22 de Mayo del 2001. En esta resolución se puede leer lo siguiente:

La Quincuagésimo Cuarta Asamblea Mundial de la Salud,

1. HACE SUYA la segunda edición de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM), con el título "Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud", que en adelante se abreviará CIF;
2. INSTA a los Estados Miembros a usar cuando proceda la CIF en sus actividades de investigación, vigilancia y notificación, teniendo en cuenta situaciones específicas en los Estados Miembros y, en particular, en vista de las posibles revisiones en el futuro;
3. PIDE a la Directora General que preste apoyo a los Estados Miembros que lo pidan para hacer uso de la CIF.

Los cambios conceptuales y estructurales que se introdujeron a lo largo del proceso de revisión descrito, fueron de tal magnitud que podemos decir que la CIF se ha configurado, en realidad, como un nuevo sistema nosológico que incorpora todos los principios rectores del proceso de revisión. La razón de ser de la nueva Clasificación, puede ser resumida como: aportar un lenguaje estandarizado, fiable y aplicable transculturalmente, que permita describir el funcionamiento humano y la discapacidad como elementos importantes de la salud, utilizando para ello un lenguaje positivo y una visión universal de la discapacidad, en la que dichas problemáticas sean la resultante de la interacción de las características del individuo con el entorno y el contexto social (IMSERSO, 2001)

La CIF hace parte de la familia internacional de clasificaciones de la OMS reconocida como el estándar internacional que tiene la finalidad de suministrar información para apoyar la toma de decisiones en todos los niveles y mejorar la salud de la población, dentro de esta familia la CIF, al igual que la Clasificación intencional de enfermedades CIE es una clasificación de referencia, abarcan los principales ámbitos de la salud y son el resultado de un consenso internacional el cual ha sido refrendado por los estados miembros de la OMS.

Dentro de las clasificaciones internacionales de la OMS, los estados de salud (enfermedades, trastornos, lesiones, etc.) se clasifican principalmente en la CIE-10 (abreviatura de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión), que brinda un marco conceptual basado en la etiología. El funcionamiento y la discapacidad asociados con las condiciones de salud se clasifican en la CIF. Por lo tanto, la CIE-10 y la CIF son complementarias, y se recomienda a los usuarios que utilicen conjuntamente estos dos elementos de la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS. La CIE-10 proporciona un “diagnóstico” de enfermedades, trastornos u otras condiciones de salud y esta información se ve enriquecida por la que brinda la CIF sobre el funcionamiento. La información sobre el diagnóstico unida a la del funcionamiento, nos proporciona una visión más amplia y significativa del estado de salud de las personas o poblaciones, que puede emplearse en los procesos de toma de decisiones.

Como ya se ha mencionado en la Unidad anterior, la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS constituye una valiosa herramienta para describir y comparar la salud de la población dentro de un contexto internacional. La información sobre la morbilidad y la mortalidad (proporcionada por la CIE-10) y sobre los componentes de la salud (brindada por la CIF) se pueden combinar en una única medida de la salud de la población. Esta medida puede

servir para conocer en todo momento cómo es esa salud y cómo se distribuye, así como para valorar las contribuciones de las diferentes causas de morbilidad y mortalidad.

La CIF se caracteriza por establecer un lenguaje unificado y estandarizado y un marco conceptual para describir la salud y los estados del bienestar relacionados con la salud, es neutral en etiología y válida para todas las personas, no solo para las personas con discapacidad. Esta clasificación genera una base científica para la comprensión y el estudio de la salud, establece un lenguaje común que permite realizar comparación entre países, disciplinas sanitarias y servicios en diferentes momentos del tiempo.

La CIF abarca todos los aspectos de la salud y algunos componentes del “bienestar” relevantes para la salud y los describe en términos de dominios de salud y dominios “relacionados con la salud”, sin embargo, no cubre circunstancias originadas por factores socioeconómicos.

Dentro del marco conceptual que propone establece las siguientes definiciones en el contexto de la salud:

Funciones corporales son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales (incluyendo las funciones psicológicas).

Estructuras corporales son las partes anatómicas del cuerpo, tales como los órganos, las extremidades y sus componentes.

Deficiencias son problemas en las funciones o estructuras corporales, tales como una desviación significativa o una pérdida.

Actividad es la realización de una tarea o acción por parte de un individuo. Participación es el acto de involucrarse en una situación vital.

Limitaciones en la Actividad son dificultades que un individuo puede tener en el desempeño/realización de actividades.

Restricciones en la Participación son problemas que un individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales.

Factores Ambientales constituyen el ambiente físico, social y actitudinal en el que las personas viven y conducen sus vidas.

En un intento de subsanar las limitaciones inherentes al modelo excesivamente lineal ya mencionado sobre el que se basó la CIDDM, se ha establecido para la CIF un modelo más sofisticado y multidireccional presentado en la figura 2 que contempla de manera más exhaustiva la complejidad de la discapacidad y el funcionamiento humano

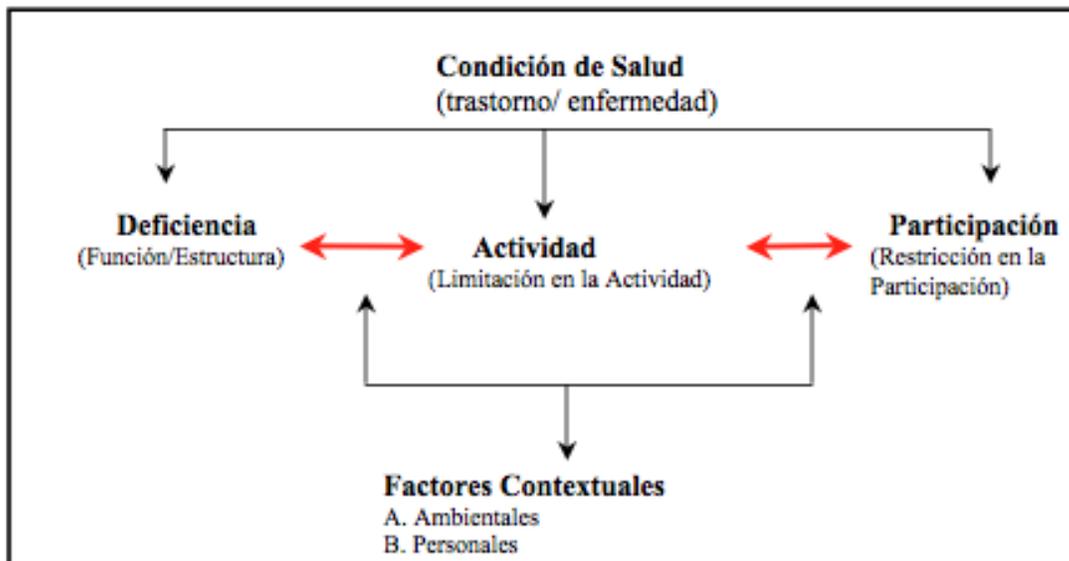


Figura 2. Modelo de discapacidad según la CIF (OMS, 2001)

De acuerdo con ese diagrama, el funcionamiento de un individuo en un dominio específico se entiende como una relación compleja o interacción entre la condición de salud y los Factores Contextuales (factores ambientales y personales). Existe una interacción dinámica entre estos elementos: las intervenciones en un elemento tienen el potencial de modificar uno o más de los otros elementos. Estas interacciones son específicas y no siempre se dan en una relación recíproca predecible. La interacción funciona en ambas direcciones, así la presencia de la

discapacidad puede incluso modificar a la propia condición de salud. Puede resultar razonable inferir una limitación en la capacidad por causa de uno o más déficits, o una restricción en el desempeño/realización por una o más limitaciones. (IMSERSO 2001)

La CIF pretende reflejar, la situación real del funcionamiento humano en la que el “funcionamiento” y la “discapacidad” son vistos como consecuencia de la interacción entre la “condición de salud” de la persona y su entorno físico y social.

La CIF pertenece a la Familia de Clasificaciones Internacionales de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que pueden ser aplicadas a varios aspectos de la salud. Esta familia de clasificaciones de la OMS proporciona el marco conceptual para codificar un amplio rango de información relacionada con la salud (ej. el diagnóstico, el funcionamiento y la discapacidad, los motivos para contactar con los servicios de salud) y emplea un lenguaje estandarizado y unificado, que posibilita la comunicación sobre la salud y la atención sanitaria entre diferentes disciplinas y ciencias en todo el mundo.

El amplio abanico de condiciones producto de la interrelación de la persona con su contexto, han sido reconocido en la clasificación internacional, de modo que su estructura presenta la siguiente distribución:

1. Parte 1. Funcionamiento y discapacidad, que se constituye por dos componentes: a) funciones y estructuras corporales; y b) actividades y Participación.

2. Parte 2. Factores contextuales, que se constituye por dos componentes: a) factores ambientales; y b) factores personales.

“Esta distribución reconoce que hay muchos eventos en salud que impactan la función, la funcionalidad y el funcionamiento de las personas, y que en función de la interacción con el

contexto se constituyen en procesos discapacitantes. Desde una mirada sistémica, pueden tener diversos orígenes, como cardio-respiratorios, gastro-intestinales, osteomusculares, neurológicos, endocrinos, y tegumentarios” (Pérez, 2014, p. 4). Ahora bien, el origen de un evento puede ser extrínseco a la persona, por cuanto los factores contextuales juegan un papel decisivo para la toma de decisiones del profesional de la salud.

En la CIF se encuentran dos partes:

1. Componente de funcionamiento y la discapacidad: se subdivide en el componente de cuerpo que contempla las funciones de los sistemas corporales, y las estructuras del cuerpo; y componente actividades y Participación que cubre el rango completo de dominios que indican aspectos del funcionamiento desde una perspectiva individual y social (OMS, 2001, citada por Pérez, 2014). Los elementos constitutivos del componente “Funcionamiento y Discapacidad” pueden emplearse de dos maneras tanto para indicar problemas (ej. deficiencias, limitación en la actividad o restricción en la participación; todos ellos incluidos bajo el concepto global de discapacidad); como para indicar aspectos no problemáticos (ej. neutrales) de la salud y aspectos “relacionados con la salud” (todos ellos incluidos en el concepto genérico de funcionamiento) (OMS, 2001, citada por Pérez, 2014).

