

Agradecimientos

Este trabajo de grado no habría nacido sin el alentador apoyo de nuestros docentes. Las enseñanzas, conocimientos y aportes metodológicos siempre son guía esencial en el desarrollo de la fisioterapia.

Sin duda nos encontramos por un camino en el que el esfuerzo de cada ser humano cimienta los progresos del futuro; es por ello que debemos reforzar nuestro intelecto para poder brindar, como profesionales, un servicio de calidad, con humildad, amor y responsabilidad ante quienes necesiten de nuestra ayuda.

La Escuela Colombina de Rehabilitación, dentro de su compromiso de formar profesionales, tanto a nivel académico como en la formación de valores éticos, hizo posible la realización de este proyecto. Su preocupación por que sus egresados se formen con ideales de superación y siempre en búsqueda de la excelencia, construye las bases de una visión profesional innovadora.

Agradecemos a la doctora, Yanethxy Torres, por su vinculación, de forma incondicional, en el seguimiento de nuestro trabajo, por aclarar nuestras dudas e inquietudes y por indicarnos el procedimiento adecuado para poder lograr los objetivos propuestos.

A los Fisioterapeutas encuestados, que a pesar de cumplir con jornadas arduas de trabajo, se comprometieron a ser parte de nuestra investigación, ayudándonos, generosamente, al cumplimiento de las metas propuestas por cada una de las integrantes del proyecto.

Las instituciones Hospitalarias, Instituciones Prestadoras de Salud, Consultorios y Gimnasios, dispensadoras de excelente calidad de servicio a la comunidad, por facilitar el acceso a las fuentes de investigación.

Por último, la dedicación y motivación a los estudiantes, al igual que la trayectoria meritoria de la asesora metodológica, Martha Jiménez, es digna de destacar por guiar el proceso y trayectoria del proyecto.

Dedicatoria

A Dios por su amor, inteligencia y perfección que permite a nuestra propia existencia iluminar el camino que nos conducirá hacia la felicidad.

A mi padre por que hace parte de mi esencia y siempre me ha apoyado en los momentos en que mas lo necesito. El me ha enseñado los valores fundamentales que rigen la vida.

A mi madre por su comprensión, ternura, amor y sus cariñosas observaciones que hicieron de mí una persona responsable y con capacidad benefactora para la sociedad.

A mis hermanos por el sólido apoyo que me han manifestado y sus valiosos comentarios para mi formación personal.

A Rafael por que él me ha enseñado que en este mundo se debe luchar con esfuerzo y dedicación, olvidando el pasado, pero siempre viviendo el presente, para construir nuestro futuro.

Marleidy Jiménez Blanco

Dedicatoria

A Dios, por la vida, por su gracia, sustento, amor y paciencia. Gracias Señor por guiarme en cada paso que doy y por permitir que se haga realidad cada uno de los proyectos y metas fijadas en mi vida.

A mis padres, por sus oraciones y su apoyo durante los días difíciles, por creer en mí y estar a mi lado, a pesar de la incertidumbre y por que sin ellos muy difícilmente hubiese sido posible llegar al final de este largo camino

A mis hermanos por escucharme, por su disposición, apoyo incondicional y gratificantes consejos.

A cada uno de mis amigos que a lo largo de mi carrera han sido una de las más grandes bendiciones.

Gracias por sus oraciones para que este proyecto sea una realidad.

Pilar Y. Sánchez Tenjo

Dedicatoria

Todo proyecto de investigación deja consigo gratas experiencias. Para mí, no fue nada fácil este logro, por eso lo dedico a todos aquellos que supieron tenerme paciencia.

A mis dos hijos Daniel y Yurani, prolongaciones de mi existencia, a mi esposo maravilloso, por que de manera permanente les robe mi presencia para dedicarla a mi profesión y tesis. Mi familia siempre me brindó su apoyo y entusiasmo para seguir adelante.

A mis compañeras Pilar y Marleidy que, al final, más que compañeras se convirtieron en grandes amigas.

A mis maestros y amigos que me estimularon para seguir la carrera que elegí. Sin la ayuda de ellos difícilmente lo habría logrado.

A Dios por que siempre estuvo conmigo en el momento de desfallecer y me iluminó.

Martha Lucia Castro Guzmán

Los conceptos emitidos en este trabajo son responsabilidad de las autoras

**EL DIAGNOSTICO FISIOTERAPÉUTICO Y SU APLICACIÓN EN LA
PRÁCTICA PROFESIONAL ANTE LOS MODELOS QUE LO SUSTENTAN**

MARLEIDY JIMÉNEZ BLANCO

MARTHA LUCIA CASTRO

PILAR SÁNCHEZ TENJO

**FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA FUNDACIÓN
ESCUELA COLOMBIA DE REHABILITACIÓN**

2003

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	14
INTRODUCCIÓN	15
MARCO TEÓRICO	19
PROBLEMA	55
OBJETIVO GENERAL	56
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	56
VARIABLES	56
MÉTODO	59
TIPO DE INVESTIGACIÓN	59
PARTICIPANTES	59
INSTRUMENTOS	64
PROCEDIMIENTO	65
RESULTADOS	66
DISCUSIÓN	87
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	92
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1.	Como llegar al diagnóstico fisioterapéutico	25
FIGURA 2.	Proceso de producción de un Handicap	34
FIGURA 3.	Cuidado de la salud y el modelo discapacitante	37
FIGURA 4.	Clasificación del Instituto de Medicina	38
FIGURA 5.	Relación entre el modelo de discapacidad, salud en relación con calidad de vida.	39
FIGURA 6.	Institución en la cual labora	60
FIGURA 7.	Área de trabajo	61
FIGURA 8.	Universidad de egreso	62
FIGURA 9.	Tiempo de ejercicio profesional	63
FIGURA 10.	Estudios de postgrado	64
FIGURA 11.	Frecuencia con que se realiza el diagnóstico Fisioterapéutico	66
FIGURA 12.	Porcentaje de Instituciones que emplean Formato para el diagnóstico fisioterapéutico	67
FIGURA 13.	Criterios o conceptos que se deben tener en cuenta a la hora de realizar diagnóstico fisioterapéutico	68
FIGURA 14.	Concepto que los fisioterapeutas tienen del Diagnóstico fisioterapéutico.	69
FIGURA 15.	Conceptos que los fisioterapeutas utilizan del Modelo Nagi	71
FIGURA 16.	Conceptos del modelo de la OMS de 1972 CIE que utilizan los fisioterapeutas en la formulación del diagnóstico fisioterapéutico	72
FIGURA 17.	Conceptos del modelo del Centro Nacional para la Investigación y Clasificación en Rehabilitación (NCMRR) que utilizan los fisioterapeutas en la formulación del diagnóstico fisioterapéutico	73

FIGURA 18.	Conceptos del modelo de Wood que utilizan los fisioterapeutas en la formulación del diagnóstico	74
FIGURA 19.	Conceptos del modelo de la OMS de 1980 CIDDM que utilizan los fisioterapeutas en la Formulación del diagnóstico	75
FIGURA 20.	Conceptos del modelo de la OMS de 2001 CIF que utilizan los fisioterapeutas en la formulación del diagnóstico	76
FIGURA 21.	Concepto del modelo de Lineamiento 1999 Ministerio de Salud Colombia que utilizan los fisioterapeutas en la formulación del diagnóstico	77
FIGURA 22.	Fisioterapeutas que utilizan conceptos diferentes A los modelos.	78
FIGURA 23.	Fisioterapeutas que conocen los modelos que sustentan el diagnóstico fisioterapéutico.	79
FIGURA 24.	Fisioterapeutas que tienen en cuentas los modelos para elaborar el diagnóstico fisioterapéutico	80
FIGURA 25.	Modelos que están utilizando los fisioterapeutas Para la formulación del diagnóstico.	81
FIGURA 26.	Conceptos de diagnóstico según área de trabajo	82
FIGURA 27.	Campo profesional según frecuencia con que se Se realiza el diagnóstico fisioterapéutico.	83
FIGURA 28.	Modelo que utilizan según estudios de postgrado.	84
FIGURA 29.	Modelos que tienen en cuenta para el diagnóstico los fisioterapeutas con relación al tiempo de ejercicio profesional	85

LISTA DE TABLAS

TABLA 1.	Diferenciación entre el diagnóstico médico y fisioterapéutico.	24
TABLA 2.	Clasificación según NAGI.	30
TABLA 3.	Clasificación según OMS (CIDH).	31
TABLA 4.	Clasificación según Centro Nacional Para la Investigación y Clasificación en Rehabilitación.	31
TABLA 5.	Clasificación de deficiencias.	35
TABLA 6.	Clasificación de discapacidades.	35
TABLA 7.	Limitación de la actividad.	50
TABLA 8.	Primer calificador barreras o facilitadores.	51
TABLA 9.	Institución en la cual labora	60
TABLA 10.	Área de trabajo	61
TABLA 11.	Universidad de egreso	61
TABLA 12.	Tiempo de ejercicio profesional	62
TABLA 13.	Estudios de postgrado	63
TABLA 14.	Frecuencia con que se realiza el diagnóstico	66
TABLA 15.	Porcentaje de Instituciones que emplean Formato para el diagnóstico fisioterapéutico	67
TABLA 16.	Criterios o conceptos que se deben tener en cuenta a la hora de realizar el diagnóstico fisioterapéutico	68
TABLA 17.	Concepto que los fisioterapeutas tienen del Diagnóstico fisioterapéutico.	69
TABLA 18.	Conceptos que los fisioterapeutas utilizan del Modelo Nagi	70
TABLA 19.	Conceptos del modelo de la OMS de 1972 CIE que utilizan los fisioterapeutas en la formulación Del diagnóstico fisioterapéutico	71

TABLA 20.	Conceptos del modelo del Centro Nacional para la Investigación y Clasificación en Rehabilitación (NCMRR) que utilizan los fisioterapeutas en la formulación del diagnóstico fisioterapéutico	72
TABLA 21.	Conceptos del modelo de Wood que utilizan los fisioterapeutas en la formulación del diagnóstico	73
TABLA 22.	Conceptos del modelo de la OMS de 1980 CIDDM que utilizan los fisioterapeutas en la Formulación del diagnóstico	74
TABLA 23.	Conceptos del modelo de la OMS de 2001 CIF que utilizan los fisioterapeutas en la formulación del diagnóstico	75
TABLA 24.	Concepto del modelo de Lineamiento 1999 Ministerio de Salud Colombia que utilizan los fisioterapeutas en la formulación del diagnóstico	77
TABLA 25.	Fisioterapeutas que utilizan conceptos diferentes A los modelos.	78
TABLA 26.	Fisioterapeutas que conocen los modelos que sustentan el diagnóstico fisioterapéutico.	79
TABLA 27.	Fisioterapeutas que tienen en cuentas los modelos para elaborar el diagnóstico fisioterapéutico	80
TABLA 28.	Modelos que están utilizando los fisioterapeutas Para la formulación del diagnóstico.	81
TABLA 29.	Conceptos de diagnóstico según área de trabajo	82
TABLA 30.	Campo profesional según frecuencia con que se Se realiza el diagnóstico fisioterapéutico.	83
TABLA 31.	Modelo que utilizan según estudios de postgrado.	84
TABLA 32.	Modelos que tienen en cuenta para el diagnóstico los fisioterapeutas con relación al tiempo de ejercicio profesional	85

ANEXO

- ANEXO A.** Cartas Asociación Colombiana de Fisioterapeutas ASCOFI
- ANEXO B.** Formula para la definición de la muestra.
- ANEXO C.** Cartas Instituciones.
- ANEXO D.** Encuesta.

EL DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÉUTICO Y SU APLICACIÓN EN LA PRÁCTICA PROFESIONAL ANTE LOS MODELOS QUE LO SUSTENTAN

Marleidy Jiménez Blanco, Martha Lucia Castro, Pilar Sánchez Tenjo
Institución Universitaria Fundación Escuela Colombia de Rehabilitación

Resumen

El objetivo principal de esta investigación, fue identificar qué conceptos de los modelos están aplicando los profesionales de fisioterapia para la formulación del diagnóstico fisioterapéutico, a partir de una investigación exhaustiva en la literatura y en los antecedentes investigativos. El tipo de investigación utilizado en este estudio es descriptivo exploratorio, puesto que se propuso conocer grupos homogéneos (modelos de diagnóstico fisioterapéutico), utilizando criterios sistemáticos que permiten poner de manifiesto su estructura. Para la recopilación de la información se creó una encuesta que se aplicó a una muestra representativa de 70 profesionales en fisioterapia, adscritos a diferentes campos profesionales; la mayoría de ellos (94%) al campo asistencial; finalmente se realizó en esta muestra el análisis de los diferentes modelos utilizados para la formulación del diagnóstico fisioterapéutico, encontrando que los fisioterapeutas utilizan los conceptos evaluados sin conocer el modelo al cual pertenece, aún, en algunos casos, no se muestra claridad conceptual. Se encontró, adicionalmente, poca actualización, puesto que el 63% de la muestra continua trabajando con los conceptos de la OMS de 1972 y el 47% no utilizan modelo alguno para el diagnóstico fisioterapéutico.

Palabras clave: Diagnóstico Fisioterapéutico, Aplicación, Modelos, Conceptos, términos.

EL DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÉUTICO Y SU APLICACIÓN EN LA PRÁCTICA PROFESIONAL ANTE LOS MODELOS QUE LO SUSTENTAN

Los fisioterapeutas en comunicación directa con el equipo interdisciplinario, una vez determinada la patología, establecen su propio diagnóstico. Se busca que el diagnóstico fisioterapéutico integre globalmente criterios amplios y coherentes acerca de la persona cuya capacidad funcional se ha visto alterada para desarrollar su control motor.

Desde el comienzo de la fisioterapia y con los notables desarrollos de la ciencia, tanto en conocimientos básicos como en sus aplicaciones clínicas, se han involucrado diferentes conceptos a la hora de formular un diagnóstico fisioterapéutico.

Dado que este tema ha sido poco caracterizado para el desarrollo de la práctica personal y laboral, se recopilan conocimientos que permitan mejorar la formulación del diagnóstico fisioterapéutico.

En la actualidad el diagnóstico fisioterapéutico responde a criterios particulares de cada institución que lo aplica; por lo tanto se hace necesario conocer y analizar los modelos existentes que sustentan el diagnóstico fisioterapéutico para el registro integral y sistemático acerca del movimiento humano y sus alteraciones.

El presente trabajo pretendió Identificar que conceptos de los modelos están aplicando los fisioterapeutas para la formulación del diagnóstico, como herramienta indispensable en su práctica profesional.

Las investigaciones desarrolladas, en este campo, resaltan el trabajo de autores que se han distinguido en proponer modelos que sustentan el diagnóstico fisioterapéutico.

El diagnóstico en fisioterapia comienza a emplearse por Thomson (1963), utiliza como base una investigación de diagnóstico y prescripción para el tratamiento, que obtiene de procedimientos para pacientes en el Hospital San Francisco y Santa Clara de California, sobre un total de 5.000 casos, clasificando los pacientes en intra-hospitalarios y extra-hospitalarios, y plantea una clasificación de diagnóstico por categorías.

Asociación Americana de Terapia Física en 1984, define el diagnóstico fisioterapéutico como un conjunto de síntomas y signos asociados con un desorden o síndrome o algún impedimento categórico o limitaciones funcionales y discapacidad (citado por Fosnaught, 1996).

Sahrmann (1988), marcó la importancia del diagnóstico fisioterapéutico, centrándose en que el diagnóstico médico no era suficiente para el fisioterapeuta. Las categorías del diagnóstico deben ser desarrolladas para identificar una enfermedad por los signos y síntomas y para describirla

Rose (1989), en su artículo definió los roles y funciones del diagnóstico fisioterapéutico. Estableció algunas categorías diagnósticas que dirigen sus prescripciones de tratamiento y proporcionan medios de comunicación a profesionales, practicantes y consumidores sobre las condiciones que requiere su enfoque particular para el tratamiento y pronóstico efectivo. El artículo hace referencia a los criterios que se requieren para el diagnóstico médico y cuáles se exigen para el diagnóstico por parte de los fisioterapeutas.

El estudio realizado por Harris, B & DyreK, D (1989), acerca de la descripción del diagnóstico y clasificación, muestra una formulación que se ha encontrado, particularmente útil, para el diagnóstico por fisioterapeutas, que corresponde a la clasificación internacional de daños, incapacidades y limitaciones, implementados por la OMS.

El propósito manifiesto es proveer un marco conceptual para la recolección y clasificación de datos relevantes en el proceso, en condiciones crónicas e inhabilitantes para individuos y grupos.

Guccione (1991), menciona que el diagnóstico fisioterapéutico no es de uso exclusivo de un grupo profesional y que el proceso del diagnóstico se emplea después de evaluar al paciente para agrupar los hallazgos, interpretar los datos e identificar el problema fisiocinético, siendo diferente al diagnóstico que labora el médico. La delineación de los diagnósticos que están basados en signos y síntomas, y que dirigen las prescripciones del tratamiento, también ayudarán a los terapeutas en el proceso de la identificación de las condiciones que están fuera de su área, lo cual es una necesidad primaria para una práctica segura y ética. Conceptualiza el diagnóstico fisioterapéutico como un proceso y caracterización particular dentro de los modelos de clasificación de limitaciones, modelo desarrollado y sugerido por Nagi.

En 1992, el Centro Nacional para Investigación en Rehabilitación Médica (NCMRR), publicó un modelo de discapacidad derivado de los modelos de Nagi y de la OMS, que utilizó para la clasificación de patofisiología, discapacidad, y limitación Social.

Dekker., Evan., Curfs & Kerssens (1993), estudiaron si existía alguna relación entre el diagnóstico fisioterapéutico y las intervenciones usadas por los fisioterapeutas. Identificaron los diagnósticos objetivos de tratamiento e intervenciones que se usaron para cada uno de los 8.714 pacientes que atendían. Además se aplicó un cuestionario que posteriormente permitió identificar los diagnósticos y metas de tratamiento en términos de deficiencias y discapacidades.

García & Guevara (1996), establecen a través de una encuesta el diagnóstico fisioterapéutico como eje central para enfocar tanto las metas como las modalidades a emplear en el tratamiento. Esto con el fin de ratificar la importancia del diagnóstico fisioterapéutico dentro de la práctica profesional.

El estudio se limitó a describir cuales son los diagnósticos y tratamientos más utilizados por los fisioterapeutas que se encuentran vinculados como trabajadores dependientes en las Instituciones de Bogotá.