Componente de Factores Contextuales: Éstos se subdividen en: a) factores Ambientales, los cuales tienen consecuencias en todos los componentes del funcionamiento y la discapacidad y se organizan partiendo del contexto/entorno más inmediato al individuo y llegando hasta el entorno general; y b) factores Personales, que no están clasificados en la CIF debido a la gran variabilidad social y cultural que se encuentra asociada con ellos (OMS, 2001, citada por Pérez, 2014).

Desde su publicación la CIF ha sido empleada para diferentes fines:

1. como herramienta estadística - en la recogida y registro de datos (ej. en encuestas y estudios de población o en sistemas de manejo de información)
2. como herramienta de investigación - para medir resultados, calidad de vida o factores ambientales;
3. como herramienta clínica - en la valoración de necesidades, para homogeneizar tratamientos con condiciones específicas de salud, en la valoración vocacional, en la rehabilitación y en la evaluación de resultados;
4. como herramienta de política social- en la planificación de sistemas de seguridad social, sistemas de compensación, y para diseñar e implementar políticas;
5. como herramienta educativa - para diseño del «currículum», y para aumentar la toma de conciencia de la sociedad y para poner en marcha actividades sociales (OMS 2001).

#### **Nuevos Desarrollos de la CIF**

En el año 2002 se evidenció que la CIF se quedaba corta al describir los desarrollos del funcionamiento humano derivados de las primeras fases del ciclo vital, particularmente de las dos primeras décadas de la vida, donde el rápido crecimiento, implica la generación de cambios en el desarrollo físico, social y psicológico.

Entre 2002 y 2005, el Grupo de Trabajo de la OMS para la CIF-IA realizó una serie de reuniones y estudios de campo para revisar los códigos de la CIF e identificar nuevos códigos para describir las características de los niños y los jóvenes. Esta publicación es el resultado de ese proceso e incluye dimensiones, clases y códigos para documentar las funciones corporales y las estructuras, actividades y participación de los niños y los jóvenes; y de sus entornos a través de las etapas del desarrollo.

Las actividades de desarrollo consistieron en: a) modificar o ampliar las descripciones; b) la asignación de nuevos contenidos a los códigos no utilizados; c) modificar criterios de inclusión y exclusión; y d) expandir los calificadores a fin de incluir los aspectos del desarrollo.

Un primer borrador de la CIF-IA se produjo en 2003 y probado en estudios de campo en 2004. Posteriormente, el proyecto de la versión beta de la CIF-IA fue desarrollado y probado en estudios de campo en 2005. Una versión pre-final de la CIF-IA se presentó a la OMS a finales de 2005 para una revisión por expertos. Las recomendaciones de ese proceso de revisión se incorporaron en la versión final presentado en la reunión anual del Red de Centros Colaboradores de la OMS para la Familia de Clasificaciones Internacionales (OMS-FIC) en Túnez, en el otoño de 2006. La CIF-IA fue oficialmente admitida para su publicación como la primera clasificación derivada de la CIF en noviembre de 2006.

Aunque la adición de nuevos códigos y la modificación de los códigos existentes en la CIF-IA se hicieron específicamente para los niños y los jóvenes, también pueden ser de interés para la CIF. Por lo tanto, los códigos nuevos o modificados de la CIF-IA se han incorporado en el proceso de actualización de la CIF para aplicarse en todas las disciplinas, para avanzar en los servicios, políticas e investigación a favor de niños y jóvenes

La CIF-IA define los componentes de la salud y los componentes relacionados con la salud del bienestar. Entre los niños y los jóvenes estos componentes incluyen las funciones mentales de atención, memoria y percepción, así como actividades relacionadas con el juego, el aprendizaje, la vida familiar y la educación en distintos ámbitos. Los dominios de la CIF-IA se definen por dos términos genéricos. “Funcionamiento” es un término que abarca todas las funciones corporales, actividades y participación. “Discapacidad” es un término que engloba las deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones en la participación. Los factores ambientales definen las barreras o los facilitadores para el funcionamiento.

La gran cantidad de categorías que contiene la CIF en su versión completa (1424 en su versión inicial y 1685 en la versión oficial CIF – IA) hacen poco práctico el uso para ciertos fines

en los que se pretende evaluar de manera más abreviada el funcionamiento humano, como en servicios y programas de rehabilitación o en estudios poblacionales, y es por esta razón que luego del surgimiento de la clasificación se han desarrollado diferentes alternativas para hacer más práctico su uso.

Entre las anteriores se encuentran: listas de cotejo (checklist), núcleos básicos de categorías o core sets, code sets, WHO – DAS y las herramientas que han surgido desde la propuesta desde el ciclo de rehabilitación.

La lista de cotejo (checklist) es un instrumento que brinda una descripción (perfil abreviado) del funcionamiento general y de la discapacidad de una persona desde la estructura de la CIF. La versión está diseñada para ser completada por un profesional de la salud empleando diferentes fuentes de información. Es esencialmente una lista abreviada de los ítems de mayor interés en la salud y la discapacidad desde la CIF. Tiene versiones para niños y para adultos, usa los diferentes componentes de la CIF y sus calificadores.

Los core sets (núcleos básicos de categorías) son listas de categorías seleccionadas de la clasificación completa de la CIF, que sirven como estándares para documentar la función en estudios clínicos, ámbito clínico y en evaluaciones interdisciplinarias. Estos sets de categorías están ligados a la CIE-10 y son el punto de partida para desarrollar instrumentos.

El proceso de creación de un core set debe seguir una metodología bien definida, que incluye la participación de diferentes disciplinas y de diversos lugares del mundo. Los core-sets que se van desarrollando se consolidan y pueden ser consultados en [www.icf-research-branch.org](http://www.icf-research-branch.org), existen para niños y para adultos, en diferentes versiones y son el punto de partida para la creación de otros instrumentos y para evaluar el funcionamiento humano en los procesos de

rehabilitación, son también el punto de partida para el ciclo de rehabilitación, a partir de la creación de perfiles categóricos.

El ciclo de rehabilitación es un proceso con diferentes etapas, planteado por Stucki y Sangha (1998), citados por Steiner y cols (2002) y que busca optimizar los procesos de rehabilitación y usar una serie de herramientas asociadas a la CIF para hacer más operativo su uso.

El ciclo está formado por 4 etapas:

Apreciación: en la que se hace la evaluación inicial del funcionamiento de la persona

Asignación: en la que se califica el funcionamiento humano y se determinan las intervenciones necesarias para optimizar el funcionamiento y los responsables del equipo interdisciplinario de cada intervención.

Intervención: los diferentes procedimientos realizados por un equipo interdisciplinario para optimizar el funcionamiento.

Evaluación: es la evaluación final para definir si se han cumplido los objetivos y la persona ha culminado su proceso de rehabilitación o si debe ingresar a un nuevo ciclo.

Los instrumentos asociados al ciclo de rehabilitación son:

1. Para apreciación: se emplean los Core Sets, la hoja de apreciación y el perfil categórico.
2. Para asignación se emplea la tabla de intervenciones
3. Para intervención se emplea la tabla de intervenciones, y
4. Para evaluación se emplea la hoja de evaluación.

El Cuestionario para la Evaluación de la Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (WHODAS 2.0, por sus siglas en inglés) es un instrumento de evaluación genérico desarrollado por la OMS para brindar un método estandarizado de medición de la salud y la discapacidad entre las culturas. Fue desarrollado a partir de un conjunto integral de dimensiones

de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF), por sus siglas en inglés) que son lo suficientemente confiables y sensibles para medir la diferencia generada por una intervención determinada. Esto se logra al evaluar al mismo individuo antes y después de la intervención. Se utilizaron una serie de estudios de campo sistemáticos para determinar la aplicabilidad intercultural, la confiabilidad y la validez del cuestionario, así como también su utilidad en investigaciones sobre los servicios de salud.

Se ha encontrado que WHODAS 2.0 es útil para la evaluación de los niveles de salud y discapacidad en la población general mediante encuestas y para la medición de la efectividad clínica y de los aumentos de la productividad originados por las intervenciones.

Existen diferentes versiones de WHODAS 2.0, las cuales difieren en extensión y en el modo de administración. La versión completa contiene 36 preguntas y la versión abreviada.

Estas preguntas se relacionan con las dificultades en el funcionamiento experimentadas por el entrevistado en los seis dominios de la vida durante los 30 días previos. Las distintas versiones pueden ser administradas por un entrevistador, por la propia persona o por un representante (es decir, un miembro de la familia, un amigo o un cuidador).

## **Método**

### **Tipo de estudio**

Esta investigación se categorizó como descriptiva dado que estos estudios hacen evidentes características de sujetos, objetos o fenómenos de interés en un contexto específico. Como menciona Hernández, Fernández y baptista (2010), los estudios descriptivos identifican “características del universo investigado, establece comportamientos concretos y descubre y comprueba la asociación entre variables de investigación” (p. 136).

### **Método**

Revisión Documental. Las revisiones documentales permiten la concentración de información que se encuentra dispersa, de modo que consolide los resultados de múltiples estudios de investigación en un documento, proporcionando al lector una conclusión alrededor de la calidad de los documentos revisados y las características de las unidades de análisis consultadas.

Una revisión documental pretende reunir toda la evidencia que cumple con criterios de elegibilidad previamente establecidos, con el fin de responder una pregunta específica de investigación. Utiliza herramientas de análisis y síntesis, que permiten resultados más fiables a

partir de los cuales se puedan extraer conclusiones y tomar decisiones (Antman 1992, Oxman 1993 citados por la Colaboración Cochrane, 2011).

Los elementos fundamentales de esta revisión son: a) Un conjunto de objetivos claramente establecidos, con criterios de elegibilidad de estudios previamente definidos, b) una metodología explícita y reproducible, c) una búsqueda sistemática que identifique todos los estudios que puedan cumplir los criterios de elegibilidad, d) una evaluación de la validez de los resultados de los estudios incluidos, por ejemplo mediante la evaluación del riesgo de sesgos, e) una presentación y síntesis de las características y resultados de los estudios incluidos.