El diagnóstico en fisioterapia implantado por Tricas. (1999), desde hace 3 años, realiza una revisión científica en la que presenta, de forma estructurada, las estrategias diagnósticas y la clasificación Internacional de Invalidez. Ofrece soluciones reales desde la perspectiva del fisioterapeuta para su práctica diaria. Su objetivo es exponer los constantes cambios en el campo de la práctica clínica, relacionados con el ejercicio de la fisioterapia, e integra la gestión y metodología del diagnóstico fisioterapéutico.

Cobo (1999), realizó una revisión teórica acerca del concepto del diagnóstico fisioterapéutico y toma como país de referencia a los Estados Unidos, en un período comprendido entre los años 1960 y 1998 para establecer la forma de aplicación del diagnóstico en fisioterapia e identificar los modelos y parámetros específicos utilizados en su planteamiento.

Wainner y Fritz (2001), en su estudio determinó que el diagnóstico es un aspecto importante en la práctica del fisioterapeuta. Seleccionaron pruebas que proporcionan información exacta y evalúan los resultados de acuerdo a la clínica del paciente. Señalan que la mayoría de las discusiones en la terapia física, hasta la fecha, se han centrado en definir el diagnóstico con una insuficiente atención prestada a aclarar los procesos del diagnóstico.

La determinación de la mejor prueba para el diagnóstico, usado en situaciones clínicas, requiere de la capacidad para valorar la descripción con exactitud e interpretar con precisión los resultados. Las publicaciones importantes que conceptualizan los estudios de diagnóstico no se refieren con amplitud sobre el tema. El propósito del artículo es presentar perspectivas en el proceso de diagnóstico basadas en la experiencia en terapia física.

Los aportes mencionados permiten establecer la importancia y la necesidad de conocer los diferentes modelos existentes, para la formulación del diagnóstico fisioterapéutico y la aplicación que de ellos tienen los profesionales en

fisioterapia. Este debe integrar los aspectos primordiales al momento de hacerlo, con un lenguaje claro, conciso y entendible al ser leído o consultado.

Los fisioterapeutas en su campo, tienen libertad de iniciativa ya que pueden por si mismos tomar la decisión o sugerir el abordaje conveniente para el paciente, y al desarrollar el diagnóstico fisioterapéutico, el profesional debe emitir un concepto específico donde se integren los conocimientos generales.

El incremento de graduados en fisioterapia conlleva a que cada uno aporte en su diagnóstico conceptos que cree necesarios e importantes y que luego le permitan realizar un adecuado tratamiento, teniendo como base las características clínicas individuales del paciente. Sin embargo, es evidente la necesidad de precisar el conocimiento que los fisioterapeutas tienen de los modelos que los sustentan, utilizados para el desarrollo del diagnóstico fisioterapéutico, por que a la hora de intervenir con el grupo interdisciplinario o con otros profesionales, en el área de la salud, resulta importante identificar, de forma precisa, las condiciones fisiocinéticas y la participación del paciente como ser bio-sicosocial.

A partir del diagnóstico médico y una previa evaluación fisioterapéutica de la persona, se emitirá el diagnóstico fisioterapéutico del cual se plantearán las conductas de intervención.

Dentro del grupo interdisciplinario, el diagnóstico fisioterapéutico complementa, de manera eficaz, los diagnósticos de otras disciplinas, logrando un manejo integral de la población

Para desarrollar esta investigación se incluyen bases teóricas necesarias para el entendimiento y consecución del estudio, tales como:

La Historia de la Fisioterapia, definición del diagnóstico fisioterapéutico, cómo llegar al diagnóstico fisioterapéutico, instrumentos del diagnóstico y sus

aplicaciones, criterios generales para el diagnóstico fisioterapéutico, clasificaciones desarrolladas por la OMS 1980 (ICIDH) (citado por Jette, 1994), Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalía (CIDDDM-2 beta 2) 1999, esquema de NAGI, Centro Nacional Para la Investigación y Clasificación e Rehabilitación Médica, Calificación integral de Invalidez por el Ministerio de Salud, OMS; CIF Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (2001)

Históricamente el ejercicio de la terapia física, como toda rama del conocimiento científico, tiene una connotación de práctica empírica, enmarcada en los procedimientos de ensayo y error. La necesidad de dar respuesta satisfactoria a los requerimientos de personas con enfermedades que requieren intervención calificada, no solo de recursos humanos sino también de apoyo tecnológico, obligó a que la praxis fisioterapéutica se fundamentara con principios científicos y tecnológicos.

Las limitaciones, disfunciones e incapacidades físicas del individuo desde la prehistoria hasta nuestra época, han sido una constante como consecuencia del enfrentamiento con la naturaleza, consigo mismo y con sus congéneres.

Cada época con una visión particular de la problemática, asumieron actitudes distintas ante los individuos que padecían incapacidades físicas: desde la conmiseración hasta el rechazo social por considerarlas no aptas para las actividades cotidianas.

Desde la época del hombre primitivo se conocen algunos procedimientos físicos rudimentarios que demuestran el principio de técnicas para la recuperación de ciertas limitaciones, como la practicada en la ulna del hombre de Neandertal, uniendo partes óseas como las realizadas en nuestra época, (Restrepo, 1995 p. 32).

Las guerras o catastróficos de la naturaleza, en los que se ha visto envuelto el hombre, pone de manifiesto la necesidad de contar con rehabilitación efectiva

para un sinnúmero de personas con limitaciones graves para el desarrollo actividades físicas.

El crecimiento de la población, y sobre todo la concentración en las grandes ciudades, es causa generadora de un alto potencial de individuos que pueden sufrir de alguna limitación física a causa de los fenómenos antes mencionados o por prácticas laborales inadecuadas.

Los sistemas de salud actualmente desarrollan programas orientados a mejorar la calidad de vida de personas discapacitadas con tratamientos que integran la dimensión social de los pacientes con nuevos procedimientos para acelerar y hacer más eficiente la recuperación, proporcionándoles una mejor calidad de vida.

La Fisioterapia como profesión del área de la salud se dedica al estudio y manejo de la Fisiocinética humana (movimiento humano) y a su desarrollo normal a través de sus diferentes etapas de la vida; a analizar la función del movimiento, que permite al individuo asumir diferentes roles a lo largo de su existencia, así como al estudio de sus alteraciones y causas y las implicaciones que estas tienen sobre su desempeño como ser biosicosocial, es decir, sobre su actividad en el entorno familiar, laboral, social y cultural (Alvarado 1990).

La asociación Americana de Terapia Física define la profesión de la terapia física como una profesión de la salud cuyo propósito primario es la promoción de la salud óptima, y a través de su desempeño, la aplicación de principios científicos para prevenir, identificar, tratar y corregir o aliviar lesiones con una prolongada disminución del movimiento que conllevan a limitaciones funcionales del individuo. (Guccione, 1991).

El diagnóstico fisioterapéutico comienza escuchando atentamente al paciente y finaliza con la planificación de los objetivos y los actos terapéuticos que se consideren eficaces.

Entre las técnicas del diagnóstico encontramos la observación, el relato, la medición y planificación.

- Observación: Es una técnica de análisis que confirmará lo que el paciente relate; constituye el primer paso en el cual el ojo clínico del profesional debe revelar los detalles que afinarán el examen.
- Relato: Nos indica los episodios que el paciente cuenta acerca de sus síntomas. Lo cual constituye una inapreciable fuente de informaciones.
- Medición: Se trata de emplear los útiles de medida apropiados para obtener mediciones objetivas. La transcripción de una queja en cifras, permite establecer una situación que será más tarde una referencia para seguir los procesos obtenidos.
- Planificación: Es la última etapa del diagnóstico fisioterapéutico, la cual consiste en jerarquizar las dificultades que encuentra el paciente, para establecer prioridades durante el proceso de tratamiento. “Es el contrato de objetivos” pactado con el paciente (Tricas, 1999. p. 38)

Tricas (1999), plantea una técnica de exámenes para el proceso de un diagnóstico fisioterapéutico, obedeciendo a una organización lógica del conocimiento. Determinando solo lo que merece ser estudiado en cada caso particular:

- Objetivos: son la meta a la que nos dirigimos.
- Criterios: son los puntos de referencia que permiten la inclusión o exclusión de una clase de pacientes, que enuncian o que juzgan; los criterios deben considerarse instrumentos de puntualización diferentes que permiten verificar las hipótesis planteadas, partiendo del diagnóstico fisioterapéutico.

- Indicadores: son elementos individualizados cuyo conjunto puede constituir un criterio. El indicador hace referencia al tipo de criterio, es decir, que puede englobar varios indicadores en uno solo: por ejemplo la marcha. (p. 13)

Los fisioterapeutas, en comunicación directa con el médico, una vez conocida la historia, el diagnóstico, las prescripciones específicas, deben desarrollar un plan de tratamiento por un periodo de tiempo determinado; éste debe involucrar evaluaciones periódicas donde se refuerce o amplíe criterios de manejo necesarios o readaptación a los diferentes medios.

Se afirma que los fisioterapeutas pueden establecer un diagnóstico en su campo, de acuerdo con sus conocimientos y experiencias; la Asociación Americana de Fisioterapeutas, hace legal en 1984, emitir un diagnóstico como actividad pertinente a la práctica de fisioterapia. Sabiéndose que en ésta profesión, al reconocerle los problemas del paciente, diagnostica su limitación (citado por Fosnaught, 1996).

La relación entre el diagnóstico médico y el fisioterapéutico (tabla 1) persigue el mismo fin, al hablar en términos de agrupación de signos y síntomas que muestran el estado del paciente, la diferencia entre estos dos radica en el enfoque que desde la fisioterapia se le da, ya que, fundamentalmente, se relacionan éstos signos y síntomas con la posible alteración en la condición cinética del individuo.

El juicio profesional de un fisioterapeuta no es la de precisar un estado de salud de un enfermo (figura 1). Las personas lesionadas que tropiezan con una serie de dificultades en la ejecución de los movimientos habituales, son individuos con una salud normal, ya que el balance de las capacidades físicas no siempre se relaciona con un balance de salud.

Una vez informado de lo que constituye el estado de base, el fisioterapeuta identificará las disfunciones. Partiendo de sus conocimientos sobre anatomía y kinesiología.

TABLA 1

Diferenciación entre el Diagnóstico Médico y el Fisioterapéutico

MÉDICO	FISIOTERAPÉUTICO
<p>El médico aclara la situación e investiga y denomina la patología.</p> <p>El especialista en medicina física lleva a cabo un examen completo de la persona, considerando todos los sistemas vitales y todas las funciones, para finalizar con la prescripción.</p> <p>□El médico recoge unos parámetros abstractos, casi siempre traducidos a cifras. Se ocupan, en primer lugar, de los trastornos biológicos y realiza un diagnóstico que es una descripción de los problemas del paciente.</p> <p>Adquisición de la idea, donde los datos son obtenidos por el médico con una variedad de métodos, incluyendo la historia, examen físico y demás.(Delitto y Snyder, 1995)</p> <p>□El diagnóstico médico identifica las condiciones patológicas causantes de la enfermedad ya sean congénitas o adquiridas, pero da poca información acerca de sus limitaciones físicas, sensoriales o mentales.</p>	<p>El fisioterapeuta se sitúa en la identificación del movimiento patológico.</p> <p>El fisioterapeuta investiga parámetros visibles y concretos de la actividad funcional que, en general pueden medirse, con la evaluación fisioterapéutica, como por ejemplo test articular, examen muscular, equilibrio, coordinación, marcha, etc.</p> <p>Nombra una disfunción primaria hacia la cual el fisioterapeuta dirige su tratamiento, dicha disfunción es identificada por el fisioterapeuta basado en la información obtenida de la historia clínica, signos, síntomas, examinación y test desarrollados. (Sahrmann, 1988)</p> <p>Detecta, evalúa y diagnostica, precoz e integralmente los procesos incapacitantes en cuanto a su funcionalidad</p>

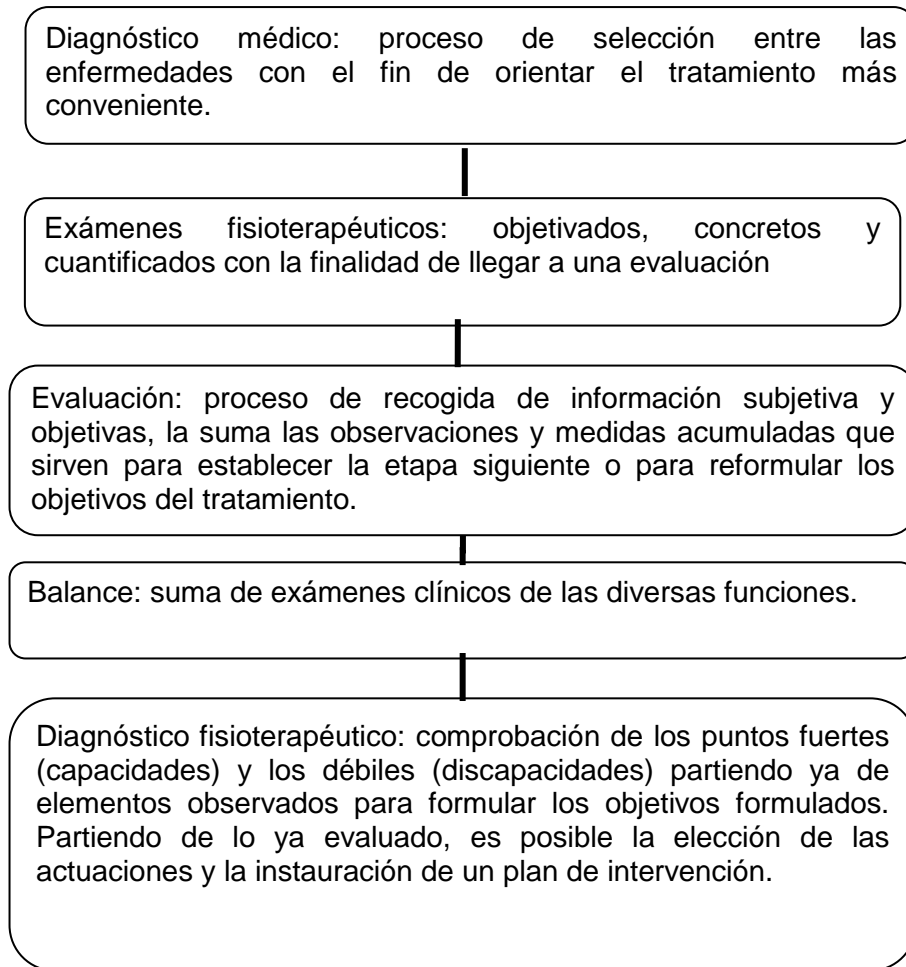


Figura 1. Cómo llegar al diagnóstico fisioterapéutico; consecución de la información obtenida para un diagnóstico final en fisioterapia. (Tricas, 1999. p. 6)

El fisioterapeuta objetiva la disfunción y sus consecuencias, investigando su origen y se preocupa por normalizar en lo posible el movimiento. Las disfunciones, objeto de las actuaciones terapéuticas, son la manifestación de la enfermedad o del traumatismo. En el campo de la salud, el fisioterapeuta se implica igualmente en acciones de caracteres preventivos y en toda clase de escuelas de aprendizaje. Se trata de ayudar a los pacientes para evitar las complicaciones de la alteración del movimiento. (Tricas , 1999. p. 7)

El paciente del fisioterapeuta se divide en dos categorías: aquellos que podrán reanudar su modo de vida anterior, y aquellos cuya condición se

deteriorara indefectiblemente. Una vez desarrollado el diagnóstico médico es esencial conocer si se trata de la fase aguda y una afección que dejará unas secuelas duraderas y significativas, con probabilidad de recidiva, si se trata de la fase aguda de una afección cuya evolución no se puede todavía pronosticar, se trata de la fase subaguda de una afectación que va a regresar sin dejar secuelas, o solo con molestias mínimas, si se trata de una afectación crónica conocida por su tendencia a evolucionar y cuyas fases estabilizadas son breves o imprevisibles.

Rose, menciona que el fisioterapeuta en el logro de sus metas debería tener un entendimiento claro del significado de la palabra diagnóstico físico y del contexto en el cual ellos serán responsables legalmente.

El diagnóstico es el término que menciona las disfunciones primarias hacia las cuales el fisioterapeuta dirige el tratamiento. La disfunción es identificada por el terapeuta físico con base en la información obtenida de la historia, signos, síntomas, examen y test que el terapeuta desarrolla o solicita, (Rose, 1989. p. 69). Sin embargo, esta definición no es suficientemente amplia, como lo menciona Rose, ya que la prescripción de tratamiento debería estar basada en el diagnóstico de las alteraciones fisiocinéticas del paciente a través de la observación de los movimientos que se obtienen por medio del examen de los síntomas.

Sahrmann, indica que el diagnóstico fisioterapéutico es el término que identifica una disfunción primaria hacia la cual el fisioterapeuta dirige su tratamiento, dicha disfunción es identificada por el fisioterapeuta basado en la información obtenida de las historias clínicas, signos, síntomas, examinación y test desarrollados. (Sahrmann 1988)

La ley 528 de 1999, por medio de la cual se reglamenta el ejercicio de nuestra profesión y se dictan normas en materia de ética y otros aspectos, (citado por Leal 2000) propone como base fundamental de la misma el criterio de que ésta debe poseer, para su intervención, en términos generales, el

diagnóstico que permite autonomía en la toma de decisiones. En el artículo primero, define la fisioterapia como una profesión liberal, del área de la salud, con formación universitaria, cuyos sujetos de atención son el individuo, la familia y la comunidad, en el ambiente en donde se desenvuelven.

Su objetivo es el estudio, comprensión y manejo del movimiento corporal humano, como elemento esencial de la salud y el bienestar del hombre. Orienta sus acciones al mantenimiento, optimización o potencialización del movimiento, así como a la prevención y recuperación de sus alteraciones y a la habilitación y rehabilitación integral de las personas, con el fin de optimizar su calidad de vida y contribuir al desarrollo social. Fundamenta su ejercicio profesional en los conocimientos de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas, así como en sus propias teorías y tecnologías.

El diagnóstico fisioterapéutico se refiere a la determinación de las capacidades / discapacidades, deficiencias y/o limitaciones funcionales, resultantes de enfermedad, lesión, intervención quirúrgica u otras condiciones de salud, directamente relacionadas con su campo específico de saber. La determinación de la patología activa de estas manifestaciones corresponde al diagnóstico médico

La elaboración de un diagnóstico corresponde a un proceso reflexivo y planificado. Una o varias evaluaciones permiten establecer un balance, teniendo en cuenta la personalidad del paciente. El diagnóstico es una operación compleja que permite combinar las mediciones de los balances y las elecciones de la experiencia que constituyen el sentido clínico. El fisioterapeuta debe poseer un potencial cognitivo (conocimiento teórico, unido al sentido clínico) que pueda permitir la exploración mental por el conocimiento, antes de la exploración física por medio de la palpación (Tricas, 1999).

El diagnóstico fisioterapéutico no debe entrar en competencia con el diagnóstico médico, que le precede obligatoriamente; pues se considera como un proceso de análisis de las deficiencias y discapacidades observadas y /o

estudiadas. Es un proceso de evaluación del pronóstico funcional, cuyas deducciones permiten establecer un programa de tratamiento en función de las necesidades y escoger la actuación de fisioterapia que se va a realizar. Se trata de apoyar el balance del estado funcional sobre los hechos ya observados y recogidos a lo largo de la visita, medidos mediante unos test apropiados. El diagnóstico revela las deficiencias de la persona examinada: incoordinación, rigidez, dolor, lentitud y comportamientos motores inadaptados, al igual que las discapacidades. (Asociación Francesa para la Investigación y la Evaluación en Fisioterapia, (AFREK), 1996. p. 4, 5)

La Asociación Americana de Terapia Física (APTA). (1997) define el diagnóstico clínico fisioterapéutico como una clasificación que identifica categorías de deficiencia, limitación funcional- capacidades, habilidades y dishabilidades o síndromes que conllevan a un diagnóstico que incluye la evaluación, organización e interpretación de la información obtenida en el examen. El diagnóstico fisioterapéutico abarca un grupo de signos, síntomas, síndromes o categorías el cual no se basa en la patología sino en la normalidad o anormalidad del proceso cinético humano.

Modelos de discapacidades utilizados para el diagnóstico fisioterapéutico

Jette, reconoció que la aplicación de un modelo de clasificación podía ser derivado de otras experiencias, validado empíricamente y con bases científicas. Lo importante es comparar estudios, conocimientos y luego llegar a un acuerdo. (Jette A. 1994)

Nagi, (citado por Jette, 1994) (tabla 2), propuso el concepto de limitaciones funcionales, cuando se deterioran las habilidades de un individuo que puede llevar a disminuir la actividad normal del mismo; esto incluye su papel dentro de la familia, grupo social, comunidad y otras actividades de interacción.

Nagi, anota que el grado de limitación no depende solamente del tipo de lesión, sino también de la naturaleza y requerimientos de sus actividades diarias. También reserva el término “discapacidad”, pues debe aplicarse en

personas con largos períodos de tiempo de limitaciones funcionales, además de considerar aspectos como edad, sexo, medio ambiente, característicos generales, tipo de lesión, medio social y cultural. Con ejemplos de su práctica clínica, en las terapias físicas, puede identificarse situaciones en las cuales se clarifique la diferencia entre limitaciones funcionales e incapacidad. Esta distinción ayuda a observaciones clínicas íntegras que sirven de orientación a terapias sobre el nivel de función del paciente y ayudan a identificar el tratamiento a seguir.

El modelo de Nagi, no lleva a utilizar el término de limitación, permite que el fisioterapeuta muestre al paciente los problemas (limitaciones funcionales), también permite reconocer datos que ayuden a otros profesionales a establecer un diagnóstico de enfermedad, deterioro o discapacidad. Este modelo no predetermina una lista de incapacidades tales como las dadas en la Clasificación Internacional de Incapacidad y Deficiencia (CILDI) (OMS 1980), las cuales también son imprecisas para ser usadas en la práctica clínica. El modelo de Nagi, describe conceptos mayores de proceso de diagnóstico que son potencialmente más utilizados por los terapeutas para planear y dirigir el tratamiento. La clave para realizar el diagnóstico es preguntarse: “¿Cuáles son las limitaciones del paciente?”.

Jette, ha propuesto recientemente que la terminología de CILDI (tabla 3) puede ser usada como un elemento de trabajo para el diagnóstico y clasificación fisioterapéutica. Especialmente ha propuesto tres términos “limitación, discapacidad e incapacidad”; los cuales son utilizados para categorizar las observaciones y generan un diagnóstico, y de igual manera, forman un medio de comunicación más fácil con otras disciplinas.

La taxonomía CILDI fue creado por la OMS para estandarizar la terminología usada en estudios epistemológicos sobre consecuencias de enfermedades. El esquema de clasificación de CILDI se basa en el trabajo teórico de Philip Wood (citado por Jette, 1994), que mostraba el siguiente proceso: la enfermedad conduce a un deterioro, el cual, a su vez, lleva a una discapacidad. Una

limitación es definida como una alteración en alguna estructura anatómica, fisiológica o psicológica o funciones que son el resultado de alguna patología.

En 1992, el Centro Nacional para Investigación en Rehabilitación Médica (NCMRR) (tabla 4), publicó un modelo de discapacidad derivado de los modelos de Nagi y de la OMS, que utilizó para la clasificación de Patofisiología, Discapacidad, y Limitación Social. El modelo rechazó la connotación negativa del término “minusvalía y sugirió remplazarlo por el de limitación social”, refiriéndose a las restricciones impuestas por la sociedad que limitan la habilidad de la gente para participar independientemente en tareas, actividades y roles.

En 1991 el instituto de medicina (IOM) propuso su propio modelo de discapacidad que enfatiza en la prevención, sugiriendo que la discapacidad puede ser prevenida a través del control de los factores físicos, sociales y ambientales, además de los riesgos biológicos y de estilo de vida.

Tabla 2.

Clasificación según Nagi

Patología Activa	Deficiencia	Limitación Funcional	Incapacidad
Interrupción o interferencia con los procesos normales, y esfuerzos del organismo para recuperar el estado normal	Anormalidad o pérdida anatómica, fisiológica, mental o emocional.	Limitación en el desempeño a nivel del organismo total de la persona.	Limitación en el desempeño de roles socialmente definidos y tareas, dentro de un ambiente físico y sociocultural.

Fuente: De “Physical disablement concepts for physical therapy. Research and practice,” por Jette, A. 1994, Physical therapy, 74, p. 5.

Tabla 3.

Clasificación según OMS (ICIDH)

Enfermedad	Deficiencia	Incapacidad	Minusvalía
La patología intrínseca o el desorden	Pérdida o anormalidad de la estructura o función Psicológica, fisiológica o anatómica a nivel orgánico.	Restricción o pérdida de la habilidad para desempeñar una actividad de manera normal.	Desventaja debida a deficiencia o discapacidad que limita o impide el cumplimiento de un rol normal de la persona, - dependiendo de la edad, sexo, y factores socioculturales

Fuente: De “Physical disablement concepts for physical therapy. Research and practice,” por Jette, A. 1994, Physical therapy, 74, p. 5.

Tabla 4.

Clasificación Según el Centro Nacional para la Investigación y Clasificación en Rehabilitación

Patofisiología	Deficiencia	Limitación Funcional	Incapacidad	Limitación Social
Interrupción del desarrollo fisiológico normal de procesos y estructural.	Anormalidad o pérdida de la estructura o función cognitiva, emocional, fisiológica o anatómica.	Restricción o pérdida de la habilidad para desempeñar una acción, de la manera o rango consistente con el propósito de un órgano o sistema orgánico.	Limitación o inhabilidad en la ejecución de actividades, tareas o roles en los niveles esperados de acuerdo con el contexto físico y social.	Restricción atribuible a políticas sociales o barreras que limitan ampliamente los roles

Fuente: Physical disablement concepts for physical therapy. Research and practice, por Jette, A. 1994, Physical therapy, 74, p. 5.

El término, “incapacidad”, Wood (1988) lo define como la disminución en la ejecución o desempeño de las actividades rutinarias o de la vida diaria. Las desventajas sociales de una discapacidad en particular se consideran como una discapacidad.

Aplicando el modelo de Wood, los fisioterapeutas requieren adaptaciones sustanciales en el concepto original. CILDI lleva a utilizar el concepto de “discapacidad” para categorizar las diferencias en la realización de una actividad funcional, a través de un reconocimiento no social de la discapacidad existente.

En la revisión realizada por Tricas (1999) define las etapas de la clasificación de Wood, las cual posibilita reflexionar sobre las “deficiencias” y las “discapacidades” que permiten ir más allá del concepto de enfermedad.

El autor propone recurrir a los análisis funcionales, especialmente los que se basan en la Clasificación (CIH), en ingles, International Classification of Impairment, Disavility and Handicap (ICIH) y en Canadá, Classification Internationale des Incapacites et Handicaps (CIDIH), ha sido adoptada por numerosos profesionales de la reeducación, con el respaldo de la OMS (Wood, 1988).

Su papel es precisar la naturaleza, la gravedad y las repercusiones sociales, lo que constituye un Handicap, conocido también con el nombre de clasificación de Wood, donde se realiza una distinción entre:

Patología o lesión inicial, que puede ser un traumatismo, la afectación de un sistema de control o de un sistema vital, o una enfermedad (hay lesión con expresión intrínseca).

Deficiencia, que es la exteriorización del estado patológico, es decir, la pérdida de sustancia o la alteración del órgano o del sistema (hay manifestación clínica, localizable y explorable, accesible mediante un examen físico del fisioterapeuta).

Discapacidades para realizar un movimiento, que constituyen el resultado de la deficiencia, una reducción parcial o total de la capacidad (hay expresión funcional de las dificultades que el paciente experimenta para moverse, ejecutar gestos o utilizar normalmente sus funciones “excretora, respiratoria, circulatoria”).

Handicap, que constituye el resultado de esta situación. Dificultades parecidas son más o menos invalidantes según el contexto socioeconómico que hace referencia a una situación relacional entre el paciente y su modo de vida (nivel de educación, empleo, situación familiar, ingresos, lugar de residencia).

La clasificación de “déficit-discapacidades-handicap”, constituye una ventaja importante para el fisioterapeuta, ya que está habituado a redactar el balance completo de las restantes actitudes y discapacidades de su paciente.

La clasificación del déficit y discapacidades permite jerarquizar las dificultades o molestias que sufre el paciente.

La nomenclatura intenta remplazar la palabra, handicap, considerada como degradante, por “desventaja”. Los autores definen una desventaja como “el perjuicio que resulta de la deficiencia o de la discapacidad y que limita e impide llevar a cabo un papel considerado normal teniendo en cuenta la edad, el sexo y los factores socioculturales”, el diagnóstico fisioterapéutico debe resaltar la capacidad (o la incapacidad) del paciente para asumir completa o parcialmente sus diferentes funciones.

En cuanto a la utilización de la CIDIH se puede analizar, en el concepto de deficiencia, que el fisioterapeuta participa con los profesionales de otras disciplinas en la localización de las alteraciones de la estructura (amiotrofia, acumulación de secreciones bronquiales) o de la función (pérdida del equilibrio, incontinencia).

La discapacidad se evalúa como una pérdida de la posibilidad de llevar a cabo una actividad dentro de los límites considerados normales.

El diagnóstico fisioterapéutico debe precisar la extensión de las pérdidas o el grado de reducción de la función y también anticipar un pronóstico de recuperación parcial o total durante esta parte del examen; el relato del paciente es muy importante, al igual que el entorno y la familia; las discapacidades que cuentan son las que alteran la vida del paciente en su medio social, y no la capacidad de evolución que demuestra en el gabinete de fisioterapia o en la clínica.

La producción del Handicap, muestra el siguiente proceso (figura 2).

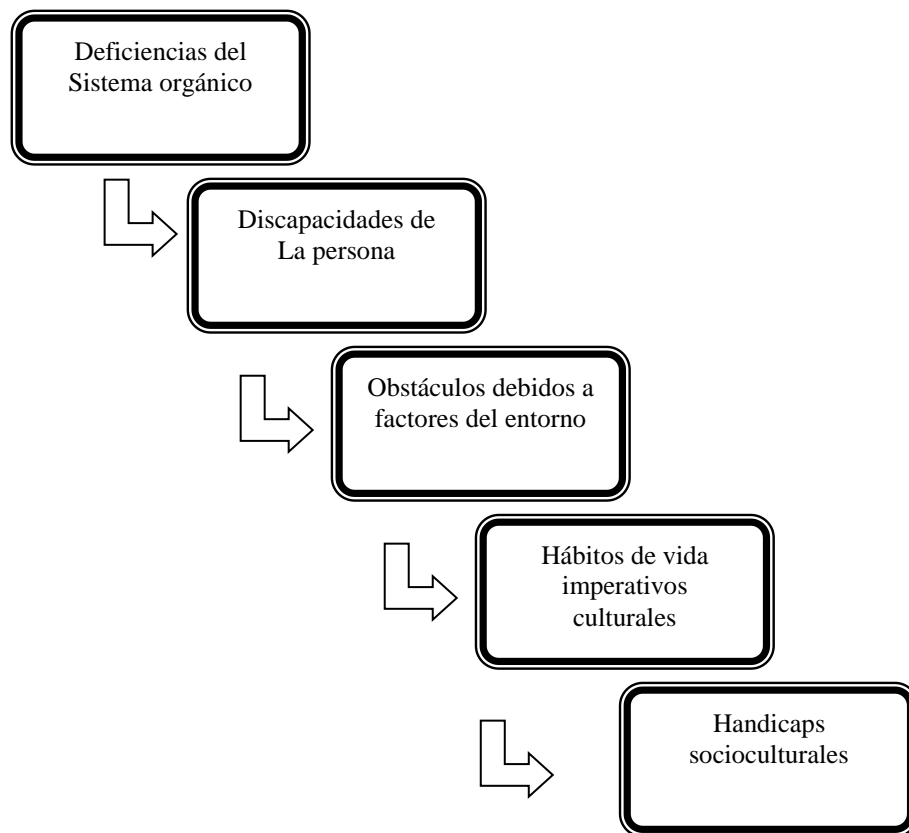


Figura 2. Proceso de producción de un handicap. Pasa por la relación entre el estado del paciente y sus condiciones de vida; puede que la deficiencia orgánica no impida realizar por completo su función profesional, social y familiar. Los hábitos de vida y los imperativos culturales son determinantes Tricas 1999.

Según las Categorías Mayores Clínicas (CMC) muestran un repertorio de deficiencias y discapacidades de acuerdo al código CIDIH – OMS. Cada categoría determina una orientación del funcionamiento.

Repertorio de deficiencias. Una deficiencia corresponde a toda anomalía o modificación fisiológica, anatómica o histológica. Se caracteriza por pérdidas de sustancia o por alteraciones que pueden ser provisionales o definitivas. (Tabla 5)

Tabla 5**Clasificación de las deficiencias**

-
1. Deficiencias intelectuales.
 2. Deficiencias Psíquicas.
 3. Deficiencias del lenguaje y de la palabra.
 4. Deficiencias auditivas.
 5. Deficiencias del aparato ocular.
 6. Deficiencias de otros órganos.
 7. Deficiencias del esqueleto y del aparato de sostén (músculo articular).
 8. Deficiencia estética.
 9. Deficiencia de las funciones generales, sensitivas y de otro tipo.
-

Tabla 6**Clasificación de discapacidades**

-
1. Discapacidades relativas al comportamiento.
 2. Discapacidades relativas a la comunicación.
 3. Discapacidades relativas a los cuidados corporales.
 4. Discapacidades relativas a la locomoción.
 5. Discapacidades relativas a la utilización del cuerpo para algunas tareas concretas.
 6. Torpezas.
 7. Discapacidades reveladas por determinadas situaciones.
 8. Discapacidades relativas o aptitudes particulares.
 9. Otras restricciones de actividades.
-

Repertorio de discapacidades. La discapacidad corresponde a toda alteración (resultado de una deficiencia) de la capacidad para realizar actividades físicas consideradas normales (Tabla 6)

Como aspectos esenciales sobre el análisis ajustado de la discapacidad de la CIDH es importante recordar las definiciones que pueden asociarse.

Restricción (o pérdida) de la capacidad para llevar a cabo una actividad de una manera considerada normal.

Reducción temporal o prolongada de actividad como consecuencia de una afectación aguda o crónica.

Limitaciones en la realización de funciones y de actividades sociales, como el trabajo, la integración a la familia o la vida independiente.

Imposibilidad de subsistir por cuenta propia a causa de un diagnóstico médico definido, con una duración prevista de al menos (12) doce meses. (Tricas, 1999. p. 17-21, 27-29).

Harris & Dyrec (1989), han propuesto un modelo de disfunción ortopédica, como modificación al CILDI. Como no todas las disfunciones ortopédicas son el resultado de una enfermedad, ellos eliminan el término enfermedad para su modelo. En lugar de “enfermedad”, su modelo propone la noción de un estímulo y una respuesta, por lo cual los tejidos internos reaccionan y así poder explicar el desarrollo del deterioro muscular esquelético. El análisis que sigue a esta modificación, es particularmente estructurado sobre datos de niveles de deterioro de los tejidos.

Schenkman & Butler (1989), tienen presente dos aplicaciones del modelo de Wood, en los que se muestra los desordenes del Sistema Nervioso Central. Exponen los efectos directos o indirectos del mismo en el deterioro. Su trabajo también enfatiza la necesidad de que el fisioterapeuta conozca qué tan remediable es la lesión y a qué discapacidades pueden llevar, como menciona Nagi y que debe hacerse una distinción entre limitación funcional y la discapacidad a largo tiempo.

Schenkman & Butler, identificaron algunas de las categorías de los profesionales al dar un diagnóstico y las clasificaciones específicas en cada profesión. Primero, los diferentes esquemas de clasificación determinan los límites de cada profesión. Estos límites incluyen las responsabilidades legales de realizar un diagnóstico y la aprobación para efectuar un tratamiento específico ante el problema o condiciones del paciente. Segundo, las medidas legales que permiten elaborar un diagnóstico en particular. Finalmente, el rotulo profesional para categorizar las condiciones del paciente describe el problema específico que presenta.

Nagi, desarrolla una guía de terminologías basada en conceptos de discapacidad (patología, patofisiología, deficiencia, limitación funcional y discapacidades). Muestra el rango total de la práctica fisioterapéutica, tanto del contexto del modelo de Nagi como de la continuidad del servicio de salud.