### **Unidades de análisis**

1. Artículos de investigación publicados en revistas científicas entre 2002 y 2015.
2. Capítulos de libros.
3. Memorias de eventos científicos.
4. Documentos de trabajo y literatura gris.
5. Documentos públicos de políticas.
6. Documentos públicos de desarrollo de proyectos y productos (Colciencias).

### **Instrumentos**

Para la sistematización de la información se creó una matriz de recolección de información que puede consultarse en el Anexo A. Esta matriz incluyó aspectos tanto de la publicación, como los aspectos relevantes que permiten responder a los objetivos de investigación. Dentro de la información de publicación se encuentra: a) título, b) autores, c) tipo de publicación, d) universidad y/o institución que avala el estudio (incluye sede), e) año (año de publicación). Dentro de la información de objetivos se delimitó: a) áreas de pregrado y posgrado que participaron en la elaboración del estudio, b) objetivos del estudio, c) franja de edad (ciclo vital)

de las personas que fueron parte de las investigaciones recolectadas, d) características de la población analizada, e) escalas o instrumentos utilizados, f) versión de la CIF, g) componentes de la CIF, h) instrumentos derivados de la CIF utilizados en el análisis (WHO-DAS, Core sets, Check list), i) instrumentos creados en Colombia a partir de la CIF, j) aplicaciones de la clasificación (según los objetivos de investigación); k) ámbito en el que se realizó la investigación.

### **Procedimiento.**

1. Identificación y selección de artículos a ser revisados
2. Clasificación de los artículos seleccionados atendiendo a la calidad metodológica
3. Revisión de artículos y descripción de criterios establecidos que soportan la aplicación de la herramienta descrita
4. La presentación de resultados de este proceso investigativo tiene dos componentes: el primer momento de análisis incorporó la información descriptiva que permitió caracterizar los estudios recopilados y analizados. Esta información descriptiva se procesó mediante análisis de frecuencias de la publicación de los artículos recopilados. El segundo momento correspondió al análisis de los artículos en función de los componentes de la CIF que han sido eje de investigación en los diferentes estudios, y que corresponde a los objetivos de la investigación, este proceso implicó un análisis de la estructura discursiva de los documentos extrayendo tanto los componentes explícitos como implícitos que permitieran reconocer las áreas en las que se han desarrollado los proyectos CIF, así como las versiones e instrumentos derivados.

### **Resultados y discusión**

La presentación de resultados de este proceso investigativo tiene dos componentes: el primer momento de análisis incorpora la información descriptiva que permite caracterizar los estudios recopilados y analizados. El segundo momento corresponde al análisis de los artículos en función de los componentes de la CIF que han sido eje de investigación en los diferentes estudios, y que corresponde a los objetivos de la investigación.

Para la organización de las investigaciones recuperadas de las bases de datos consultadas, se construyó una matriz documental que permitió reconocer diferentes características tanto del proceso investigativo de los estudios consultados, como de las instituciones y contextos en los cuales se desarrollaron dichos estudios. Luego de la búsqueda de información, se logró recuperar en texto completo un total de 54 documentos de investigación, entre artículos e informes finales (tesis); de este total, el primer criterio de revisión pretendió identificar si los estudios eran pertinentes para el estudio en la medida en que reportaban la utilización de la CIF directamente para la propuesta de resultados desde uno de los componentes delimitados de la clasificación. Así, finalmente se realizaron las interpretaciones con un total de 38 estudios que incluyen claramente la información de ámbitos. Ahora bien, es preciso notar que algunas investigaciones

no emplearon la CIF en ningún ámbito, sin embargo, emplearon la clasificación como referente conceptual, por lo cual algunas tablas pueden incluir algunos estudios adicionales.

Las características de los estudios son presentadas a continuación y tendrán como apoyo las tablas correspondientes de información.

La tabla 1 muestra una relación de las diferentes universidades que han reportado investigaciones sobre CIF en Colombia. En esta tabla se encuentran dos datos que son interesantes dentro del proceso de interpretación. El primer dato a resaltar es la institución en la que se realizaron los estudios, así, la institución que presenta proporcionalmente el mayor número de investigaciones realizadas con el uso de la clasificación fue la Universidad Autónoma de Manizales, con 8 estudios de 41 que reportaron claramente la institución (19.5%), seguido por la Universidad Nacional y la Universidad del Valle con 6 estudios cada una (14.6% c/u). La misma tabla identifica las profesiones reportadas de los investigadores, encontrando que en 18 estudios (43.09%) fueron Fisioterapeutas, seguidos por médicos en 8 estudios (19.5%). Las demás profesiones que participaron en los estudios no presentaron frecuencias con magnitudes similares.

Tabla 1.

*Distribución de las instituciones y profesiones que investigado empleando la CIF desde los componentes de interés en este estudio*

Carreras que participaron	UNAL	ECR	INDEC	Javeriana - Cali	Univalle	Autónoma de Manizales	UniAntioquia	UniBoyacá	Usabana	UDES	Urosario Bolivariano	Pontificia Bolivariano	No se reportó	Total
Diseño Industrial													1	1
Ingeniería Electrónica														
Ingeniero Industrial														
Fisioterapia		4				8		1	2	1	1		1	18
Fisioterapia	1												1	2
Fonoaudiología														
Fonoaudiología	1				2						1			4
Ingeniero electricista, Ingeniero industrial, Ingeniero electrónico.				1										1
Medicina	1						1							2
No mencionadas	1													1
No refiere	1													1
No se describen	1													1
Psicología			1									1	1	3
Medicina														
Terapia Ocupacional					3						1		1	5
Terapia ocupacional					1									1
Medicina														
Terapia Ocupacional											1			1
Psicología														
<b>Total general</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>41</b>

En cuanto al año de publicación, la tabla 2 evidencia que el año de mayor publicación fue el año 2013 con un total de 15 estudios de 42 que reportaron claramente el año de desarrollo de la investigación (35.71%). Al realizar una revisión de los factores asociados no se reconoce una situación especial que haya motivado un incremento particular en este año en la realización de investigaciones (o en la publicación), sin embargo, los procesos de reivindicación de los derechos de las personas con discapacidad han sido más representativos en la historia reciente del país, lo que sin duda puede estar asociado al mayor interés de las diferentes profesiones de salud en abordar este fenómeno, y la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la discapacidad y la salud (CIF) es una herramienta que permite realizar análisis desde las posturas reconocidas más recientes.

Tabla 2.  
Años de publicación de los estudios incluidos en el análisis

Años	F*
------	----

2007	2
2008	4
2010	5
2011	5
2012	4
2013	15
2014	5
2015	1
No es claro pero menciona un proceso que inicia en 2011	1
<b>Total general</b>	<b>42</b>

\* Frecuencia absoluta (Aplica a las demás tablas con esta convención)

En la medida en que esta investigación tiene un alcance desde salud, se decidió emplear la taxonomía propuesta por Pita-Fernández (2001) en cuanto al tipo de estudios en salud, así, la tabla 3 muestra que de los 32 estudios que reportaron un diseño de investigación, un 87.5% correspondieron a estudios descriptivos, lo cual hace evidente el interés que ha primado hasta el momento desde el uso de la CIF, en la medida en que se pretende entender las características de las poblaciones a la luz de la clasificación. Sin embargo, también permite reconocer la necesidad de ampliar las investigaciones analíticas (explicativas) que a partir de la CIF busquen la identificación de relaciones de causalidad a partir de los análisis de barreras y facilitadores, y las posibilidades de realización de actividades y participación en diferentes contextos.

Tabla 3.  
*Tipos de estudios*

<b>Tipo de estudio</b>	<b>F</b>
Analítico	4
Descriptivo	28
<b>Total general</b>	<b>32</b>

Continuando con los análisis del componente metodológico de las investigaciones revisadas, la tabla 4 muestra los diferentes diseños / métodos de investigación que se reportaron en los documentos analizados; en este sentido, de los 19 estudios que reportan un método claramente

diferenciado, 11 (57.8%) se reconocen como estudios de corte transversal, entendiendo que su intención fue evidenciar las características de las poblaciones analizadas sólo en la ventana de tiempo en que se desarrollaron las investigaciones. Es pertinente aclarar que los estudios que no se encuentran reportados en este componente con una estructura metodológica puntual, pueden haber realizado procesos investigativos, pero no declararon un método en particular. Esto desde los análisis de evidencia necesariamente genera dificultades para la extrapolación de la información, en la medida en que los estudios que no reportan el desarrollo metodológico, son más difíciles de clasificar y así mismo analizar desde su potencial de generalización de los resultados (reconociendo que muchos estudios no intentan generalizar, sino realizar un proceso comprensivo de las poblaciones analizadas).

Tabla 4

*Diseños / métodos de investigación reportados*

<b>Diseño / Método de investigación</b>	<b>F</b>
Ensayo en comunidad	1
Estudio de caso cualitativo prospectivo	2
Estudios de corte transversal	11
Estudios de series de caso	1
Estudios de caso	1
Transversal	1
Validación de una escala	1
No aplica	1
<b>Total general</b>	<b>19</b>

Entrando en las características de los estudios en función de la CIF, el primer criterio analizado fue la versión utilizada de la CIF. En este sentido, la tabla 5 hace evidente que de los 41 estudios que reportan la versión empleada de la clasificación, 37 (90.24%) emplean la versión 2001, lo que no se explica necesariamente por la fecha de los estudios recolectados, en la medida en que este estudio tiene documentos reportados desde 2007, en donde ya se había publicado la versión CY (de infancia y adolescencia – en inglés).

Tabla 5.

*Versión de la CIF empleada en los estudios recopilados*

Versión de la CIF	2007	2008	2010	2011	2012	2013	2014	2015	No es claro 2011?	Total general
2001			1			1				2
CIF 2001	2	4	3	4	4	13	5			35
CIF IA 2011								1		1
ICF CY 2007			1			1			1	3
<b>Total general</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>15</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>41</b>

En el mismo sentido de análisis, se identificó la frecuencia con la que los diferentes estudios analizados emplearon los diferentes componentes de la CIF. En la tabla 6 se detalla la distribución de uso de dichos componentes. En la tabla se identifica la frecuencia según como se describieron los componentes en los artículos, de modo que el componente “actividades y participación”, se menciona en diversos documentos, sin embargo, se encuentra una categoría exclusiva para este componente con un total de 11 documentos (32.35%) que lo relacionan como único componente abordado, no obstante, es nombrado en conjunto con otros componentes en 18 investigaciones adicionales para un total de 85.29%, siendo el componente más relacionado en los documentos revisados. El segundo componente que se encuentra en una proporción importante de documentos es la categoría de funciones corporales con un 45.16%, mientras los demás componentes tienen una proporción menor de uso.