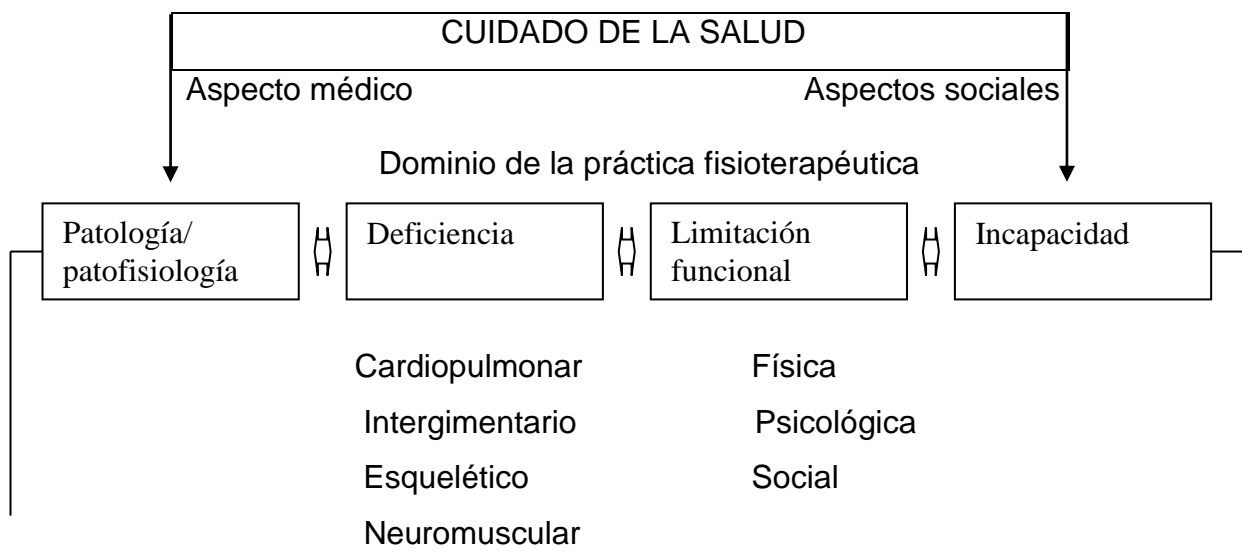


Figura 3. Ámbito de la práctica fisioterapéutica dentro del continuum de servicios de cuidado de la salud y el contexto del modelo discapacitante.

La guía define discapacidad como la inhabilidad o restricción de la habilidad para desarrollar acciones, tareas y actividades, relacionadas con el autocuidado, el manejo del hogar, el trabajo (empleo, colegio, juego), la

comunidad y las actividades de ocio, en el contexto sociocultural y medioambiental del individuo.

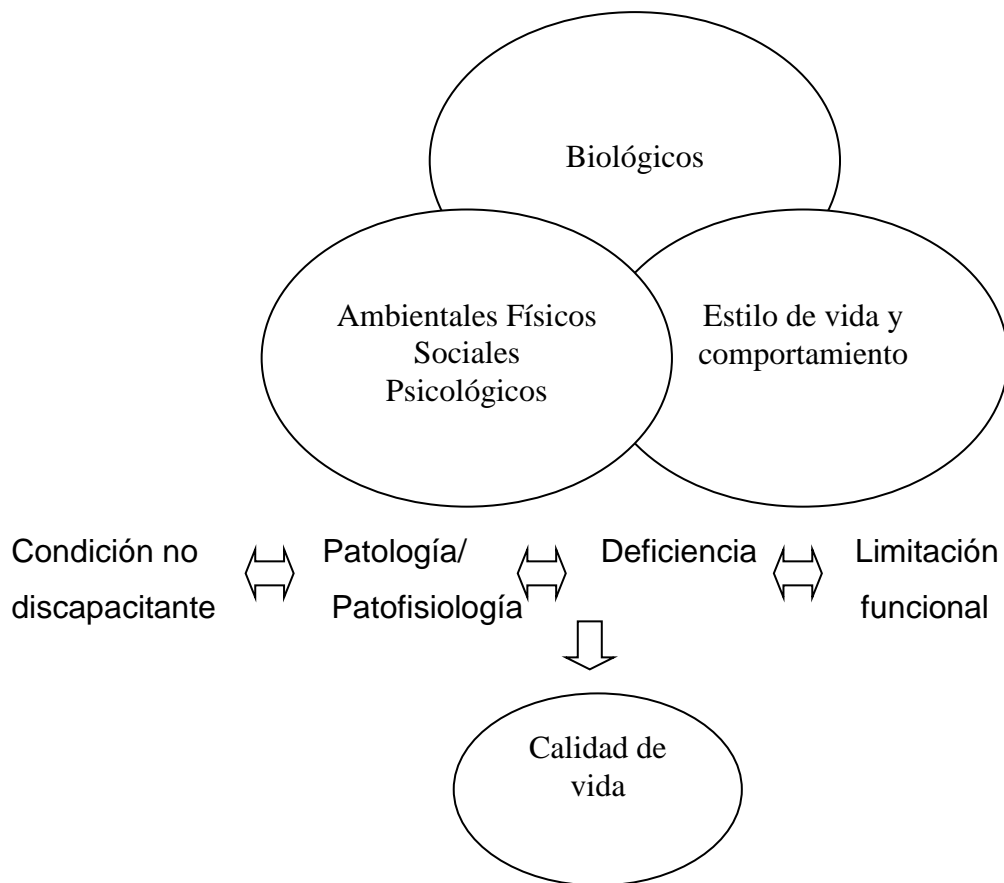


Figura 4. El proceso capacitante-d discapacitante clasificación del Instituto de Medicina (1997).

Factores individuales, ambientales y de salud relacionados con la calidad de vida. Muchos factores pueden tener impacto sobre el proceso discapacitante. Estos factores pueden incluir factores individuales y ambientales que predisponen o interactúan para crear una persona con discapacidad. Los factores individuales incluyen factores biológicos (ejemplo condiciones congénitas, predisposiciones genéticas) factores demográficos (ejemplo, edad, sexo, educación, rentas) hábitos saludables, comportamientos personales, estilos de vida, traumas psicológicos (ejemplo, motivación, imitación); las interacciones sociales y las relaciones también influyen los procesos de

discapacidad. Además, los factores ambientales como disponibilidad de cuidados médicos o rehabilitación, medicamentos y otras terapias y el ambiente físico y social, pueden influenciar el proceso discapacitante.

La relación entre Salud y Calidad de Vida (figura 5) representa el efecto total de los factores individuales y ambientales sobre la función y el estado de la salud., se han descrito tres componentes:

Función física, incluye las actividades de la vida diaria (bañarse) y las instrumentales de la vida diaria (ir de compras).

Componente psicológico, incluye los diversos rasgos cognitivos, preceptuales y de personalidad de un individuo.

Componente social, se refiere a la interpretación de la persona con una estructura o concepto social amplio.

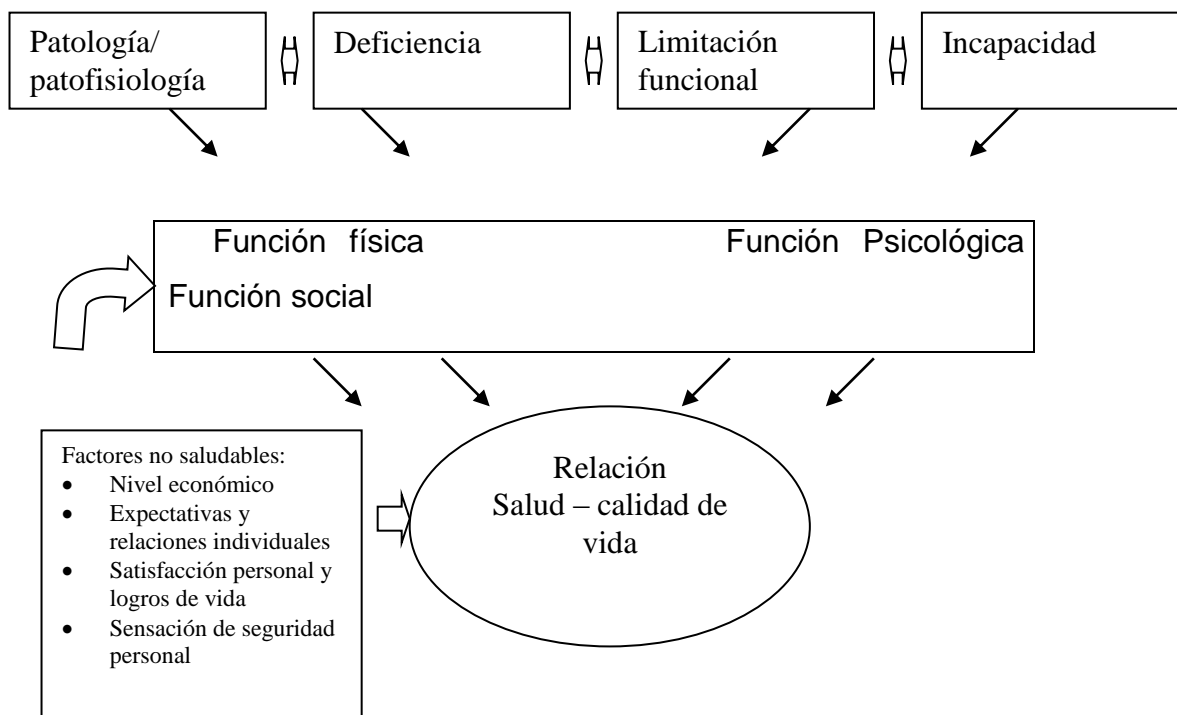


Figura 5. Relación entre el modelo de discapacidad, salud en relación con calidad de vida.

En 1.972, la OMS desarrollo un esquema preliminar contemplando las consecuencias de la enfermedad denominado Clasificación Internacional de la

Enfermedad (CIE). A los pocos meses se sugirió un enfoque más exhaustivo. Estas sugerencias fueron realizadas con base en dos principios importantes. Se hizo una diferenciación entre las deficiencias y su importancia, por ejemplo, sus consecuencias funcionales y sociales y estos diversos aspectos o ejes de información fueron clasificados independientemente en diferentes campos de dígitos. Este enfoque consistía principalmente, en un número de diferentes, aunque paralelas, clasificaciones. Esto contrastó con las tradiciones de la CIE donde múltiples ejes (etiología, anatomía, patología, etc.) se integran en un sistema jerárquico, ocupando un solo campo de dígitos. Se exploró la posibilidad de asimilar estas propuestas en un esquema compatible con los principios subyacentes a la estructura de la Clasificación Internacional de la Enfermedad. Al mismo tiempo, se hicieron intentos preliminares para sistematizar la terminología aplicable a las consecuencias de la enfermedad. Estas sugerencias fueron distribuidas formalmente en 1.973 y se solicitó ayuda, particularmente de los grupos con un interés especial en el campo de la rehabilitación.

En 1.974 se distribuyeron clasificaciones separadas para deficiencias y minusvalías, y las discusiones continuaron. Estas propuestas fueron sometidas a consideración de la Conferencia Internacional para la Novena Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades en Octubre de 1975, habiendo estudiado la clasificación, la Conferencia recomendó su publicación con carácter experimental.

En Mayo de 1.976, la Vigésimo Novena Asamblea Nacional de la Salud prestó atención a esta recomendación y adoptó la resolución WHA-29.31, en la que se aprobaba la publicación con carácter experimental de la clasificación de deficiencias y minusvalías, como suplemento pero no como parte integrante de la Clasificación Internacional de Enfermedades. En consecuencia, con el objetivo de poder estudiar y clasificar las secuelas de la enfermedad crónica y poder satisfacer las necesidades paliativas de sus consecuencias.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 1980 publica una clasificación, complementaria a las Clasificaciones Internacionales de la Enfermedad (CIE) para codificar dichas consecuencias denominada «Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías» (CILD I 1980). Esta clasificación contiene tres dimensiones básicas: deficiencia, discapacidad y minusvalía, las cuales presentan una relación lineal y causal. Sin embargo, en 1990 la OMS empieza a cuestionarse la validez de esta clasificación debido a ciertas limitaciones que presenta, como son el no proporcionar una información adecuada sobre la relación entre los conceptos de enfermedad, deficiencia, discapacidad y minusvalía, y no reflejar el papel del entorno social y físico en el proceso discapacitante, clasificando únicamente lo negativo del funcionamiento de la persona.

Por todo ello, la «Clasificación Internacional de la Deficiencia, Actividad y Participación (CIDDM2, 1997) beta- 1 revisión 1.ª, realizaron, desde Junio de 1997 hasta diciembre 1998, estudios de campo del borrador beta -1, con el objetivo de alcanzar un consenso, definiciones claras y operatividad de los estudios de campo, mediante un proceso continuo de desarrollo, consulta retroalimentación, actualización y prueba. Y en la «Clasificación Internacional del Funcionamiento y Discapacidad» (CIDDM- 2, 1999) beta- 2, revisión 2.ª, elaborado entre los meses de Enero y Abril de 1999, basado en la información y retroalimentación, recolectada durante los estudios de campo del borrador beta -1. y CIDDM- 2 borrador prefinal (Noviembre 2000).

La Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, Beta-2 (CIDDM 2 1980), pertenece a la "familia" de clasificaciones desarrolladas por la Organización Mundial de la Salud para su aplicación a varios aspectos de la salud; esta proporciona el lenguaje para codificar una amplia gama de información sobre la salud (por ejemplo, diagnosis, funcionamiento y discapacidad).

Cuyas características son:

- a. Establecer un lenguaje común para describir los estados funcionales asociados con condiciones de salud, con el fin de mejorar la comunicación entre los profesionales de la salud o en otros sectores, y personas con discapacidad.
- b. Permitir la comparación de datos entre países, o entre disciplinas relacionadas con la atención médica, entre los servicios, y en diferentes momentos a lo largo del tiempo.
- c. Proporcionar un esquema de codificación sistematizado para ser aplicado en los sistemas de información de la salud.

Para conseguir estos objetivos, la clasificación adopta las siguientes características o principios generales: 1. *Ámbito*: mediante esta característica se pretende proporcionar una descripción de las situaciones relacionadas con el funcionamiento y la discapacidad (entendida como la limitación del funcionamiento), proporcionando una estructura definida para presentar la información de un modo significativo y fácilmente accesible para los distintos profesionales de la salud. La CIDDM- 2, organiza la información según tres dimensiones básicas: primero, el nivel corporal, que se compone de dos clasificaciones, una para las *funciones* de los sistemas corporales y otra para las *estructuras* corporales; el segundo nivel, *actividad*, cubre el rango completo de las actividades realizadas por una persona; el tercer nivel *participación*, clasifica áreas de la vida en las cuáles un individuo participa, tiene acceso, o tiene oportunidades o barreras sociales. Los ámbitos están organizados desde áreas simples a complejas. Por último, podemos incluir los *factores contextuales*, los cuáles ejercen un impacto en las tres dimensiones anteriormente mencionadas y están organizados partiendo del entorno más inmediato del individuo hasta el general.

Estas dimensiones tienen como nivel innovador que codifican no sólo los aspectos negativos del funcionamiento, sino también los positivos.

2. Universo: la CIDDM- 2 pretende abarcar todos los aspectos del funcionamiento humano, tanto positivos como negativos, refiriéndose a los estados funcionales asociados a las condiciones de salud, por lo que esta clasificación va dirigida a todas las personas y no únicamente a las personas con discapacidad.

3. Unidad de Clasificación: al clasificar el funcionamiento y la discapacidad desde la perspectiva de las circunstancias vitales de un individuo, la unidad de clasificación no es la persona, sino el «ámbito» del funcionamiento, es decir, el área donde el funcionamiento o la discapacidad ocurre.

La CIDDM-2 clasifica sistemáticamente los estados funcionales asociados con estados de salud (por ejemplo: enfermedades, trastornos, lesiones, traumas o cualquier otro estado de salud). Utiliza un lenguaje estandarizado y único que posibilita la comunicación en todo el mundo sobre la salud y la atención sanitaria entre diferentes disciplinas y ciencias.

El objetivo global de la clasificación CIDDM-2 es proporcionar un marco y un lenguaje unificado y estandarizado para describir el funcionamiento humano y la discapacidad como elementos importantes de la salud.

Los estados funcionales relacionados con cualquier estado de salud a escala individual, personal y social, pueden ser descritos utilizando la CIDDM-2. En particular:

- La CIDDM-2 abarca todos los aspectos del funcionamiento y de la discapacidad del ser humano. Se trata de estados funcionales asociados con estados de salud;
- La CIDDM-2 clasifica el funcionamiento y la discapacidad desde la perspectiva de las circunstancias vitales de un individuo. La unidad de clasificación es por lo tanto el "ámbito" de funcionamiento (el área donde el funcionamiento o la discapacidad ocurre) y no la persona;
- La CIDDM-2 organiza la información de acuerdo a tres dimensiones: 1) nivel corporal; 2) nivel individual; y 3) nivel social. Estas dimensiones

reciben el nombre de "funciones y estructuras corporales" (B); "actividades" (A); y "participación" (P). Estas dimensiones contienen varios ámbitos relacionados con las funciones y estructuras corporales, la realización de actividades y la participación en situaciones de la vida;

La clasificación utiliza un enfoque "biopsicosocial" con el fin de capturar la integración de las diferentes dimensiones de la discapacidad. Por lo tanto, la CIDDM-2 intenta lograr una síntesis que ofrezca una visión coherente de las diferentes dimensiones de la salud en los niveles biológico, individual y social.

El proceso de revisión de las CIDDM-2 se ha beneficiado desde el comienzo de las aportaciones de personas con discapacidades y de sus organizaciones. La organización Internacional de personas Discapacitadas ha contribuido con su tiempo al proceso de revisión del borrador beta2 que refleja estos aportes.

Las innovaciones al borrador Beta-2 de la CIDDM-2: Como resultado de los estudios de campo y de las consultas realizadas durante el proceso de revisión, se han incorporado los siguientes nuevos aspectos en la CIDDM-2:

1. Todos los conceptos de la CIDDM-2 (ejemplo, las tres dimensiones de la discapacidad y el componente ambiental) han sido definidos operativamente. Esto significa que se realizó un intento de definir sus atributos básicos, sus límites y sus características de medida, de una manera empírica y lógicamente consistente. De esta manera la clasificación general y el modelo subyacente pueden ser mejor entendidos y utilizados.
2. Todas las categorías de las diferentes dimensiones han sido definidas. Se están desarrollando definiciones operativas para una versión de investigación, que puede ser utilizada como base para la auto evaluación o valoración de estrategias.
3. Todas las dimensiones han sido designadas con términos neutros, y se han señalado tanto los aspectos positivos como los negativos de cada dimensión.

4. La dimensión del Cuerpo ha sido dividida en dos: función y estructura. De esta manera, ambas pueden ser codificadas independientemente.
5. El termino “discapacidades” utilizado en la versión de 1.980 de la CIDDM ha sido remplazado por la dimensión de las actividades. Esta dimensión se basa únicamente en la realización de tareas y acciones por el individuo.
6. Minusvalía ha sido replanteada como “participación”. De esta manera, se ha introducido una connotación y concepción positiva de la dimensión.
7. La dimensión de la participación ha sido clasificada de acuerdo a áreas relacionadas con las situaciones principales de la vida, en lugar de hacerlo en forma de resumen, como era el caso de la “minusvalía” en la clasificación previa. Este enfoque permite una mejor identificación de las restricciones en las diferentes áreas y se espera que esto prepare el terreno para soluciones prácticas que consigan una mejor participación de las personas con discapacidad.
8. Los factores contextuales se incluyen con carácter experimental. Se han clasificado los factores ambientales, mientras que los personales se dejan a los usuarios. La inclusión de factores ambientales representa una importante novedad, permitiendo posibles intervenciones en las áreas ambientales, que pueden llevar a mejorar la participación de las personas con discapacidad.
9. La CIDDM-2 está siendo creada de forma transcultural en diferentes idiomas, con el fin de desarrollar la mejor terminología internacional. Para ello, versiones en diferentes idiomas están siendo estudiadas simultáneamente para conseguir una aplicabilidad transcultural y una estandarización de los conceptos.

Con esta finalidad a continuación se definen algunos términos utilizados en la CIDDM-2:

- Condición de salud:

Una condición de salud es una alteración o atributo de estado de salud del individuo el cual puede producir angustia, interferir con sus actividades diarias o ponerle en contacto con los servicios de salud; esta puede ser una enfermedad (aguda o crónica), un trastorno, trauma o lesión o reflejar otros estados relacionados con la salud, tales como el embarazo, el envejecimiento, el estrés, las anomalías congénitas o la predisposición genética.

- Deficiencia:

Una deficiencia indica una pérdida o anormalidad de una parte del cuerpo (estructura) o función corporal, (función fisiológica). Las funciones fisiológicas incluyen las funciones mentales. La anormalidad aquí se utiliza estrictamente como referencia a una variación significativa de las normas estadísticas establecida y debería ser usada sólo en este sentido.

- Actividad:

En la CIDDM-2, el término actividad es usado en el más amplio sentido para capturar todas las cosas que una persona hace. Las actividades incluyen las funciones básicas simples de la persona como un todo (agarrar, mover una pierna o ver) funciones básicas y complejas (recordar eventos pasados o adquirir conocimientos), y conjuntos de actividades físicas y mentales a varios niveles de complejidad. (Conducir un coche-vehículo, habilidades sociales, personales, interactuar con personas en situaciones formales).

- Limitación en la actividad:

Este termino ("antes discapacidad" en la CIDDM de 1980) se refiere a una dificultad en la realización, consecución o finalización de una actividad en el nivel personal. La dificultad abarca todas las vías por las cuales la realización de la actividad puede resultar afectada: hacerla con dolor, incomodidad; realizar

muy lentamente o rápidamente, o no hacerla en el momento y lugar correcto; realizarla de manera extraña o de modo diferente al esperado; puede variar de rango, desde una ligera a una severa desviación en términos de calidad o cantidad en la ejecución de la actividad en el modo o magnitud esperada.

- **Discapacidad:**

La raíz de la palabra “discapacidad”, es “capacidad”, es decir una aptitud o habilidad. Sin embargo, la clasificación “A”, que anteriormente se refería a discapacidades, es una clasificación no de habilidades sino de “actividades” tal como son realizadas por los individuos en su vida. Por esta razón, se pensó que la utilización del termino “limitación en la actividad” era más apropiada que la utilización del termino “discapacidad”. Sin embargo, y debido a que el termino “discapacidad” ya ha sido adoptado en política social, leyes y otras áreas importantes en todo el mundo, se ha visto la necesidad de seguir utilizándolo. Por lo tanto, ahora el término se utiliza como termino genérico para todas las dimensiones-deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación; remplazando al término “disablement” de borrador anterior, el cual fue criticado por ser de difícil traducción.

- **Participación:**

Es la interacción de las deficiencias, discapacidades y factores contextuales, es decir, característica del entorno social y físico, y factores personales. La participación abarca todas las áreas o aspectos de la vida humana, incluyendo la experiencia plena, involucrada en una práctica, costumbre o conducta social.

Las áreas de la participación, cuidado personal, movilidad, intercambio de información, relaciones sociales, vida doméstica y asistencia a otros; educación, trabajo y empleo; vida económica y civil, vida en comunidad - son “sociales” en el sentido de que el carácter de estas experiencias complejas está determinado por la sociedad.

- Restricción en la participación:

Para una persona con deficiencias o discapacidades, se trata de una desventaja creada o empeorada por las características de los factores contextuales tanto personales como ambientales.

Esta desventaja puede tomar muchas formas: la creación de discapacidad adicional (una deficiencia mental, tal como el dolor, la angustia o la enfermedad mental o una discapacidad física o mental), así como alguna disminución en el grado o extensión en la participación que se espera de un individuo sin discapacidad en esa cultura o sociedad.

- Factores contextuales:

En general, son los factores que conjuntamente constituyen el contexto completo en la vida del un individuo y en participación particular, son los antecedentes en función de los cuales se clasifican las condiciones de salud y sus consecuencias en relación con el funcionamiento y la discapacidad. Existen dos categorías de factores contextuales.

Los primeros son los factores ambientales, los cuales constituyen un componente de la clasificación CIDDM-2 y se refieren a todos los aspectos del mundo exterior o extrínseco que forman el contexto de la vida de un individuo.

Los factores ambientales incluyen el entorno físico y sus características, el entorno creado por el hombre, otras personas en diferentes relaciones y roles, las actitudes y valores, los sistemas y servicios sociales, las políticas, las reglas y las leyes.

Los segundos son los factores personales-factores contextuales intrínsecos, tales como la edad, el sexo, la posición social, las experiencias de la vida, etc., los cuales no están actualmente clasificados en la CIDDM-2.

Lista de comprobación de la CIDDM- 2. Organización Mundial de la Salud

Parte 1: Deficiencias Con Funciones Corporales

- Las funciones corporales son las funciones fisiológicas o psicológicas de los sistemas corporales
- Las Deficiencias son problemas en la función o estructura corporal, tal como una pérdida o desviación significativa.

Calificador:

- 0: No hay deficiencia
- 1. Deficiencia leve,
- 2: Deficiencia Moderada
- 3: Deficiencia severa,
- 4: Deficiencia completa,
- 8: No especificada
- 9: No aplicable

Parte 2: Limitaciones En La Actividad

- Actividad es la realización de una tarea o acción por un individuo.
- Las limitaciones en la actividad son dificultades en la realización de actividades.

La utilización del primer calificador indica el grado de dificultad, sin la utilización de dispositivos de ayuda o asistencia personal. Sin embargo, si se utiliza el primero y segundo conjuntamente, el primer calificador se refiere al grado de dificultad utilizando en un dispositivo de ayuda o asistencia personal, (Tabla 7).

Las limitaciones se clasifican en:

Tabla 7.

Limitaciones de la actividad

Primer Calificador: Magnitud o extensión de la deficiencia	Segundo Calificador: Asistencia
0 Sin dificultad (0 - 4%) 1 Dificultad Leve (5 - 25%) 2 Dificultad Moderada (25 - 49%) 3 Dificultad Severa (50 - 95%) 4 Dificultad Completa (96 -100%) 8 No especificada 9 No aplicable	0 No necesita asistencia 1 Asistencia no personal (esto incluye la utilización de dispositivos de ayuda técnica, adaptaciones, prótesis, silla de ruedas, bastón u otra ayuda material) 2 Asistencia personal (la actividad se lleva cabo con la ayuda de otra persona. "Ayuda" incluye tanto la supervivencia o asesoramiento, como la ayuda física) 3 Asistencia personal y no personal 9 Nivel de asistencia desconocido

Fuente: Organización Mundial de la salud 1999. CIDDM- 2 Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Discapacidad. Manual de las consecuencias de la enfermedad y del rendimiento funcional. Versión 1.^a Beta- 2

Parte 3: Restricciones En La Participación

- Participación es involucrar a un individuo en situaciones vitales, en relación con Condiciones de Salud, Funciones y Estructuras corporales, Actividades y Factores Contextuales.
- Las restricciones en la Participación son problemas que un individuo puede experimentar en la manera o en el grado que se involucre en situaciones vitales.

Primer Calificador: Extensión de la restricción

- 0: No hay restricción
- 1: Restricción Leve
- 2: Restricción Moderada
- 3: Restricción Severa

- 4: Restricción Completa
- 8: No especificada
- 9: No aplicable

Parte 4. Factores Contextuales

- Los factores contextuales forman el ambiente físico, social y de actitudes en el cual la gente vive y dirige sus vidas (Tabla 8).

Las limitaciones dificultan el desarrollo normal de las funciones básicas y de la vida diaria de la persona afectada y de quienes lo rodean, y sus posibilidades de participación en las actividades sociales y laborales dentro de su familia y su comunidad.

Tabla 8.

Primer Calificador: Barreras o facilitadores

Primer Calificador: Barreras o facilitadores	
0 No existen barreras	0 No existen facilitadores
1 Barreras Leves	+1 Facilitadores Leves
2 Barreras Moderadas	+2 Facilitadores Moderados
3 Barreras Marcadas	+3 Facilitadores Marcados
4 Barreras Completas	+4 Facilitadores Completos

Nota: “Organización Mundial de la salud 1999. CIDDM- 2 Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Discapacidad. Manual de las consecuencias de la enfermedad y del rendimiento funcional. Versión 1.^a Beta2.

La revisión que da origen a la nueva Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF), abandona el término “minusvalía” utilizado en la Clasificación Internacional de Funcionamiento –CIF- (OMS, OPS 2001), en la versión de la CIDDM (OMS, 2001) de 1980, en los términos deficiencia, discapacidad y minusvalía y utiliza “discapacidad “ como

un término genérico para las tres perspectivas: Corporal, individual y social”. Así, retomando lo definido en la CIF, se tiene:

“Deficiencia: Es la anormalidad o pérdida de una estructura corporal o de una función fisiológica. Las funciones fisiológicas incluyen las funciones mentales. Con “anormalidad” se hace referencia, estrictamente, a una desviación significativa respecto a la norma estadística establecida”.

“Discapacidad: Es un término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una “Condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales).

Con el fin de ampliar esta última definición, en la misma CIF se define:

“Condición de Salud”: Es “Un término genérico que incluye enfermedad (aguda o crónica), traumatismo y lesión”.

“Factores Ambientales”: Son “todos los aspectos del mundo extrínseco o externo que forman el contexto de la vida de un individuo, y como tal afectan el funcionamiento de la persona. Los Factores Ambientales incluyen al mundo físico natural con todas sus características, el mundo físico creado por el hombre, las demás personas con las que se establecen o asumen diferentes relaciones o papeles, las actitudes y valores, los servicios y sistemas sociales y políticos, las reglas y las leyes”.

Factores Personales: Son los factores contextuales que tienen que ver con el individuo, “constituyen el trasfondo particular de la vida de un individuo y de su estilo de vida. Están compuestos por características del individuo que no forman parte de una condición o estado de salud. Estos factores pueden incluir el sexo, la raza, la edad, otros estados de salud, la forma física, los estilos de

vida, los hábitos, los “estilos de enfrentarse a los problemas y tratar de resolverlos”, el trasfondo social, la educación, la profesión, las experiencias actuales y pasadas, los patrones de comportamiento globales y el tipo de personalidad, los aspectos psicológicos personales y otras características. Todas ellas en conjunto, como algunas de ellas individualmente, pueden desempeñar un papel en la discapacidad a cualquier nivel”

Para que se presenten las situaciones de deficiencia y discapacidad, existe un gran número de factores, muchos de los cuales son controlados mediante acciones que pueden emprender tanto el Estado como la sociedad y los individuos. Esta multiplicidad de situaciones generadoras de deficiencia y discapacidad, están relacionados con aspectos socioeconómicos, socioculturales, ambientales, genéticos y hereditarios, biológicos, accidentales, desastres naturales, conflictos bélicos y violencia, etc.

En el país, y producto de la experiencia y la concertación a nivel institucional, con diversos sectores, se ha venido trabajando con una conceptualización al respecto. Así, se tiene:

Discapacidad: Es un término genérico que denota una condición de salud que involucra diferentes dimensiones del funcionamiento humano, la dimensión corporal, la individual y la social, ocasionando deficiencia, limitación en la actividad y restricciones en la participación social.

Situación de discapacidad: nos referimos a la situación de discapacidad como “un aspecto relativo al ciclo vital, transversal a todos los programas sociales, que difiere al planteamiento convencional de que la discapacidad atañe a un grupo de población vulnerable, posible de ser identificado dentro de la población general para recibir un tratamiento específico y diferenciado, concepto que ha contribuido a discriminar, intentando focalizar a ésta población.”

Persona con discapacidad: Aquella que tiene limitaciones en su actividad cotidiana y restricciones en la participación social por causa de una condición de salud (deficiencia).

DECRETO 917 de 1999 (Ministerio de Salud) por el cual se modifica el Decreto 692 de 1995. El Presidente de la República de Colombia, en uso de sus facultades constitucionales y legales, en especial de las conferidas en el artículo 189, numeral 11, de la Constitución Política de Colombia

Invalidez: Se considera con invalidez la persona que por cualquier causa, de cualquier origen, no provocada intencionalmente, hubiese perdido el 50% o más de su capacidad laboral.

Incapacidad permanente parcial: Se considera con incapacidad permanente parcial a la persona que por cualquier causa, de cualquier origen, presente una pérdida de la capacidad laboral igual o superior al 5% e inferior al 50%.

DEFICIENCIA: Se entiende por deficiencia, toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica, que pueden ser temporales o permanentes, entre las que se incluyen la existencia o aparición de una anomalía, defecto o pérdida producida en un miembro, órgano, tejido u otra estructura del cuerpo humano, así como también los sistemas propios de la función mental. Representa la exteriorización de un estado patológico y en principio refleja perturbaciones a nivel del órgano.

DISCAPACIDAD: Se entiende por Discapacidad toda restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano, producida por una deficiencia, y se caracteriza por excesos o insuficiencias en el desempeño y comportamiento en una actividad normal o rutinaria, los cuales pueden ser temporales o permanentes, reversibles o irreversibles, y progresivos o regresivos.

Constituye la objetivación de la deficiencia y por tanto, refleja alteraciones al nivel de la persona.

MINUSVALÍA: Se entiende por Minusvalía toda situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o una discapacidad que lo limita o impide para el desempeño de un rol, que es normal en su caso en función de la edad, sexo, factores sociales, culturales y ocupacionales. Se caracteriza por la diferencia entre el rendimiento y las expectativas del individuo mismo o del grupo al que pertenece.

Representa la socialización de la deficiencia y su discapacidad por cuanto refleja las consecuencias culturales, sociales, económicas, ambientales y ocupacionales, que para el individuo se derivan de la presencia de las mismas y alteran su entorno.

Estas definiciones de la Organización Mundial de la Salud, se producen dentro de la experiencia de la salud, en el contexto de la readaptación profesional. Deficiencia, discapacidad y minusvalía, deben relacionarse con las posibilidades de la persona para encontrar, conservar y progresar socialmente a la vida productiva.

Con la diversidad de conceptos tomados, tanto de la literatura sobre el tema, como de los profesionales en fisioterapia, para establecer el diagnóstico fisioterapéutico, surge como problema:

¿En la práctica profesional, los fisioterapeutas aplican, para el diagnóstico fisioterapéutico, conceptos sugeridos por los modelos que lo sustentan?

Teniendo en cuenta las anteriores bases teóricas necesarias para el entendimiento y consecución del estudio, se plantean los siguientes objetivos:

El objetivo general es identificar qué conceptos de los modelos están aplicando los profesionales de fisioterapia para la formulación del diagnóstico fisioterapéutico.

Para lograr este objetivo es indispensable tener en cuenta y desarrollar los siguientes objetivos específicos.

- 1 Obtener información sobre los modelos utilizados para establecer el diagnóstico fisioterapéutico, en la literatura y en los antecedentes investigativos.
- 2 Recopilar la información sobre la aplicación de los conceptos de los modelos de diagnóstico fisioterapéutico por medio de un cuestionario.
- 3 Analizar la aplicación del diagnóstico fisioterapéutico a la luz de los modelos que lo sustentan.

Para el desarrollo de la investigación no se plantean variables específicas, se valoró la aplicación de los conceptos de los modelos ya definidos anteriormente en el marco teórico:

- Actividad
- Condición de salud
- Deficiencia
- Discapacidad
- Persona con discapacidad

- Situación de discapacidad
- Enfermedad
- Patología activa
- Patofisiología
- Factores ambientales
- Factores contextuales
- Factores personales
- Handicap
- Incapacidad permanente parcial
- Incapacidad
- Invalidez
- Limitación en la actividad
- Limitación funcional
- Limitación social
- Minusvalía
- Participación
- Restricción en la participación

Se exploró la apreciación de los fisioterapeutas ante los conceptos anteriormente mencionados y que se utilizan básicamente en los modelos que aparecen referenciados a continuación.

- NAGI.
- OMS, (1972)

- Centro Nacional para la Investigación y Clasificación en Rehabilitación (NCMRR)
- Clasificación de Wood.
- OMS; CIDDM (1980)
- OMS; CIF(2001)
- Lineamientos 1999 Min. Salud. Colombia

Para la caracterización de la muestra de participación en la investigación se tuvieron en cuenta las siguientes variables:

- Institución en la cual labora: sitio donde se desempeñan actualmente los fisioterapeutas.
- Universidad de egreso: lugar donde adquirieron la formación profesional.
- Campo de trabajo profesional: área de trabajo en el cual se desempeñan ya sea asistencial, docencia o administrativa.
- Tiempo de ejercicio profesional: Período que llevan desempeñándose en su labor como profesional.
- Estudios de postgrado: proceso de educación y capacitación por la cual han pasado los fisioterapeutas.