Tabla 6.

*Componentes de la CIF empleados en los estudios revisados*

<b>Componentes de la CIF</b>	<b>F</b>
Actividades y Participación	11
Actividades y Participación y Factores Ambientales	4
Estructuras y funciones, actividades y participación, y factores ambientales.	5
Factores ambientales	1
Funciones Corporales y Actividades y Participación	1
Funciones corporales, estructuras corporales, actividades y participación, factores ambientales, y factores personales	1
Funciones corporales, actividades y participación.	2

Funciones y estructuras corporales, y actividades y participación.	5
Toma toda la CIF como referencia	4
<b>Total general</b>	<b>34</b>

La distribución de edad o grupo etario en los estudios tuvo uno de los comportamientos más heterogéneos de todas las variables analizadas. En la tabla 7 se hacen evidentes dos características de organización poblacional diferente. La primera línea de análisis de la tabla muestra aquellos estudios que claramente mencionan la franja de edades de las personas que participaron en las investigaciones, así, es de anotar que no se presenta una tendencia específica hacia una franja en especial. Una situación similar se presenta con la segunda línea de análisis que presenta las categorías del grupo poblacional, en donde tampoco se encuentra una tendencia hacia un grupo. Esto no es un dato menor, dado que, aunque se han reconocido poblaciones de interés particular en los procesos de investigación y en los proyectos nacionales, los proyectos no se centraron en estas poblaciones (Niñez y adolescencia y persona mayor), por el contrario, fueron realizados con participantes dentro de todo el ciclo vital.

Tabla 7.  
*Distribución de los participantes de los estudios según franja etaria y ciclo vital*

<b>Distribución de la población</b>		<b>F</b>
<b>Mencionaron franja de edad</b>	1 hasta 80 o más	1
	6 a 12 años	1
	15 – 65	1
	18 a 65 años	1
	19 a 23 años	2
	22 - 36 años	1
	22 a 36 años	1
	31 Años	1
<b>Mencionan grupo poblacional</b>	Primera Infancia y Adultez	1
	Adolescencia, adulto joven, adulto y adulto mayor	1
	Adolescentes	1
	Adulto joven	2
	Adulto joven y adulto	1

Adulto	1
Mayores de 18 años	3
No es claro o no menciona	11
<b>Total general</b>	<b>30</b>

Otro elemento de relevancia para esta investigación fue el uso de instrumentos derivados de la CIF, directamente desarrollados por la Organización Mundial de la Salud (OMS). En este sentido, la tabla 8 evidencia que no se encontró una proporción de uso importante de instrumentos derivados. El instrumento más usado con un 12.19% fue el WHO-DAS, sin embargo la proporción más alta de estudios (73.17%) no refiere el uso de algún instrumento derivado. Es importante mencionar que dentro del proceso de búsqueda de la información no se emplearon como palabras clave los instrumentos derivados, sin embargo, se consideró que no es probable que un estudio que empleara instrumentos derivados no mencionara la CIF como marco referencial, por lo que se considera menos previsible que se encuentren estudios publicados dentro de la ventana de tiempo de este estudio, que hayan empleado instrumentos derivados, y no hayan sido incluidos en esta investigación (no obstante se reconoce que hay investigaciones en literatura gris, y en prensa que pueden incluir elementos de interés de este estudio y no estén incluidos).

Tabla 8.  
*Instrumentos derivados de la CIF*

<b>Instrumentos derivados de la CIF</b>	<b>F</b>
Core Set Lesión medular	2
WHO DAS II	
Lista de chequeo	4
WHO DAS II	3
N/A	2
Ninguno	30
<b>Total general</b>	<b>41</b>

Además de los instrumentos derivados, se reconoce que múltiples investigaciones en función de sus objetos de estudio requieren el desarrollo o el uso de instrumentos creados a partir de la CIF, pero que no se encuentran dentro de la familia de instrumentos de la OMS. Por esta razón, se consideró relevante documentar el uso de instrumentos diferentes a la CIF creados a partir de ella. En total se encontraron 20 instrumentos que son mencionados en la tabla 9, y que relacionan en nombre del instrumento y el número de estudios que los emplean. Sólo dos instrumentos se consideraron diferenciales en la medida en que fueron empleados por más de un estudio; en primer lugar se encuentra el registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad, que fue empleado por dos estudios; y el cuestionario para limitaciones en la actividad y restricciones en la participación de niños con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (LARP-TDAH), que igualmente fue empleado por dos investigaciones. Estos dos instrumentos, aunque fueron empleados en las investigaciones revisadas (Salamanca-Duque, 2010; Salamanca-Duque, Naranjo-Aristizabal, Gutierrez-Ríos, y Bayona Prieto, 2014), no fueron desarrollados para dichas investigaciones; situación contraria que sucedió con instrumentos como a) instrumento para la evaluación de la percepción del ambiente como facilitador o barrera en personas con ECV, b) EvAViD. Instrumento de evaluación de Actividades de la Vida Diaria, c) Instrumento generado desde la CIF para medir funciones, estructuras, actividades y participación y factores contextuales; o d) Herramienta de Valoración Ocupacional de las personas con discapacidad; que fueron desarrollados para las investigaciones que se revisaron en este estudio.

Tabla 9.  
*Instrumentos diferentes derivados de la CIF*

<b>Instrumentos diferentes creados a partir de la CIF</b>	<b>F</b>
CLARP-TDAH creado a partir del año 2009	2
Instrumento para la evaluación de la percepción del ambiente como facilitador o barrera en personas con ECV	1

EvAViD. Instrumento de evaluación de Actividades de la Vida Diaria	1
Instrumento generado desde la CIF para medir funciones, estructuras, actividades y participación y factores contextuales.	1
Herramienta de Valoración Ocupacional de las personas con discapacidad	1
Herramienta para certificación de discapacidad en Colombia	1
Perfil Funcional CIF NJ	1
Registro para la localización y caracterización de la población con discapacidad	2
SCI DAS (Core set de lesión medular)	1
Adaptación “Encuesta a Personas con Discapacidad y su cuidador”	1
un sistema de información con uso de vocabulario controlado orientado a la caracterización y muestreo de la población con y sin discapacidad (SIDUR)	1
N/A o no refiere	28
<b>Total general</b>	<b>41</b>

Ahora bien, como punto de entrada al análisis descriptivo detallado de las aplicaciones de la CIF según ámbito, se relacionan en la tabla 10, las aplicaciones de la Clasificación internacional según recinto, así, no fue sorpresa encontrar que de los estudios que claramente manifestaron un contexto de aplicación (explícitamente o que respondían a la definición de la aplicación), se encontró que 21 (55.26%) se desarrollaron en clínica, seguido por proyectos desarrollados desde estadística, política social, y en el área educativa, con menos proporciones de uso.

Tabla 10  
*Aplicaciones de la CIF según ámbito*

<b>Aplicaciones</b>	<b>F</b>
Como herramienta clínica	21
Como herramienta de política social	6
Como herramienta educativa	4
Como herramienta estadística	7
Como herramienta investigativa	0
<b>Total general</b>	<b>38</b>

### **Aplicaciones de la CIF en el ámbito clínico en Colombia**

Con respecto a las aplicaciones de la CIF en el ámbito clínico la búsqueda permitió identificar 21 artículos que han usado este instrumento como herramienta clínica, en la valoración de

necesidades de las personas desde esta perspectiva de la clasificación, como medida de desenlaces en investigaciones clínicas, como herramienta clínica para elaborar perfiles de funcionamiento o para el diseño y validación de instrumentos de evaluación.

La CIF ha sido usada en personas con diferentes situaciones clínicas, como se relaciona en la tabla 11, se encontraron usos en personas con lesión medular (LM) (Henao-Lema, y Pérez-Parra 2010, 2011 y 2013; Pérez-Parra y Henao-Lema, 2013), con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), enfermedad de Parkinson, lesión patelofemoral, trauma encéfalo craneano (TEC) (Quintero y Suárez, 2014), accidente cerebro vascular (ACV), síndrome doloroso regional complejo y discapacidad motora de los miembros inferiores. También ha sido usado en discapacidad en general, incluyendo discapacidad física, de la comunicación y de la locomoción, así como en personas con dificultad para las actividades cotidianas. Ha sido utilizada, además, para establecer perfiles de discapacidad en personas con intento de suicidio y con lesiones por accidentes de tránsito.

Tabla 11  
*Usos de la CIF en el ámbito clínico*

Condición de salud	Número artículos publicados
Lesión medular	6
TDAH	3
Discapacidad motora	2
Enfermedad de Parkinson	1
Síndrome doloroso regional complejo	1
Lesión patelofemoral	1
TEC	1
ACV	1
Lesiones en accidente de tránsito	1
Intento de suicidio	1
Varias discapacidades (comunicación, locomoción)	1
Dificultad en actividades cotidianas	1
Discapacidad sin más especificación	1
Total	21

En el caso de la lesión medular se han realizado revisiones desde la perspectiva conceptual propuesta en la CIF, estudios para correlacionar las variables socio demográficas las complicaciones médicas con la discapacidad desde la perspectiva de la CIF y otros más para el estudio y validación de un instrumento para la evaluación de personas con lesión medular, conocido como SCI – DAS.

En TDAH los estudios encontrados demuestran que han sido realizados para el diseño y validación de un instrumento que evalúa las actividades y la participación de los niños con esta condición, y que los autores han denominado CLARP – TDAH, de este instrumento, basado en la CIF, existen publicaciones sobre su diseño y validación, sobre la confiabilidad intraevaluador, la consistencia interna y la validez de constructo.