Diplomado

Especialización

Maestría

Doctorado

Método

Tipo de diseño

Este estudio es considerado descriptivo exploratorio, puesto que se pretende obtener información de grupos homogéneos, (modelos de diagnóstico fisioterapéutico) utilizando criterios sistemáticos que permitan poner de manifiesto su estructura; (SABINO, 1996. p. 107-110).

En este caso se buscó identificar conceptos que utilizan los fisioterapeutas en la aplicación del diagnóstico fisioterapéutico ante los modelos que los sustentan.

Participantes

Se tomó una muestra representativa de fisioterapeutas, quienes se desempeñan en diversos campos, medio hospitalario, consultorios, gimnasios, universitario, Instituciones Prestadoras de Salud y Centros de Rehabilitación.

La muestra seleccionada estuvo constituida por 70 profesionales y este tamaño de muestra se calculó con base en la información suministrada por la Asociación Colombiana de Fisioterapia (ASCOFI) en la que se habla de un número total de asociados de 959 profesionales en fisioterapia (anexo A). Los resultados de la formula aparecen en el anexo B. La participación de los fisioterapeutas es voluntaria, (Anexo C) con autorización de las instituciones.

Para la caracterización de la muestra de participación en la investigación se tuvo en cuenta la distribución de la muestra por instituciones, que se aprecia en la siguiente tabla.

Tabla 9

Instituciones en la cual laboran

INSTITUCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
INSTITUCIONES HOSPITALARIAS	27	39%
CONSULTORIOS	21	30%
INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD	13	19%
CENTROS DE REHABILITACIÓN	6	9%
GIMNASIOS	2	3%
UNIVERSIDADES	1	1%

Estos datos se representan gráficamente en la figura 6.

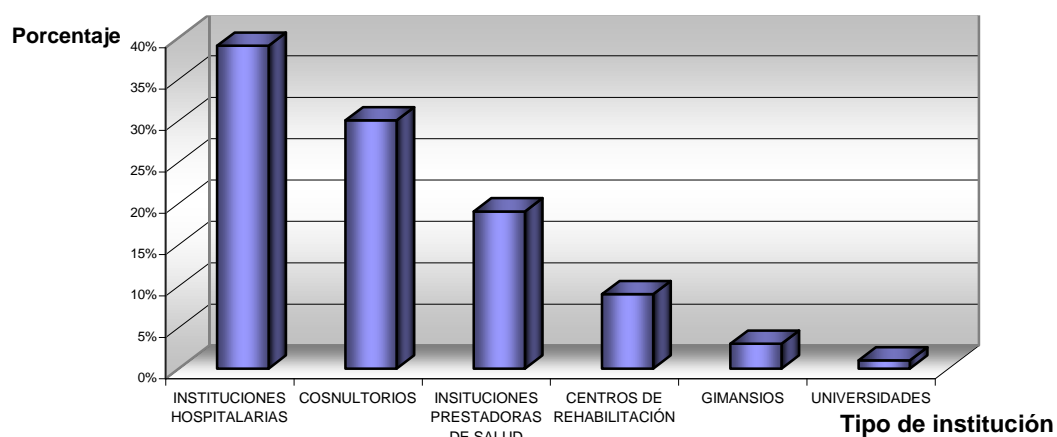


Figura 6. Institución en la cual labora

De los 70 profesionales, en fisioterapia, encuestados, el 39% corresponde a las Instituciones Hospitalarias, el 30% a consultorios, el 19% a Instituciones Prestadoras de Salud, el 9% a Centros de Rehabilitación, el 3% a gimnasios y el 1% a universidades.

De esta muestra de profesionales, la mayoría labora en el campo asistencial, como se observa en la tabla 10.

Tabla 10

Área de trabajo

ÁREA DE TRABAJO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ASISTENCIAL	68	97%
DOCENCIA	4	6%
ADMINISTRATIVO	1	1%

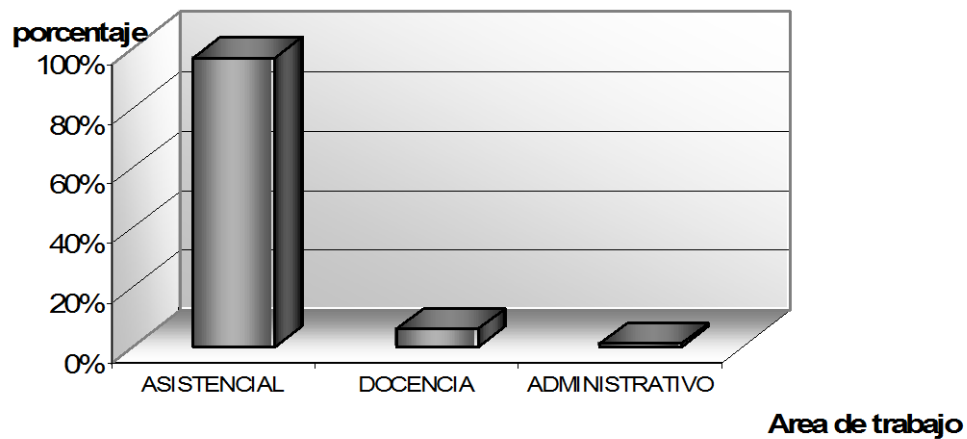


Figura 7. Área de trabajo

Del 100% de la muestra de fisioterapeutas, el 94% se encuentra laborando en el campo asistencial, el 5% trabaja en la parte de docencia y 1% se desempeña en el área administrativa.

Tabla 11

Universidad de egreso

UNIVERSIDADES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
UNIVERSIDAD DEL ROSARIO	40	57%
UNIVERSIDAD NACIONAL	15	21%
UNIVERSIDAD ESCUELA COLOMBIANA DE REHABILITACIÓN	8	11%
UNIVERSIDAD MANUELA BELTRAN	4	6%
UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA	3	4%

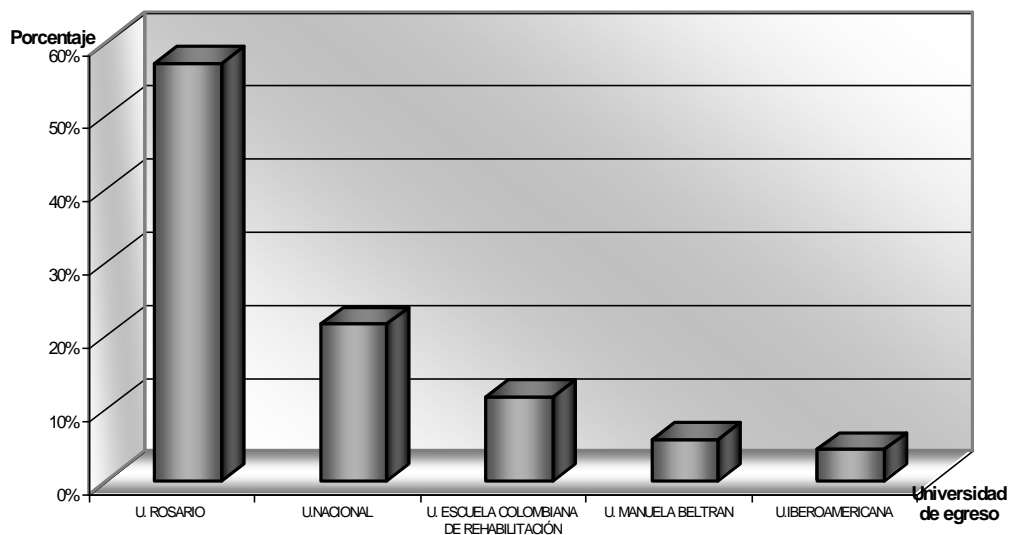


Figura 8 Universidad de Egreso

En la muestra de los 70 profesionales en fisioterapia, se encontró que el 58% correspondía a egresados de la Universidad del Rosario, el 21% de la Universidad Nacional de Colombia, el 11% de la Universidad Escuela Colombiana de Rehabilitación, el 6% de la Universidad Manuela Beltrán y el 4% restante corresponde a la Universidad Iberoamericana.

Tabla 12

Tiempo de ejercicio profesional

TIEMPO DE EJERCICIO PROFESIONAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0-2 AÑOS	18	26%
3-5 AÑOS	14	20%
6-8 AÑOS	3	4%
9-11 AÑOS	16	23%
12-14 AÑOS	6	9%
15-17 AÑOS	6	9%
18-20 AÑOS	3	4%
21 O MAS AÑOS	4	6%

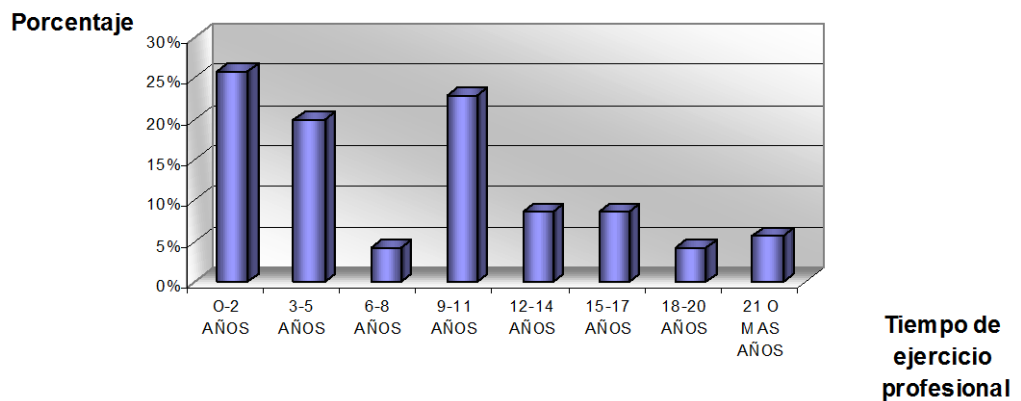


Figura 9. Tiempo de ejercicio profesional

El tiempo de ejercicio profesional de los fisioterapeutas encuestados, según tabla 12, se obtuvo que el 26% está entre los 0 a 2 años, el 20% entre los 3 a 5 años, el 4% entre 6 a 8 años, el 23% entre 9 a 11 años, el 9% entre los 12 a 14 años, el 9% entre 15 a 17 años, 4% entre 18 a 20 años y el 6% 21 o más años.

Tabla 13.

Estudios de postgrado

ESTUDIOS DE POSTGRADO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DIPLOMADO	28	54%
ESPECIALIZACIÓN	31	44%
MAESTRÍA	0	0%
DOCTORADO	0	0%

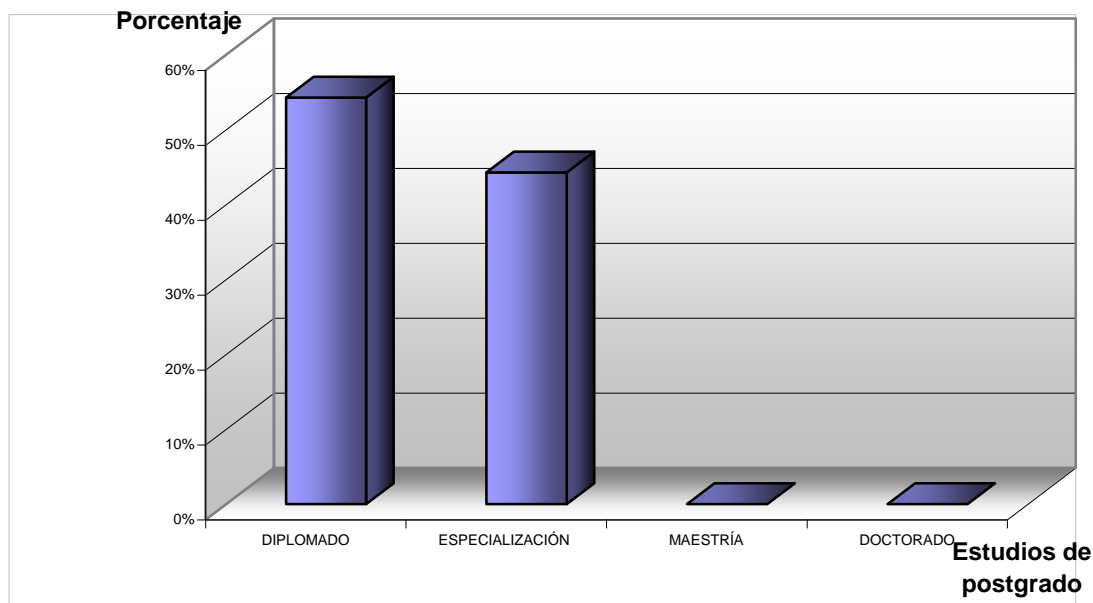


Figura 10. Estudios de postgrado

Dentro de los estudios de postgrado, de los fisioterapeutas, se observó que el 54% ha realizado diplomados, el 44% especialización y no se encontró, dentro de la muestra, fisioterapeutas con maestría o doctorado.

Instrumento

Para llegar a la obtención de datos se seleccionó como instrumento una encuesta.

La encuesta utilizada, para este caso, aparece en el Anexo D. En los que se incluyó los siguientes aspectos.

- I. Datos de identificación.
- II. Cuestionario.

Procedimiento

1. Se elaboró un instrumento que permitió identificar qué conceptos de los modelos están aplicando los profesionales de fisioterapia para la formulación del diagnóstico fisioterapéutico.
2. Se aplicó la prueba piloto de la encuesta con el fin de realizar los ajustes pertinentes.
3. Se aplicó la encuesta definitiva a una muestra de 70 profesionales que se encuentran trabajando en diferentes campos profesionales.
4. Se hizo la tabulación de la información para proceder a realizar un análisis descriptivo de los datos obtenidos en términos de porcentaje y frecuencia.
5. Se realizó un análisis de los resultados, logrando identificar qué conceptos de los modelos están aplicando los profesionales de fisioterapia y cómo están formulando el diagnóstico fisioterapéutico.

Resultados

Se hizo la tabulación inicial de la información para proceder a realizar el análisis descriptivo de los datos obtenidos en términos de porcentaje y frecuencia, con el fin de saber qué conceptos de los modelos están aplicando los profesionales de fisioterapia; se analizaron las respuestas de la encuesta y se obtuvo los siguientes resultados.

Tabla 14.

Frecuencia con que se realiza el diagnóstico fisioterapéutico

FRECUENCIA CON QUE SE REALIZA EL DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÉUTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	16	23%
GENERALMENTE	25	36%
A VECES	24	34%
NUNCA	5	7%

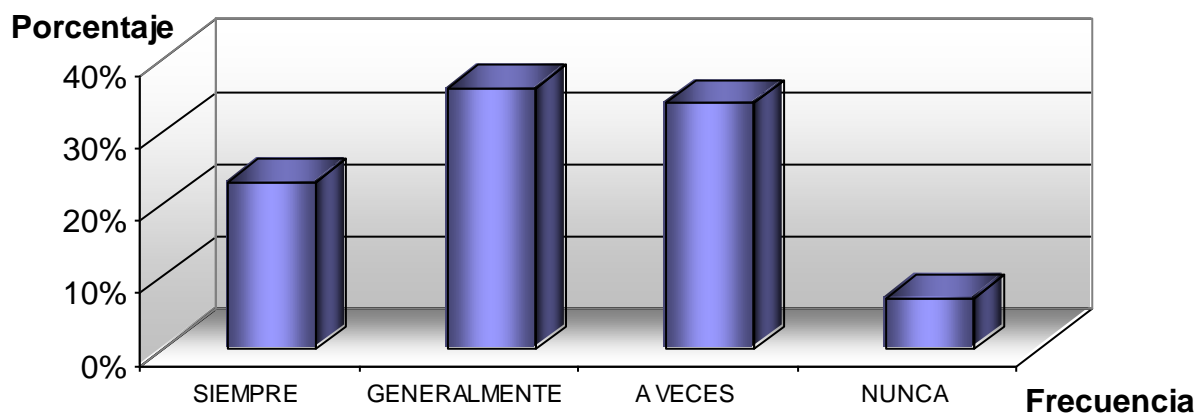


Figura 11. Frecuencia con que se realiza el diagnóstico fisioterapéutico

La frecuencia con que se realiza el diagnóstico fisioterapéutico, y con base en las respuestas obtenidas a cada uno de los ítems formulados, en la pregunta

número 1, se evidencian los siguientes resultados: siempre lo realiza el 23%, generalmente el 36%, a veces el 34% y nunca lo practica, relativamente, el 7%.

Tabla 15.

Instituciones que utilizan formato para el diagnóstico fisioterapéutico

UTILIZACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	7	10%
NO	63	90%

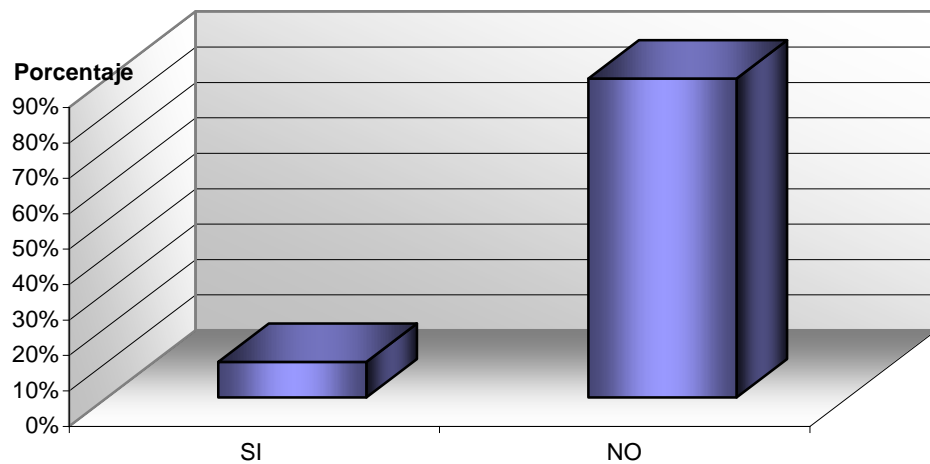


Figura 12. Porcentaje de instituciones que emplean formato para el diagnóstico fisioterapéutico

La mayoría de los encuestados (90%) manifiesta no utilizar ningún formato para el diagnóstico fisioterapéutico.