Para la discapacidad motriz de los miembros inferiores se han realizado estudios para identificar las barreras que existen en el entorno para estas personas y para identificar las necesidades de las personas y la competencia comercial de productos de apoyo desde una propuesta de análisis interdisciplinario.

En la enfermedad de Parkinson se ha estudiado la calidad de vida y la discapacidad en personas adultas, y usando el WHO DAS.

Existe un reporte de caso de un paciente con secuelas de TEC en el que se hace un ejercicio de definir el perfil de funcionamiento desde las diferentes categorías propuestas en la CIF, mientras que para pacientes con ACV se ha desarrollado un instrumento para la evaluación de la percepción del ambiente como facilitador o barrera.

En otra publicación se ha reportado el perfil cognitivo y motor de 6 pacientes con síndrome doloroso regional complejo y dolor neuropático desde los componentes de funciones, actividades y participación.

Se ha reportado el caso de un paciente con una lesión patelo-femoral en el que se analiza el razonamiento clínico terapéutico desde los diferentes componentes planteados en la CIF.

La carga de discapacidad, desde las limitaciones en las actividades y las restricciones en la participación, ha sido estudiada en 126 personas con intento de suicidio, y utilizando el WHO DAS. Con este mismo instrumento se ha evaluado la discapacidad, además de estudiar la calidad de vida, de 596 pacientes, con edades comprendidas entre los 16 y 60 años, que han sufrido lesiones en accidentes de tránsito.

Una prueba piloto realizada en 31 pacientes con discapacidades que comprometen la locomoción y la comunicación ha permitido iniciar la validación de un instrumento conocido como EvAViD (evaluación de las actividades de la vida diaria), un instrumento basado en la CIF que busca evaluar a pacientes desde la perspectiva de algunas de las actividades y la participación contenidas en esta clasificación (Quintero, Plata, Moreno y Toro, s.f).

Las necesidades de apoyo para personas con discapacidad que asisten a una Universidad han sido documentadas con una batería de evaluación que incluye funciones, estructuras, actividades y participación.

En general todos los componentes de la CIF son analizados en los diferentes estudios, pero se da más relevancia a aquellos relacionados con las actividades y la participación, estos mismos componentes son los incluidos en el WHO DAS que ha sido usado en varios de los estudios (enfermedad de Parkinson, accidentes de tránsito, intento de suicidio y lesión medular) y ha sido, junto con el core set abreviado de lesión medular, la base para la creación del instrumento conocido como SCI – DAS.

Se han publicado desde reportes de casos hasta estudios con grandes muestras, el uso del WHO – DAS en personas con lesiones por accidentes de tránsito se realizó en 596 pacientes, y

este mismo instrumento para correlacionar la discapacidad con las complicaciones médicas de pacientes con lesión medular se hizo en 363 pacientes. Los estudios para validación del CLARP – TDAH se han hecho con muestras de 203 niños y 42 padres.

Junto con el estudio realizado en niños con TDAH para validación del instrumento mencionado existe otro estudio en 28 niños (6 pre escolares y 22 escolares) para describir los elementos que definen el procesamiento sensorial en niños con dificultad para realizar sus actividades cotidianas (Rubio, 2010), los demás estudios han sido realizados en personas mayores de 15 años, y en su gran mayoría en personas adultas, mayores de 18 años.

Los estudios encontrados en Colombia y que han usado la CIF en el ámbito clínico han permitido identificar varios instrumentos que se han creado desde la perspectiva de la CIF:

1. CLARP – TDAH (cuestionario de limitaciones en la actividad y restricción en la participación para TDAH) para ser usado en niños con TDAH, con 7 dominios y 39 ítems, desde los componentes de actividades, participación y el entorno
2. SCI – DAS (Spinal Cord Injury – Disability Assessment Schedule) para ser usado en personas con lesión medular, creado desde el WHO – DAS y el core set abreviado de lesión medular, y que ha prescindido de categorías de funciones y estructuras, por considerar que estas ya están incluidas en otros instrumentos.
3. EvAViD (Evaluación de las actividades de la vida diaria) para ser usado en procesos de rehabilitación que evalúen las actividades de la vida diaria (AVD) desde un modelo basado en la independencia y autonomía en las AVD.
4. Diseño de un instrumento para la evaluación de la percepción del ambiente como facilitador o barrera en personas con ACV.

### **Aplicaciones de la CIF en el ámbito Estadístico en Colombia.**

En la revisión de los documentos realizados se encontraron 7 documentos que dieron cuenta del uso de la CIF en este ámbito, el cual tienen como objetivo “apoyar la recolección y el registro de datos como encuestas y estudios de población o en sistemas de manejo de información” (OMS 2001).

Como se evidencia en la tabla 12, en los documentos revisados tomaron como referentes dos instrumentos demográficos: Censo DANE 2005 y Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad RLCPD (y por otro lado se generan propuestas de instrumentos nuevos para analizar población con el referente la clasificación).

Tabla 12  
*Instrumentos demográficos referenciados*

Instrumento Demográfico Referenciado	No de Publicaciones
Censo DANE 2005- Registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad	4
Propuesta de instrumentos nuevos	2

En el marco de los instrumentos generados por el DANE, la discapacidad se ha explorado de manera diferente en el marco del censo poblacional 2005 y el RLCPD.

El primero explora las tres preguntas relacionadas en la figura 3:

**41. ¿ ... Tiene limitaciones permanentes para:**

	SÍ	NO	
1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Moverse o caminar?
1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Usar sus brazos y manos?
1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ver, a pesar de usar lentes o gafas?
1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Oír, aún con aparatos especiales?
1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	hablar?
1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Entender o aprender?
1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Relacionarse con los demás por problemas mentales o emocionales
1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bañarse, vestirse, alimnetarse por sí mismo?
1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Otra limitación permanente?

**42. De las anteriores limitaciones de ... ¿cuál es la que más afecta su desempeño diario? (ampliado)**

\_\_\_\_\_

**43. ¿Esta limitación fue ocasionada: (ampliado)**

	SÍ	NO	
1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Porque nació así?
1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Por una enfermedad?
1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Por un accidente?
1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Por violencia de grupos armados?
1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Por violencia dentro del hogar?
1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Por violencia de delincuencia común?
1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Por edad avanzada, envejecimiento
1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Por otra causa?
1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	No sabe

Figura 3. Preguntas del registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad

El segundo (RLCPD) caracteriza la población con discapacidad explorando siete aspectos (DANE 2003, citado por Pastrán, Cespedes, Ruiz y Silva 2008)

Módulo I Localización y vivienda: Contienen datos sobre ubicación geográfica donde habitualmente se encuentra y algunas características de su vivienda

Módulo II: Identificación personal, contienen datos identificación de la persona con discapacidad

Módulo III: Caracterización y origen de la discapacidad, indaga sobre las características generales como tipo de deficiencia, las limitaciones y restricciones que presenta la persona y datos particulares a cerca de las causas y origen de la discapacidad

Módulo IV: Salud, caracterización de los servicios a los cuales ha tenido acceso dentro del sistema general de salud

Módulo V: Educación, datos relacionados con la educación dentro del sistema formal o regular para identificar hasta donde cada persona ha estado incluida en el mismo.

Módulo VI: Participación, se dirige a aquellos espacios en los cuales las personas con discapacidad presentan barreras u oportunidades en la realización de actividades vitales como miembro de una familia y ciudadano

Módulo VII: Trabajo, permite identificar las oportunidades y tipos de actividades laborales a las cuales accede o no la persona con discapacidad

Como se evidencia en la tabla 13, de los siete documentos revisados que reportan en Colombia el uso de la CIF como instrumento estadístico cuatro toman como referente el análisis del RLCPD aplicado en diferentes zonas del país. Los tres restantes proponen la generación de instrumentos nuevos, tomando como referente conceptual los componentes que integran la clasificación, sin embargo uno de ellos toma como referente el RLCPD.

Tabla 13

*Descripción de los artículos del ámbito estadístico*

Documento	Región del País en la cual se desarrolla	Fuente de análisis de Información
Comparación de la caracterización de la población con discapacidad en el municipio de Don Matías, Antioquia, con los contextos departamental y nacional	Don Matías (Antioquia)	Registro para la localización y Caracterización de las personas con Discapacidad
Prevalencia y caracterización de la población en condición de discapacidad del municipio de Los Santos (Santander, Colombia), 2011	Los Santos (Santander)	Encuesta a Personas con Discapacidad y su cuidador” Dicho instrumento se basa en la encuesta Registro de Localización y Caracterización de las Personas en Discapacidad del DANE y el cuestionario de la OMS sobre Discapacidad (Componente, Actividades y Participación de la CIF).
Prueba piloto para la elaboración perfil epidemiológico de discapacidad en el municipio de Madrid (Cundinamarca)	Madrid (Cundinamarca)	Instrumento para el perfil epidemiológico de discapacidad en el municipio de Madrid.
SIDUR: formulación de un sistema de información con uso de vocabulario controlado orientado a la caracterización y muestreo de la población con y sin discapacidad, atendida por las prácticas de los programas de Rehabilitación, Universidad del	Bogotá	creación de un registro cuyo objetivo es desarrollar la caracterización de la población cubierta por los PAC de los programas de Rehabilitación. Lo anterior, por medio de un sistema de información que comprenda el uso del vocabulario controlado de

Rosario (Ortega y Pulido, 2010)		la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Salud y la Discapacidad (CIF) de la OMS, con el fin de facilitar la captura, administración y obtención de información confiable y susceptible para la toma de decisiones y la investigación.
Inequidad social y discapacidad	Bogotá	Registro para la localización y Caracterización de las personas con Discapacidad
Magnitud de la discapacidad en Colombia: una aproximación a sus determinantes	Bogotá	Registro para la localización y Caracterización de las personas con Discapacidad
Caracterización de personas con discapacidad del municipio de Sopó, Cundinamarca, Colombia (Pastrán, 2007)	Sopó (Cundinamarca)	Registro para la localización y Caracterización de las personas con Discapacidad

De los siete documentos que reportan la aplicación de la CIF como herramienta estadística, cuatro se realizan tomando como referente la población de Bogotá, los tres restantes analizan la población de municipios, dos de Cundinamarca y uno de Santander.