Tabla 16

Criterios o conceptos que se deben tener en cuenta a la hora de realizar diagnóstico fisioterapéutico

CRITERIOS O CONCEPTOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A. EVALUACIÓN FISIOTERAPÉUTICA	30	43%
B. GRADO DE LIMITACIÓN FUNCIONAL	21	30%
C. DIAGNÓSTICO MÉDICO	13	19%
D. DISCAPACIDAD	13	19%
E. DEFICIENCIA	10	14%
F. ALTERACIONES NEUROLÓGICAS	8	11%
G. ANAMNESIS	7	10%
H. HISTORIA CLÍNICA	6	9%
I. ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA	6	9%
J. ACTIVIDADES BÁSICAS COTIDIANAS	4	6%
K. EDAD	3	4%
L. TIEMPO DE EVOLUCIÓN	3	4%
M. INCAPACIDAD	2	3%
N. PRONÓSTICO	2	3%
O. IMÁGENES DIAGNÓSTICAS	2	3%
P. SEXO	2	3%
Q. MINUSVALÍA	2	3%
R. CAPACIDAD FUNCIONAL	2	3%
S. CIDDM	1	1%
T. DISFUNCIÓN	1	1%
U. SÍNTOMAS	1	1%

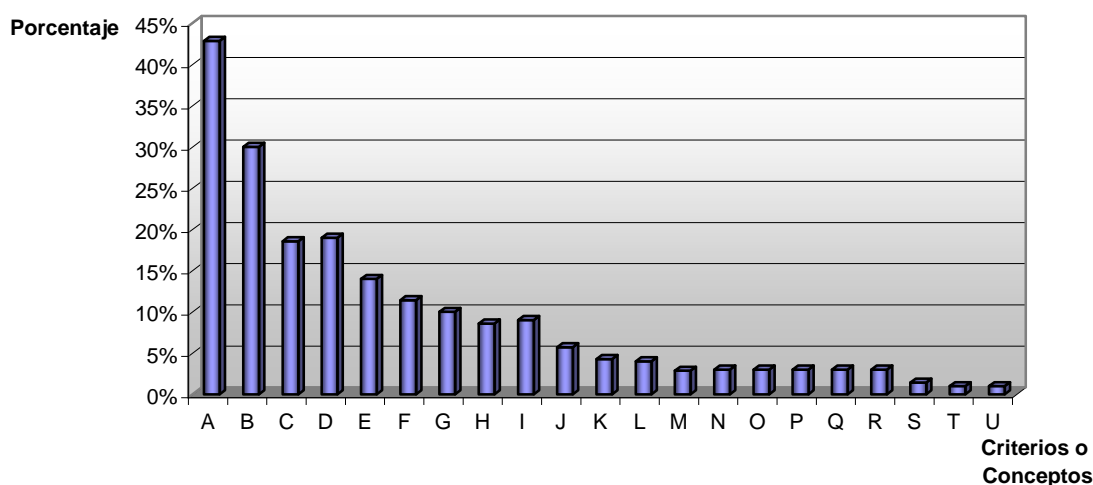


Figura. 13 Criterios o conceptos que se deben tener en cuenta a la hora de realizar el diagnóstico fisioterapéutico

De acuerdo con la pregunta abierta, número 3, de la muestra de los 70 profesionales en fisioterapia, se establece que, en cuanto a los criterios o conceptos que deben tenerse en cuenta al formularse el diagnóstico fisioterapéutico, el 43% consideran tener en cuenta la evaluación fisioterapéutica; el 30%, el grado de limitación funcional; un 19%, por igual, consideran que se debe incluir los criterios de diagnóstico médico e incapacidad; el 14%, se inclina por la deficiencia; el 11%, por alteraciones neurológicas; el 10% por anamnesis; y se distribuye por igual el manejo de los criterios de historia clínica y de actividades de la vida diaria, con un 9% de los encuestados y los demás, identifican conceptos de su preferencia, para el diagnóstico, tales como: actividades básicas cotidianas, edad, tiempo de evolución, incapacidad, pronóstico, imágenes diagnósticas, sexo, minusvalía, capacidad funcional, CIDDM, disfunción y síntomas en porcentajes que varían entre el 1% y el 6%, solamente.

Tabla 17.

Concepto que tienen los fisioterapeutas del diagnóstico fisioterapéutico

CONCEPTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
a. Evaluación fisioterapéutica	11	16%
b. Denominación de la patología	2	3%
c. Concepto de diagnóstico fisioterapéutico	51	73%
d. Identificación del movimiento patológico	6	9%

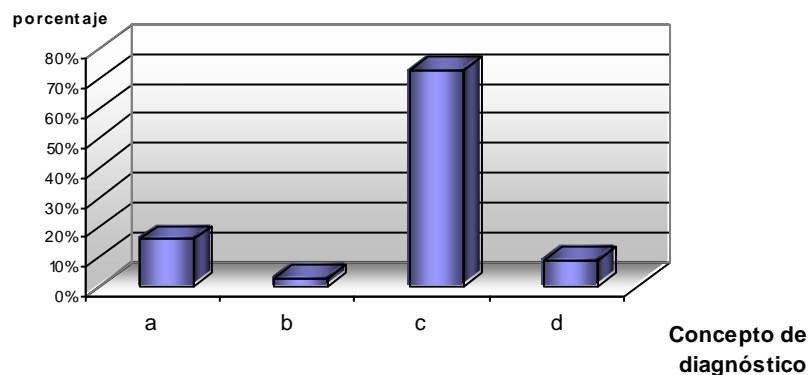


Figura 14. Concepto que los fisioterapeutas tienen del diagnóstico fisioterapéutico.

En la pregunta N° 4, de selección múltiple, el 73% indicó que el concepto de diagnóstico fisioterapéutico corresponde a la determinación de las capacidades, discapacidades, deficiencias, y/o limitaciones funcionales resultantes de enfermedad, lesión, intervención quirúrgica u otra condición de salud. El 16% de la población entiende como diagnóstico la evaluación de la historia, signos, síntomas y test, que el fisioterapeuta desarrolla y el 9% , lo entiende como la identificación del movimiento patológico, designando una disfunción primaria y detección de los procesos incapacitantes de la salud.

El instrumento, en el quinto punto, pretendía detectar conceptualizaciones diferentes a las presentadas en la encuesta, que los profesionales de la fisioterapia utilizaran para la definición del diagnóstico fisioterapéutico. Al respecto solo una muestra no significativa, que por lo tanto no es confiable, refirió a que para ellos el diagnóstico fisioterapéutico correspondía a una combinación de las enunciadas anteriormente.

Tabla 18.

Conceptos del modelo NAGI que utilizan los fisioterapeutas en la formulación del diagnóstico fisioterapéutico.

CONCEPTO	SI LO UTILIZAN		NO LO UTILIZAN	
	PROMEDIO	PORCENTAJE	PROMEDIO	PORCENTAJE
PATOLOGÍA ACTIVA	47	67%	23	33%
INCAPACIDAD	31	44%	39	56%
LIMITACIÓN FUNCIONAL	12	17%	58	83%
DEFICIENCIA	9	13%	61	87%

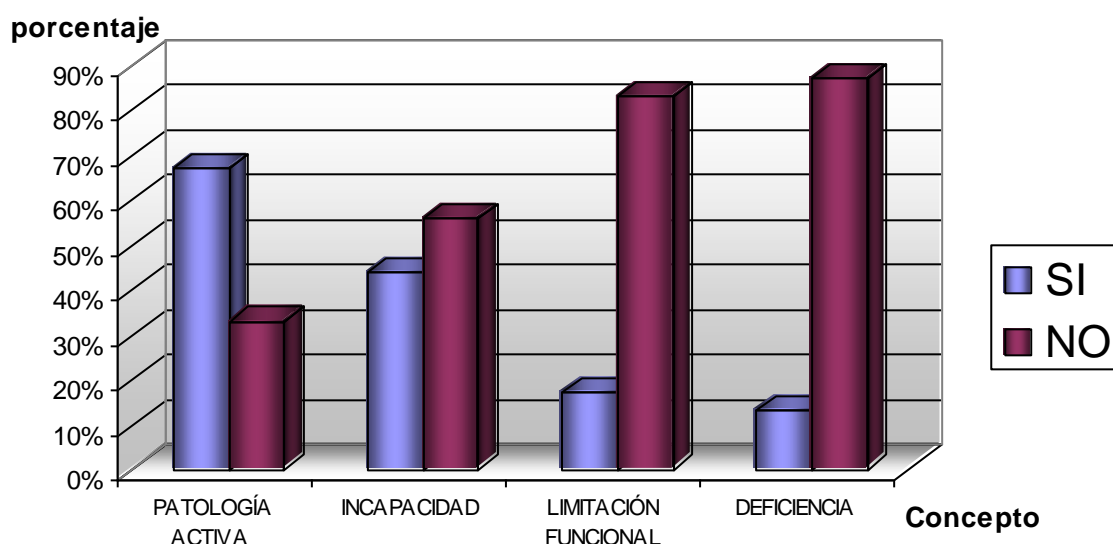


Figura 15. Conceptos que los fisioterapeutas utilizan del modelo NAGI

La descripción de los resultados, de la muestra de los 70 profesionales, en fisioterapia, acerca de los conceptos que emplean del modelo NAGI, en la formulación del diagnóstico fisioterapéutico, se observa que 67% utiliza el concepto de patología activa, 44% el de incapacidad, 17% el de limitación funcional y el 13% afirma manejar el de deficiencia.

Tabla 19.

Conceptos del modelo de la OMS (1972) CIE que utilizan los fisioterapeutas para la formulación del diagnóstico fisioterapéutico.

CONCEPTO	SI LO UTILIZAN		NO LO UTILIZAN	
	PROMEDIO	PORCENTAJE	PROMEDIO	PORCENTAJE
MINUSVALÍA	46	66%	24	34%
INCAPACIDAD	38	54%	32	46%
ENFERMEDAD	36	51%	34	49%
DEFICIENCIA	5	7%	65	93%

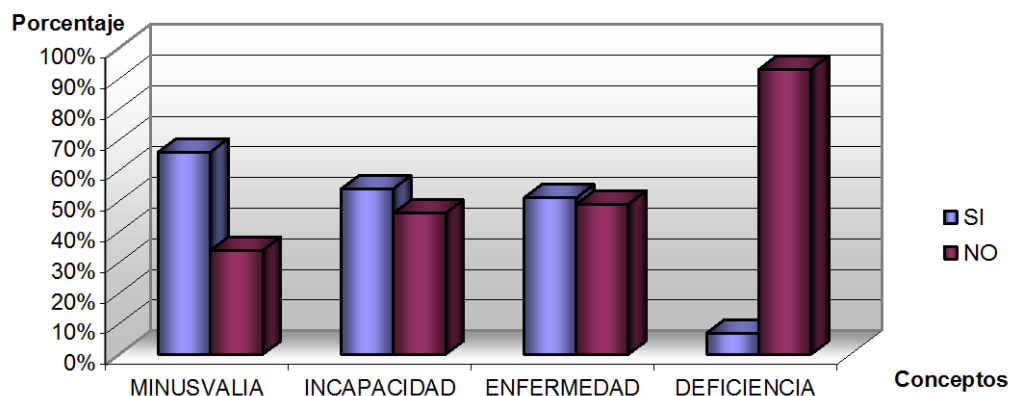


Figura 16. Conceptos del modelos de la OMS de 1972 CIE que utilizan los fisioterapeutas en la formulación del diagnóstico fisioterapéutico.

Del modelo de la OMS de 1972 se concluyo que el 66% de los fisioterapeutas que participaron en el estudio utilizan el término minusvalía en la formulación de su diagnóstico fisioterapéutico, el 54% emplean el concepto de incapacidad, el 51% afirman utilizar el concepto de enfermedad y el 7% usan el término deficiencia.

Tabla 20.

Conceptos del modelo del Centro Nacional para la Investigación y Clasificación en Rehabilitación (NCMRR).

CONCEPTOS	SI LO UTILIZAN		NO LO UTILIZAN	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
LIMITACIÓN FUNCIONAL	52	74%	18	26%
PATOFISIOLOGÍA	42	60%	28	40%
LIMITACIÓN SOCIAL	36	51%	34	49%
INCAPACIDAD	31	44%	39	56%
DEFICIENCIA	9	13%	61	87%

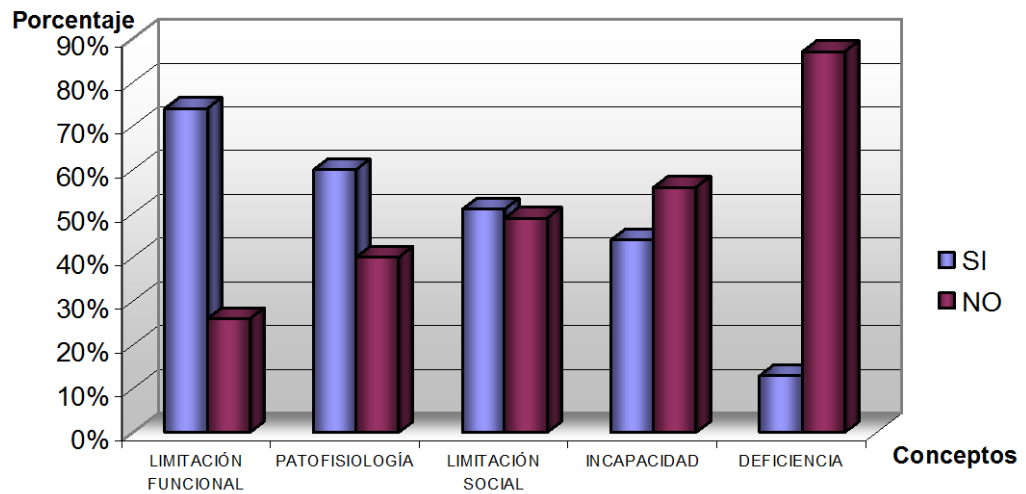


Figura 17. Conceptos del modelo del Centro Nacional para la Investigación y Clasificación en Rehabilitación (NCMRR)

La encuesta llevada a cabo, con una muestra definida de profesionales en fisioterapia, se discrimina el porcentaje del uso de conceptos del modelo del Centro Nacional para la Investigación y Clasificación en Rehabilitación NCMRR para la definición de su diagnóstico, así: el 74% utiliza el término limitación funcional, el 60% el de patofisiología, el 51% el de limitación social, y un 44% el de incapacidad, además, se observa que el 13% emplea el concepto de deficiencia.

Tabla 21.

Conceptos del modelo WOOD que utilizan los fisioterapeutas en la formulación del diagnóstico.

CONCEPTOS	SI LO UTILIZA		NO LO UTILIZA	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HANDICAP	27	39%	43	61%
DISCAPACIDAD	8	11%	62	89%
DEFICIENCIA	3	4%	67	96%

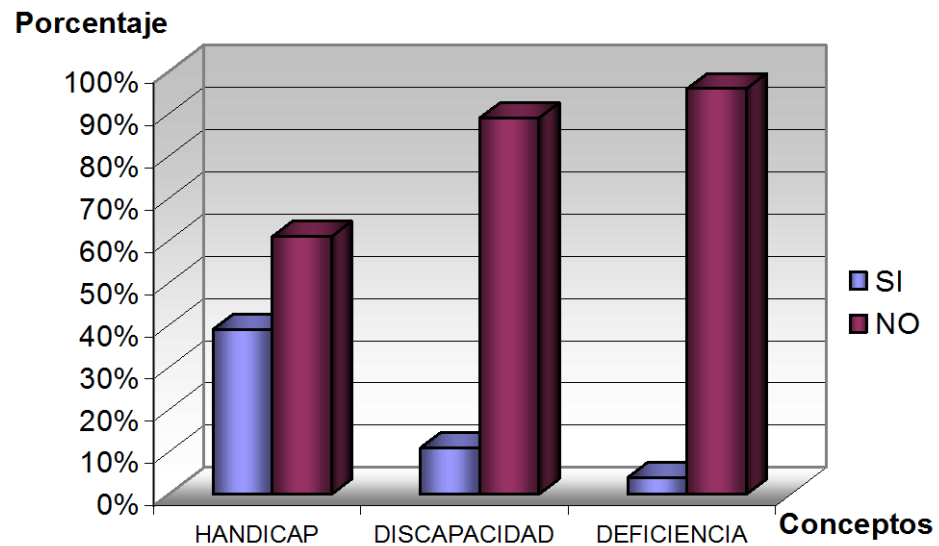


Figura 18. Conceptos del modelo de Wood que utilizan los fisioterapeutas en la formulación del diagnóstico.

De la aplicación de la encuesta, sobre los conceptos del modelo descrito por Wood, que están siendo utilizados por los fisioterapeutas, para llevar a cabo el desarrollo del diagnóstico, muestra que el 39% de ellos recurren al término Handicap, el 11% al de discapacidad, y solo un 4% al de deficiencia.

Tabla 22.

Conceptos del modelo de la OMS de 1980 CIDDM que utilizan los fisioterapeutas en la formulación del diagnóstico.

CONCEPTO	SI LO UTILIZAN		NO LO UTILIZAN	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MINUSVALÍA	47	67%	23	33%
DEFICIENCIA	47	67%	23	33%
DISCAPACIDAD	43	61%	27	39%

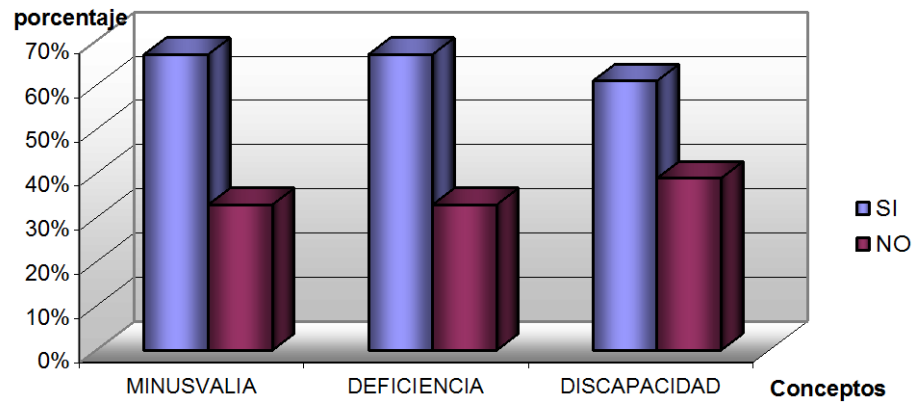


Figura 19. Conceptos del modelo de la OMS de 1980 CIDDM que utilizan los fisioterapeutas en la formulación del diagnóstico.

Los conceptos del modelo de la OMS de 1980 CIDDM, que son utilizados por los fisioterapeutas, en la actualidad, según los resultados (tabla 22 y figura 19), el 67% de los encuestados utilizan el término deficiencia y con la misma frecuencia el de minusvalía; el 61% de población encuestada, sobre el mismo modelo, se vale del término, discapacidad, descrito por el modelo de la CIDDM para la formulación de su diagnóstico.