En lo referente a los objetivos de las investigaciones, la tabla 14 evidencia que cuatro reportan interés en determinar la prevalencia de la discapacidad en un territorio, dos refieren reportar la asociación en factores determinantes de la salud y la discapacidad y uno nace del interés por determinar un perfil epidemiológico de la discapacidad.

Tabla 14  
*Objetivo de los estudios de investigación en el ámbito estadístico*

TITULO	OBJETIVO
--------	----------

---

Comparación de la caracterización de la población con discapacidad en el municipio de Don Matías, Antioquia, 2005, y relacionarla con los contextos departamental y nacional

Caracterizar a la población con discapacidad del municipio de Don Matías reportada en el Censo DANE Antioquia y para Colombia

Prevalencia y caracterización de la población en condición de discapacidad del municipio de Los Santos (Santander, Colombia), durante 2010 y 2011.

Determinar la prevalencia y caracterizar la población en condición de discapacidad del municipio de Los Santos (Santander, Colombia), 2011

Prueba piloto para la elaboración del perfil epidemiológico de discapacidad en el municipio de Madrid (Cundinamarca)

Implementar una prueba piloto que permita fijar los criterios necesarios para la definición del perfil epidemiológico de discapacidad en el municipio de Madrid, Cundinamarca.

SIDUR: formulación de un sistema de información con uso de vocabulario controlado orientado a la caracterización y muestreo de la población con y sin discapacidad, atendida por las prácticas de los programas de Rehabilitación, Universidad del Rosario

Creación de un registro para la caracterización de la población atendida por los PAC de rehabilitación, que incluye el uso de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Salud y la Discapacidad (CIF) de la OMS.

Inequidad social y discapacidad

Medir el efecto e impacto de las desigualdades sociales sobre la capacidad - discapacidad de los bogotanos, con base en el “Registro para la Localización y Caracterización de la Población con Discapacidad en Bogotá” correspondiente al año 2006.

---

---

Magnitud de la discapacidad en Colombia: una aproximación a sus determinantes

Esta investigación usó los datos del Registro, analizó los factores contextuales ambientales, personales y sociales de la CIF con el propósito de identificar las relaciones determinantes de la discapacidad. El objetivo de la presente fase de desarrollo del proyecto plantea una hipótesis metodológica de agrupación y relación de las variables del Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, que tienen correspondencia con los factores contextuales ambientales, personales y sociales de la CIF con el propósito de identificar las relaciones determinantes de la discapacidad entre dichos factores. La hipótesis metodológica de agrupación, relación y correlación de variables ha sido formulada a partir de los factores contextuales de la CIF.

Caracterización de personas con discapacidad del municipio de Sopó, Cundinamarca, Colombia

Caracterizar la población con discapacidad del Municipio de Sopo Cundinamarca

---

En lo referente al año de publicación se puede establecer que cuatro artículos se publicaron en el 2008, uno en el 2010, otro en el 2012 y uno en el 2014.

En cuanto a los componentes de la CIF que emplean las investigaciones revisadas se puede establecer que seis hacen referencia a los componentes empleados por el RPLCD: funciones corporales, estructuras corporales, actividades y participación y factores ambientales. Solo una investigación reporta realizar su análisis a partir de los factores contextuales ambientales, personales y sociales que, se relacionan con los módulos del Registro sobre localización y vivienda, identificación personal, caracterización y origen de la discapacidad, salud, educación y participación.

**Aplicaciones de la CIF en el ámbito educativo en Colombia.**

Se encontraron 4 artículos empleados en el ámbito educativo entendido según la OMS (2001) como “para diseño del «currículum”, y para aumentar la toma de conciencia de la sociedad y para poner en marcha actividades sociales”.

Dos de las publicaciones encontradas relacionaron el uso de la CIF en su versión original publicada en 2001, que coincide con las publicaciones que fueron realizadas en contexto universitario o en el periodo de transición con la vida adulta (Restrepo Hernández et al, 2013), sin embargo, teniendo en cuenta que se evidenció investigación además en contextos de educación básica y media, 2 publicaciones emplearon la clasificación de infancia y adolescencia publicada por la OMS en el año 2007.

Como se muestra en la tabla 15, sólo un documento encontrado, realizado con 98 niños y niñas de 0 a 5 años en situación de desplazamiento pertenecientes a 92 familias de la localidad de Kennedy en la ciudad de Bogotá D.C, manifestó la utilización de listas de chequeo como instrumentos derivados de la CIF, a partir de las cuales se realizó un proceso de traducción y retrotraducción de dos instrumentos basados específicamente los dominios de actividades y participación de la clasificación ICF-CY (2007).

Tabla 15  
*Componentes de la CIF incluidos en el ámbito educativo*

Componentes de la CIF incluidos	Número de documentos
Actividades y participación	3
Actividades y participación	1
Factores contextuales	

Otro elemento clave de análisis es el tipo de población empleada para el estudio. En este sentido, se encontró que de los 4 estudios, 3 fueron realizados con personas con discapacidad, el estudio restante fue realizado en personas desplazadas reconocidas por el departamento de prosperidad social en Bogotá. La descripción de la población se presenta en la tabla 16.

Tabla 16  
*Población que participó en los estudios educativos*

Autores	Tipo de población
Monsalve-Robayo, Arias-Enciso, y Betancourt-Alzate (2014)	20 jóvenes con discapacidad intelectual, en edades entre los 16 y 22 años.
Asprilla Asprilla; Dueñas Velasco; y Trujillo Arango (2011)	5 estudiantes en situación de discapacidad Profesores Monitores Pares Directivos y funcionarios de la Universidad del Valle
Castro, Restrepo, López y Torres (s.f)	98 niños y niñas de 0 a 5 años en situación de desplazamiento pertenecientes a 92 familias de la localidad de Kennedy en la ciudad de Bogotá D.C.
Bernal (2009)	3 estudiantes con discapacidad intelectual de 12 a 16 años, que cursan secundaria, en colegios de educación regular.

Dos elementos que se consideran importantes de mencionar sobre los documentos que relacionaron un uso educativo, corresponden a los artículos de Castro, Restrepo, López y Torres (s.f); y Monsalve-Robayo, Arias-Enciso, y Betancourt-Alzate (2014). El primero documentó en uso de la CIF como herramienta curricular en la justificación del ejercicio de prácticas formativas; y aunque el documento referencia la aplicación del CIF-NJ como herramienta de investigación, el artículo no delimita aspectos metodológicos que permitan clasificarlo como tal. El segundo refiere la utilización de un instrumento de evaluación pre-vocacional diseñado en el año 1999 antes del desarrollo de la CIF, por cuanto el uso de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (2001) se remite a la interpretación del instrumento pre-vocacional a la luz del componente de la CIF de interés para los autores (Actividades y Participación).

**Aplicaciones de la CIF en el Ámbito de la Política Social en Colombia.**

En la revisión de los documentos realizados se encontraron seis documentos que dieron

cuenta del uso de la CIF en este ámbito, en el cual se emplea la clasificación “en la planificación de sistemas de seguridad social, sistemas de compensación, y para diseñar e implementar políticas [SEP]” (OMS 2001). Como es evidente en la tabla 17, cinco de las seis investigaciones que reportadas se desarrollaron en Cundinamarca cabe resaltar que todas fueron publicadas en el año 2013.

Tabla 17

*Identificación de los artículos según información de publicación*

<b>Título</b>	<b>Departamento (en donde se desarrolló la investigación)</b>	<b>Universidad y/o institución que avala el estudio</b>	<b>Año Publicación</b>
Clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y certificación de discapacidad en Colombia (Cortés-Reyes, Riveros y Pineda-Ortiz, 2013)	Cundinamarca	Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá	2013
Valoración ocupacional de las personas con discapacidad, desde la perspectiva de las capacidades humanas.	Cundinamarca	Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá	2013
Construcción de una herramienta para certificar la discapacidad en Colombia.	Cundinamarca	Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá	2013
Caracterización de una población en situación de discapacidad intelectual, desde los dominios de la salud y los dominios relacionados con la salud con miras a un proceso de inclusión laboral.	Valle del Cauca	Universidad del Valle, Escuela de Salud	2013
Certificación de discapacidad como herramienta para la accesibilidad a derechos e inclusión social	Cundinamarca	Departamento de la Ocupación Humana, Facultad de Medicina.	2013

		Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.	
Aplicación de sistemas de clasificación en contextos educativos: Facilitando los procesos de inclusión de personas en situación de discapacidad intelectual	Cundinamarca	Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá	2013

En la tabla 18 se presentan los objetivos de los documentos que referencian el uso de la CIF en Colombia en el ámbito de la Política Social se centran en la búsqueda de la compensación y generar beneficios dentro del sistema de seguridad social.

Tabla 18.  
*Objetivos de los artículos sobre política social*

<b>Título</b>	<b>Objetivos</b>
Clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y la certificación de discapacidad en Colombia	Exponer el porqué del proceso de certificación de discapacidad y la forma como se operacionaliza el concepto de discapacidad desde la estructura de dominios y categorías de la CIF
Valoración ocupacional de las personas con discapacidad, desde la perspectiva de las capacidades humanas.	Describir el proceso de construcción de la herramienta denominada Valoración Ocupacional de las personas con discapacidad en Colombia.
Construcción de una herramienta para certificar la discapacidad en Colombia.	Describir el proceso de construcción de una herramienta para la certificación de la condición de discapacidad en Colombia
Caracterización de una población en situación de discapacidad intelectual, desde los dominios de la salud y los dominios relacionados con la salud con miras a un proceso de inclusión laboral.	Identificar la construcción de persona en situación de discapacidad intelectual que se tiene desde el entorno cercano y la sociedad en general

---

<p>Certificación de discapacidad como herramienta para la accesibilidad a derechos e inclusión social</p> <p>Aplicación de sistemas de clasificación en contextos educativos: Facilitando los procesos de inclusión de personas en situación de discapacidad intelectual</p>	<p>Presentar la certificación de discapacidad como herramienta para la accesibilidad a derechos e inclusión social de las personas con discapacidad</p> <p>Construir una herramienta basada en la CIF - NJ, encaminada a determinar un perfil funcional de utilidad en el contexto educativo, especificando y describiendo los elementos y características principales de dicha herramienta para contribuir a la inclusión educativa de los estudiantes con discapacidad intelectual en Bogotá</p>
--	--

---

En lo referente a la versión de la CIF empleada, se evidencia en la tabla 19 que seis de los siete documentos revisados utilizaron como referente la versión de 2001, solamente uno toma versión ICF CY 2007.

Tabla 19  
*Versión de la CIF empleada para política Social*

<b>Título</b>	<b>Versión de la CIF</b>
Clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y certificación de discapacidad en Colombia	CIF 2001
Valoración ocupacional de las personas con discapacidad, desde la perspectiva de las capacidades humanas.	CIF 2001
Construcción de una herramienta para certificar la discapacidad en Colombia.	CIF 2001
Caracterización de una población en situación de discapacidad intelectual, desde los dominios de la salud y los dominios relacionados con la salud con miras a un proceso de inclusión laboral.	CIF 2001
Certificación de discapacidad como herramienta para la accesibilidad a derechos e inclusión social	CIF 2001

Aplicación de sistemas de clasificación en contextos educativos: Facilitando los procesos de inclusión de personas en situación de discapacidad intelectual ICF CY 2007

---

En lo referente a los componentes de la CIF empleados se evidencia que predomina el de actividades y participación, aunque en algunos casos se tomaron como referente todos los componentes.

Tabla 20.  
*Componentes de la CIF empleados en política social*

<b>Título</b>	<b>Componentes de la CIF</b>
Clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y certificación de discapacidad en Colombia	Actividades y Participación
Valoración ocupacional de las personas con discapacidad, desde la perspectiva de las capacidades humanas.	Actividades y Participación
Construcción de una herramienta para certificar la discapacidad en Colombia.	Funciones y estructuras, actividades participación, facilitadores y barreras en factores contextuales
Caracterización de una población en situación de discapacidad intelectual, desde los dominios de la salud y los dominios relacionados con la salud con miras a un proceso de inclusión laboral.	Funciones y estructuras corporales, actividades y participación, factores ambientales
Certificación de discapacidad como herramienta para la accesibilidad a derechos e inclusión social	No aplica
Aplicación de sistemas de clasificación en contextos educativos: Facilitando los procesos de inclusión de personas en situación de discapacidad intelectual	Actividades y Participación

---

En la tabla 21 se muestra que cuatro de los seis documentos revisados hacen referencia

a instrumentos generados para medir el impacto de la discapacidad tomando como referente la CIF, dos de ellos hacen referencia al mismo instrumento, en conclusión se evidencia la construcción de tres instrumentos de medición en este ámbito.

Tabla 21.

*Instrumentos creados en Colombia a partir de la CIF para política social*

<b>Título</b>	<b>Instrumentos creados en Colombia a partir de la CIF (Instrumentos diferentes a la CIF)</b>
Valoración ocupacional de las personas con discapacidad, desde la perspectiva de las capacidades humanas.	Herramienta de Valoración Ocupacional de las personas con discapacidad
Construcción de una herramienta para certificar la discapacidad en Colombia.	Herramienta para certificación de discapacidad en Colombia
Caracterización de una población en dominios relacionados con la salud con miras a un proceso de inclusión laboral.	Instrumento desde la CIF para medir funciones, estructuras, actividades y participación y factores desde los dominios de la salud y los contextuales.
Aplicación de sistemas de clasificación en contextos educativos: Facilitando los procesos de inclusión de personas en situación de discapacidad intelectual	Perfil Funcional CIF NJ

**Aplicación de la CIF como herramienta de Investigación en Colombia**

La Clasificación internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud define que su implementación como herramienta de investigación permite “medir resultados, calidad de vida o factores ambientales” (OMS 2001), razón por la cual todos los documentos analizados son producto de investigación, sin embargo solo el artículo publicado por Monsalve-Robayo, Arias-Enciso, yBetancour-Alzate(2014), denominado “Análisis del dominio aprendizaje y aplicación

del conocimiento propuesto por la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud, en un grupo de jóvenes con discapacidad intelectual.” Afirma en su discusión haber empleado la CIF en este ámbito de aplicación.

Se utiliza la CIF como herramienta de investigación, “destacando que es una clasificación que identifica los constituyentes de los componentes de la salud con posibilidad de elaborar un perfil del funcionamiento y la discapacidad. Se permite la comparación de los niveles de funcionamiento de una persona antes y después de participar en un programa de transición a la vida adulta y con base en esta tomar decisiones sobre el plan de mejoramiento del programa”

Sin embargo este artículo fue analizado para fines de esta investigación en la aplicación de la clasificación como herramienta educativa - para diseño del «currículum”, y para aumentar la toma de conciencia de la sociedad y poner en marcha actividades sociales.

### **Conclusiones**

Reconocer los diferentes contextos en que se reporta el uso de la clasificación internacional del Funcionamiento, la discapacidad y la salud (CIF), permite hacer evidente la diversidad de intereses que pueden ser abordados a partir de los alcances explícitos e implícitos de la clasificación. Por su construcción y los involucrados en ella, se esperaría que inicialmente los contextos clínicos y de comunidad fueran los exclusivos usuarios de la clasificación, no obstante, los resultados mostraron que la clasificación permite trascender este alcance y ser de utilidad para el desarrollo de análisis estadísticos, para la elaboración de políticas públicas, o para el desarrollo académico.

Esta investigación sirve como punto de partida para la apropiación de la clasificación y sus instrumentos derivados. Así mismo permite hacer evidente la necesidad de mayor exploración de

los beneficios potenciales que proporciona la clasificación como un instrumento que logra mirar la salud como un constructo multidimensional determinado por diversos aspectos, y que además en sentido opuesto determina el desarrollo de la persona en múltiples contextos (reconocidos por la clasificación).

Se requiere mayor uso de la CIF en la construcción de política pública. Es pertinente formar a los legisladores en la mirada que hace la clasificación de los procesos de salud, sólo así se pueden lograr leyes que reconozcan la multisectorialidad asociada a los procesos de salud y a la discapacidad, lo que tiene un enorme uso potencial en la vinculación de la empresa y del estado para garantizar el cumplimiento de los derechos de las personas con discapacidad, pero además, a la prevención de eventos potencialmente discapacitantes.

Se encontró una limitación importante en el proceso documental de este estudio por cuanto la publicación limitada de acciones basadas en CIF en áreas no investigativas. Esto no significa que no se realicen abordajes de las comunidades con la mirada de la OMS, sino que cuando se ejecutan planes y programas, no se publican cotidianamente documentos que vinculen el soporte conceptual que permita reconocer los aportes de la CIF, o no se detallan los instrumentos y posturas epistemológicas que los soportan, lo que dificulta rastrear el uso de la clasificación en el desarrollo de planes y programas y en la generación de políticas.

### Referencias

- Agudelo Martínez A; Valencia Nogales E (2012). Diseño y validación de un instrumento de evaluación de la discapacidad en personas con lesión medular crónica, basado en el Core set abreviado de la CIF. Componente confiabilidad intraevaluador. Informe final de investigación tesis de maestría Universidad Autónoma de Manizales Facultad de Salud Maestría En Neurorehabilitación
- Aguilar-Zambrano, J; León-Díaz, A; Valencia A (2013) Método interdisciplinar de análisis de productos de apoyo a personas en situación de discapacidad con el uso sinérgico de la función de despliegue de calidad y los procesos analíticos jerárquicos. Ing. Univ. Bogotá (Colombia), 17 (1): 225-241, enero-junio de 2013

- Alzate Cataño M, Montoya Palacio N. (2008). Comparación de la Caracterización de la Población con Discapacidad en el Municipio de Don Matías, Antioquia, con los Contextos Departamental y Nacional. Especialización en Gerencia de la Salud Pública Universidad CES
- Arango Hoyos G, Bolaños Roldan Beatriz A, Fernández Hurtado E. (2012). Calidad de vida y discapacidad en personas con enfermedad de Parkinson de la ciudad de Cali 2011. Universidad Autónoma de Manizales Facultad de Salud Grupo de Investigación Cuerpo-Movimiento.
- Arango Hoyos G, Bolaños Roldan Beatriz A, Fernández Hurtado E. (2012). Calidad de vida y discapacidad en personas con enfermedad de Parkinson de la ciudad de Cali 2011. Universidad Autónoma de Manizales Facultad de Salud<sup>[L]</sup><sub>[SEP]</sub> Grupo de Investigación Cuerpo-Movimiento.
- Asprilla Asprilla M, Dueñas Velasco V; Trujillo Arango M. (2011). Necesidades de Apoyo para la Participación en la Vida Universitaria de un Grupo de Estudiantes en Situación de Discapacidad, Matriculados en el Primer periodo académico del 2011, en una universidad pública del Suroccidente Colombiano. Universidad del Valle Facultad de Salud<sup>[L]</sup><sub>[SEP]</sub> Escuela de Rehabilitación Humana Fonoaudiología
- Bernal Castro C, (2009). Aplicación de la clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud, versión niños y jóvenes CIF - NJ en contextos educativos: facilitación de los procesos de inclusión de personas en situación de discapacidad intelectual en la secundaria. Maestría en Discapacidad e Inclusión Social Universidad de Colombia.

- Camargo-Rojas DA, Castro-Alzate ES, Marchena-Garzón D, Velasco-Salcedo DA, Serrano-Salazar AM, Santos-Santos A, Cuervo MP. Prueba piloto para la elaboración perfil epidemiológico de discapacidad en el municipio de Madrid (Cundinamarca). Rev. Cienc. Salud. 12 (2):229-42
- Castrillón Pérez D, Martínez Severiche E, García Giraldo Ay Suárez-Escudero JFundación Instituto Neurológico de Colombia –INDEC-. (2013).Caracterización del perfil cognitivo y funcional motor en pacientes con síndrome doloroso regional complejo y dolor neuropático: serie de casos. Revista CES Psicología Volumen 6 Número 2 Julio-Diciembre 2013 pp.117-134
- Castro Alzate E; Restrepo Espinosa M; López Garzón V; Torres J (SF) Experiencia de formación en salud mental comunitaria para pregrado: Participación social en niños y niñas de 0 a 5 años en situación de desplazamiento en la localidad de Kennedy, Bogotá, Colombia. Documento Institucional Universidad del Rosario.
- Castro Alzate E; y Castillo Martínez A. (2013). Factores relacionados con la carga de discapacidad en personas con intento de suicidio, atendidas en la red pública de servicios de salud de Santiago de Cali. Revista Colombiana Psiquiatría, vol. 42 / No. 1 / 2013, pp. 29-50.
- Centro Cochrane Iberoamericano, traductores (2012). Manual Cochrane de Revisiones Sistemáticas de Intervenciones, versión 5.1.0 [actualizada en marzo de 2011] [Internet]. Barcelona: Centro Cochrane Iberoamericano; disponible en <http://www.cochrane.es/?q=es/node/269>
- Cobo, E.; Sandoval, C.; y Alvarado Y. (2012). Vol 14 (5): 776-788

- Cortés-Reyes E; Riveros L; Pineda-Ortiz G, (2012). Clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y certificación de discapacidad en Colombia. Revista de Salud Pública , volumen 15, enero-febrero 2013 pp. 129-137.
- Cruz-Velandia I, Hernández-Jaramillo J. Magnitud de la discapacidad en Colombia: una aproximación a sus determinantes. Rev. Cienc. Salud. Bogotá (Colombia) 6 (3): 23-35, septiembre-diciembre de 2008
- Finger, M.; Cieza, A.; Stoll, J.; Stucki, G.; y O Huber E. (2006). Identification of Intervention Categories for Physical Therapy, Based on the International Classification of Functioning, Disability and Health: A Delphi Exercise. Physical Therapy . Volume 86 . Number 9 . September 2006.
- Henao Lema, C P. ; Perez Parra J.E; (2011). Situación de discapacidad de la población adulta con lesión medular de la ciudad de Manizales. Hacia la Promoción de la Salud, Volumen 16, No.2, julio - junio 2011, págs. 52 - 67
- Henao-Lema C; Pérez-Parra J. (2010) Lesiones medulares y discapacidad: revisión bibliográfica. AQUICHAN AÑO 10 - VOL. 10 No 2.
- Henao-Lema C; Pérez-Parra J. Modelo predictivo del grado de discapacidad en adultos con lesión medular: resultados desde el WHO-DAS II. Rev. Cienc. Salud. 9 (2): 159-172
- Hijuelos Cárdenas M, Angarita Fonseca A, Martínez Marín R, Criado L, Rojas Cruz M, Rangel Mantilla L, Torres Vega Y (2011). Prevalencia y caracterización de la población en condición de discapacidad del municipio de Los Santos (Santander, Colombia), 2011. Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2012; 28 (2): 238-250

"

- Hurtado Floyd M, Aguilar Zambrano J, Mora Antó A, Sandoval Jiménez C, Peña Solórzano C, León Díaz A (2012) Identificación de las barreras del entorno que afectan la inclusión social de las personas con discapacidad motriz de miembros inferiores. *Revista Científica Salud Uninorte*, Vol 28, No 2
- Lugo L; García H; Cano Blanca; Arango-Lasprilla J; Alcaraz O. Estudio multicéntrico de las características epidemiológicas y clínicas de las personas lesionadas en accidentes de tránsito en Medellín, Colombia, 2009-2010. *Colombia Médica* - Vol. 44 No 2 2013 (Apr-june) pp. 100-1007.
- Martínez F. (2008) Inequidad social y discapacidad.
- Méndez, C. E., (2009). Metodología, diseño y desarrollo del proceso de investigación con énfasis en ciencias empresariales. Cuarta Edición. México: Limusa
- Moreno-Angarita, M.; Cortés-Reyes, E.; Cárdenas-Jiménez, A.; Mena-Ortiz, L. y Giraldo-Rátiva, Z. (2013). Construcción de una herramienta para certificar la discapacidad en Colombia. *Rev. salud pública*. 15 (4): 517-528.
- Monsalve-Robayo A.; Arias-Enciso, L.; Betancour-Alzate, L. (2014). Análisis del dominio aprendizaje y aplicación del conocimiento propuesto por la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud, en un grupo de jóvenes con discapacidad intelectual. *Revista Educación* Vol. 38 (1), 117-129.
- Ortega N, Pulido S, SIDUR: formulación de un sistema de información con uso de vocabulario controlado orientado a la caracterización y muestreo de la población con y sin discapacidad, atendida por las prácticas de los programas de Rehabilitación, Universidad del Rosario. *Rev. Cienc. Salud* 2010; 8 (1): 55-67.

- Pastrán Alfonso, O.; Céspedes Nieves, G.; Ruíz, M.; y Silva Preciado, S. (2007). Evaluación conceptual de la discapacidad . Situación actual de la discapacidad en Colombia y lineamientos para el abordaje. *Revista Colombiana de Rehabilitación*. Vol 6.
- Pastrán Alfonso, O.; Céspedes Nieves, G.; Ruíz, M.; y Silva Preciado, S. (2008). Caracterización de las personas con discapacidad del municipio de Sopó, Cundinamarca Colombia. *Revista Colombiana de Rehabilitación*. Vol 7.
- Pérez, C (2012) Instrumento para la evaluación de la percepción del ambiente como facilitador o barrera en personas con evento cerebrovascular. *Revista colombiana de rehabilitación*. Bogotá (Colombia). Vol 11 pp. 80 – 86
- Pérez, C. (2014). Diseño y validación de un instrumento para la evaluación de la percepción del ambiente como facilitador o barrera en personas con eventos motrices de origen osteomuscular y neurológico. (Tesis sin publicar). Universidad de Buenos Aires – Con apoyo de la Escuela Colombiana de Rehabilitación (Bogotá – Colombia).
- Pérez Parra J.E; Henao Lema, C P. (2013) Relación entre las complicaciones clínicas y discapacidad en población colombiana con lesión medular: resultado desde WHOS DAS II. *AQUICHAN Volumen 13, No 2 Pag 173-185*
- Pita Fernández S. (2001). Tipos de estudios clínico epidemiológicos. *Epidemiología*. Conceptos básicos. En: *Tratado de Epidemiología Clínica*. Madrid; DuPont Pharma, S.A.; Universidad de Alicante: 1995. p. 25-47. Actualización 28/02/2001.
- Quintero, C.; Plata, J. Moreno, y Toro. ( s.f.). Aplicación de la Escala EvAViD (Evaluación de las Actividades de la Vida Diaria) en una prueba piloto para su validación y uso en la población Colombiana con discapacidad. Tesis.

- Quintero C; Suarez J.C.(2014) Perfil de Funcionamiento, mediante CIF-2001, en un hombre con déficits neurológicos posteriores a TEC moderado: reporte de caso. Medicina U.P.B. 33(1) : 56-65
- Restrepo Hernández I; Afanador Rueda S; Rodríguez Ferro F; Molina Bejar R ; Vaca Vaca M; Rodríguez Díaz M ; Chávez Rodríguez M. (2013 ) Herramientas de evaluación para medir el impacto de programas de transición a la vida adulta dirigidos a jóvenes con discapacidad intelectual . Universidad del Rosario. Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. Grupo de investigación Ciencias de la Rehabilitación. Documentos de investigación núm. 17 / Febrero de 2013
- Rubio G. M, (2010). El Desempeño Sensorial de un Grupo de Pre-Escolares Y Escolares con Dificultades en las Actividades Cotidianas. Rev.Fac.Med. 2010 Vol. 58 No. 4 pp. 283- 292
- Salamanca Duque L, (2010) , Construcción, validación y confiabilidad de un cuestionario sobre niños y niñas con TDAH. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, Manizales, Doctorado en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud del Centro de Estudios Avanzados en Niñez y Juventud de la Universidad de Manizales y el CINDE, vol. 8, núm. 2, julio-diciembre 2010, pp. 1117 - 1129.
- Salamanca Duque L, Naranjo Aristizábal M, Gutiérrez Ríos G, Bayona Prieto J. Confiabilidad intraevaluador del cuestionario para limitaciones en la actividad y restricciones en la participación de niños con TDAH. Revista Colombiana Psiquiatría. 2014;43: pp. 25-31
- Salamanca-Duque LM, Naranjo-Aristizábal MMC, Méndez-Narváez M, Sánchez DP. Consistencia interna y validez concurrente del cuestionario para evaluación de limitaciones y restricciones en niños con TDAH. Rev Cienc Salud. 2014;12(3): 371-84

Steiner WA, Ryser L, Huber E, Uebelhart D, Aeschlimann A, Stucki G. (2002). Use of the ICF model as a clinical problem-solving tool in physical therapy and rehabilitation medicine.

*Physical Therapy*; 11: 1098-107

Universidad del Valle Facultad de Salud Escuela de Rehabilitación Humana Fonoaudiología.

<http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/xmlui/handle/10893/4166?show=full>"

Anexo A

Componentes de la matriz de recolección de información

Titulo	Autores	Disciplinas que participaron en la elaboracion del estudio (Pregrado)	"Disciplinas que participaron en la elaboracion del estudio (Posgrado)

Tipo de publicación	Departamento (en donde se desarrolló la investigación)	Universidad y/o institución que avala el estudio (incluye sede)	Año (año de publicación)	Bibliografía	Objetivos	Tipo de estudio

Diseño o Método	Otras descripciones metodológicas (Sólo para estudios que no diferencian claramente Tipo y diseño)	Tamaño de la muestra (número absoluto)	Franja de edad (es) (ciclo vital)	Características de la población analizada	Escalas o instrumentos utilizados (Nombrar los instrumentos diferentes a la CIF)	Versión de la CIF (Validada)

Versión de la CIF	Componentes de la CIF	Componentes de la CIF utilizados en el artículo	Instrumentos derivados de la CIF	Instrumentos derivados de la CIF utilizados en el análisis (WHO-DAS, Core sets, Check list)	Instrumentos creados en Colombia a partir de la CIF (Nombrar los instrumentos diferentes a la CIF)	Aplicaciones (Validadas)

Aplicaciones de la clasificación (según los objetivos de investigación) Ámbito en el que se realizó la investigación	El artículo es útil para la investigación (Si o No)	Evaluador(a)