Tabla 23.

Conceptos del modelo de la OMS de 2001 CIF para la formulación del diagnóstico.

CONCEPTOS	FRECUENCIA		PORCENTAJE	
	SI	NO	SI	NO
FACTORES AMBIENTALES	60	10	86%	14%
PERSONA CON DISCAPACIDAD	57	13	81%	19%
FACTORES PERSONALES	56	14	80%	20%
ACTIVIDAD	55	15	79%	21%
CONDICIÓN DE SALUD	53	17	76%	24%
LIMITACIÓN EN LA ACTIVIDAD	53	17	76%	24%
RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN	44	26	63%	37%
PARTICIPACIÓN	38	32	54%	46%
FACTORES CONTEXTUALES	31	38	46%	54%
DISCAPACIDAD	30	40	43%	57%
SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD	18	52	26%	74%
DEFICIENCIA	14	56	20%	80%

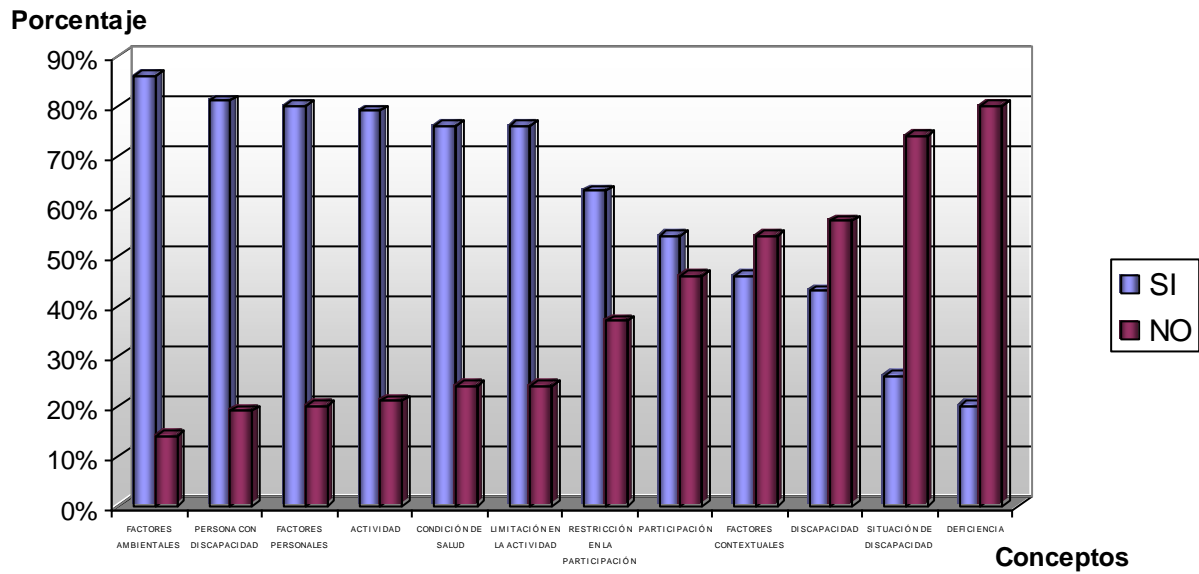


Figura 20. Conceptos del modelo de la OMS de 2001 CIF que utilizan los fisioterapeutas en la formulación del diagnóstico.

Los resultados sobre el manejo de conceptos del modelo de la OMS de 2001, CIF, que están siendo utilizados por los fisioterapeutas, muestran que el 86% utiliza el término, factores ambientales; de igual manera, un 81% el de persona con discapacidad, 80% el de factores personales, el 79% el de actividad, 76% el de condición de salud, el mismo porcentaje para el concepto de limitación en la actividad; un 63%, de la población encuestada, aplica el término, restricción en la participación; el 54% utiliza el término, participación, en la definición de su diagnóstico, 46% emplea el de factores contextuales, un 43% el de discapacidad, 26% el de situación de discapacidad para la formulación de su diagnóstico fisioterapéutico y el 20% de la población maneja el término, deficiencia.

Tabla 24.

Conceptos del modelo Lineamientos 1999 Ministerio de Salud Colombia

CONCEPTOS	SI LO UTILIZAN		NO LO UTILIZAN	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DEFICIENCIA	47	67%	23	23%
MINUSVALÍA	46	66%	24	34%
INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL	45	64%	25	36%
DISCAPACIDAD	43	61%	27	39%
INVALIDEZ	33	47%	37	53%

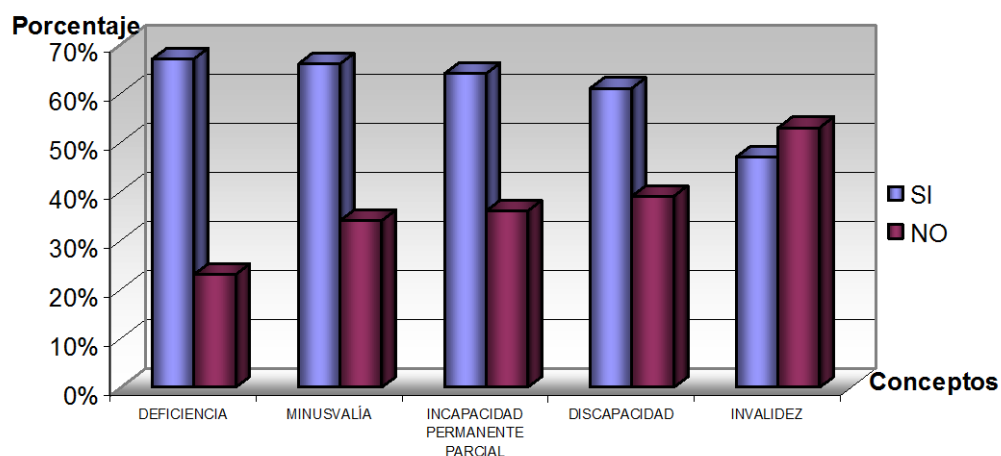


Figura 21. Conceptos del modelo Lineamientos 1999 Ministerio de Salud Colombia

Con respecto al empleo de los conceptos del modelo Lineamientos 1999 Ministerio de Salud Colombia, lo detectado en la muestra de los 70 profesionales de fisioterapia (tabla 24 y figura 21), 67% de ellos trabajan con el término, deficiencia, para la formulación de su diagnóstico; 66% emplea el término minusvalía; un 64%, el de incapacidad permanente parcial; el 61% el de discapacidad y un 47% utilizan el de invalidez.

Tabla 25.

Fisioterapeutas que utilizan conceptos diferentes a los modelos

FISIOTERAPEUTAS QUE UTILIZAN TERMINOS DIFERENTES A LOS MODELOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	18	26%
NO	52	74%

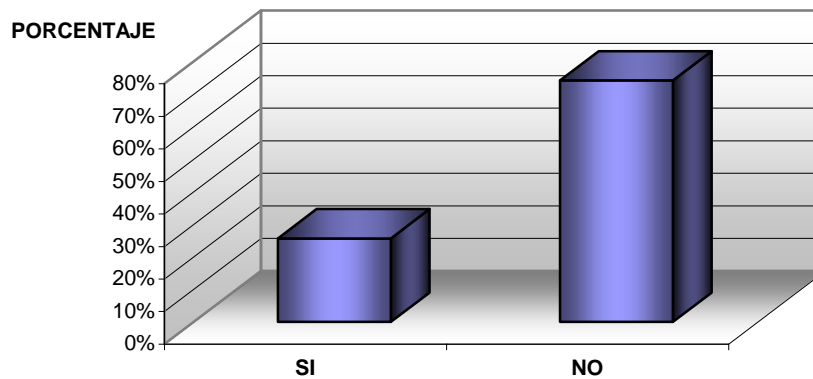


Figura 22. Fisioterapeutas que utilizan conceptos diferentes a los modelos para el diagnóstico fisioterapéutico.

Con base en lo que se halló en la muestra, y de acuerdo con la pregunta de si utilizaban términos diferentes a los que se relacionaban en la encuesta, discriminados en la tabla 25 y la figura 22, se encuentra que el 26% de ellos emplean, adicionalmente, términos diferentes a los descritos por los modelos y el 74% manifiesta que no.

¿Qué otros términos, según los resultado de la encuesta, usan los fisioterapeutas para la formulación de su diagnóstico, distintos a los presentados en los modelos de clasificación? incluyen los de alteraciones artrokinemática, osteokinemática, o miokinemática, disfunciones, discapacidad en términos de leve, moderado y severo. En el paciente neurológico describen el tono muscular, su desempeño en la actividad motora voluntaria, grado de

independencia, asistencia, dependencia, funcionalidad, desarrollo neurológico del paciente y existencia del compromiso cardiopulmonar.

TABLA 26.

Fisioterapeutas que conocen los modelos que sustentan el diagnóstico fisioterapéutico

MODELOS DE DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÉUTICO	SI LO UTILIZAN		NO LO UTILIZAN	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
WOOD	3	4%	67	96%
NCMRR	7	10%	63	90%
MIN. SALUD 1999	11	16%	59	84%
OMS (ICDH) DE 1972	16	23%	54	77%
OMS;CIF(2001)	17	24%	53	76%
NAGI	17	24%	53	76%
OMS; CIDDM (1980)	18	26%	52	74%

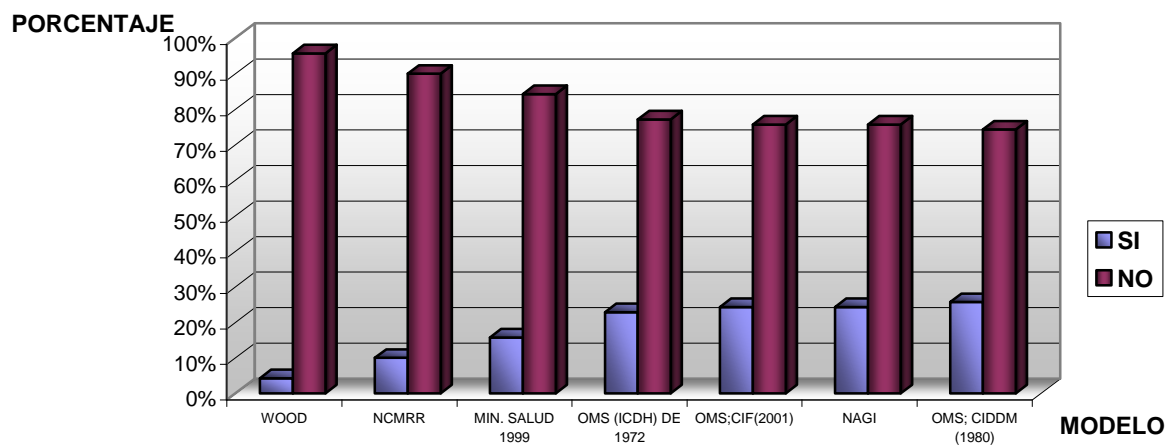


Figura 23. Fisioterapeutas que conocen los modelos que sustentan el diagnóstico fisioterapéutico.

La muestra representativa, de los 70 profesionales de fisioterapia encuestados, indica que un alto porcentaje de ellos desconocen los modelos

que sustentan el diagnóstico fisioterapéutico. De los profesionales que afirmaron conocer alguno de los modelos, consideran importante incluir el concepto de limitación funcional, del modelo Nagi, y el concepto de discapacidad, del Ministerio de Salud de 1999.

TABLA 27.

Fisioterapeutas que tienen en cuenta los modelos para elaborar el diagnóstico fisioterapéutico.

FISIOTERAPEUTAS QUE TIENEN EN CUENTA LOS MODELOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	25	36%
NO	45	64%

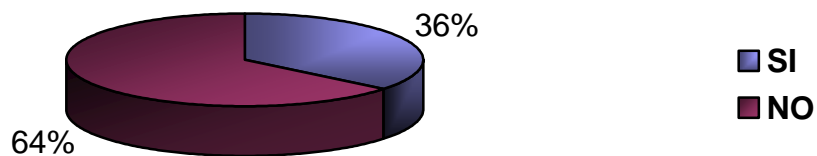


Figura 24. Fisioterapeutas que tienen en cuenta los modelos para elaborar el diagnóstico fisioterapéutico.

La figura 24, que representa los resultados acerca de si se tiene en cuenta los modelos para la formulación del diagnóstico fisioterapéutico, solo el 36% responde afirmativamente.

Tabla 28.

Modelos que tienen en cuenta los fisioterapeutas para la formulación del diagnóstico fisioterapéutico.

MODELOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NAGI	10	14%
OMS CIF 2001	9	13%
CIDDM 1980	7	10%
MIN. SALUD	5	7%
OMS 1972	3	4%
NCMRR	2	3%
WOOD	0	0%
OTRO	1	1%
NINGUNO	33	47%

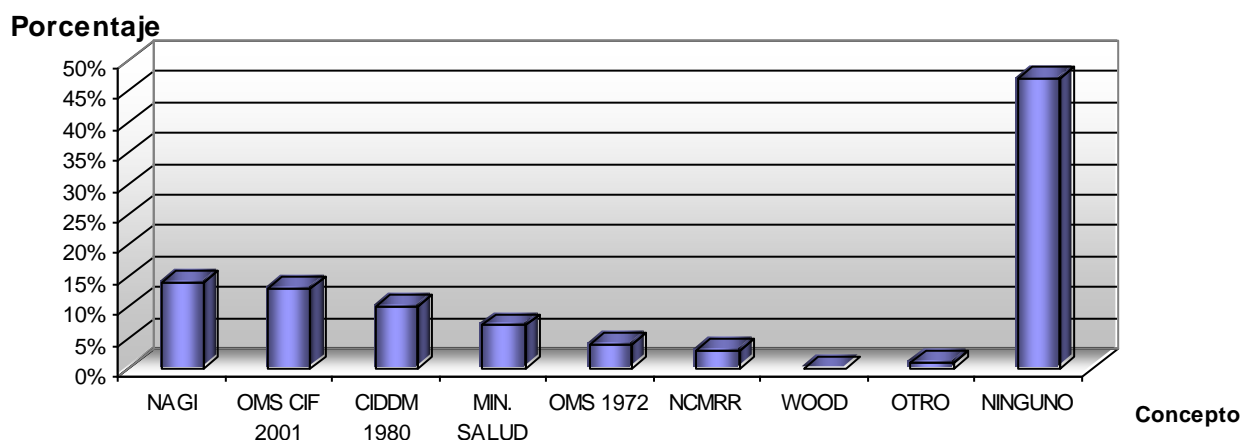


Figura 25. Modelos que tienen en cuenta los fisioterapeutas para la formulación del diagnóstico fisioterapéutico.

Los resultados de la encuesta, discriminados y graficados en la figura 25, demuestran el grado y la frecuencia con que los fisioterapeutas tienen en cuenta, para la formulación del diagnóstico, alguno de los modelos de diagnosis fisioterapéutica. Al respecto, los datos indican que la mayoría, el 47% no los tienen en cuenta, solo el 14% afirma conocer el modelo NAGI, el 13% el de la OMS de 2001 CIF; el 10% el de la OMS de 1980 el CIDDM; un 7%, de la población de encuestados, afirma que tienen en cuenta el modelo del Lineamientos del Ministerio de Salud 1999 Colombia; el 4% dice manejar el

modelo de la OMS de 1972, 3% el modelo del Centro Nacional para la Investigación y Clasificación en Rehabilitación NCMRR, y un 1% de los encuestado afirma tener otro tipo de modelo o formato, no especificado por ser supuestamente personal. El modelo descrito por Wood lo desconocen los encuestados.

Aunque no hace parte de la investigación, se consideró importante relacionar algunas variables:

Tabla 29

Conceptos de diagnóstico según área de trabajo

CONCEPTOS	ASISTENCIAL	ASISTENCIAL /DOCENCIA	ASISTENCIAL /ADMINISTRATIVO	DOCENCIA
a. Evaluación fisioterapéutica	10%	1%	1%	
b. Denominación de la patología	1%			1%
c. Concepto de diagnóstico fisioterapéutico	70%	3%		
d. Identificación de movimiento patológico	11%			

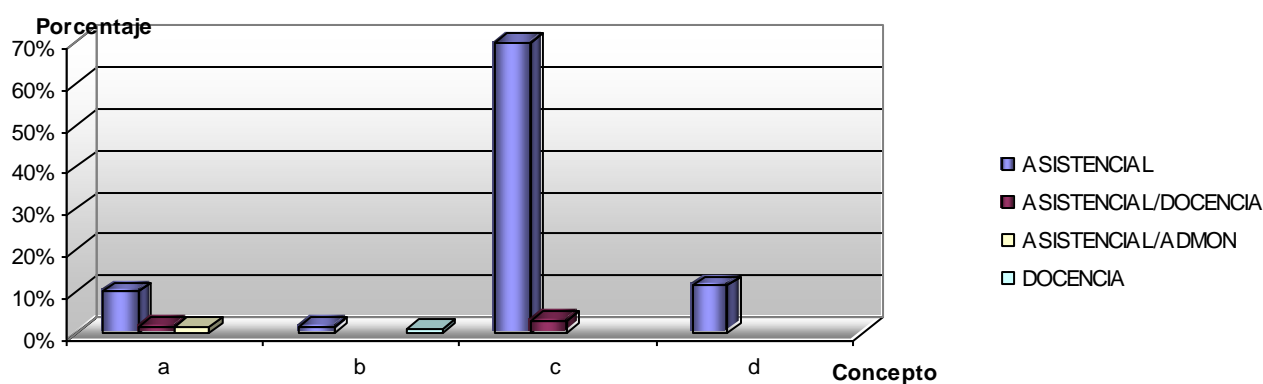


Figura 26. Conceptos de diagnóstico según área de trabajo

De los profesionales encuestados, el 99% trabaja en el área asistencial, un 5% como docentes y en el área administrativa y el 1% se desempeña como

docente. El 72% seleccionó la definición que determina las capacidades, discapacidades, deficiencias o limitaciones resultantes de la enfermedad, lesión, intervención quirúrgica u otras condiciones en salud, el 28% restante se inclinó hacia otros conceptos de diagnóstico.

Tabla 30

Campo profesional según frecuencia con que realiza el diagnóstico fisioterapéutico

	ASISTENCIAL	ASISTENCIAL/ DOCENCIA	ASISTENCIAL/ ADMINISTRATIVO	DOCENCIA
A VECES	30%	1%	1%	1%
GENERALMENTE	36%			
SIEMPRE	20%	3%		
NUNCA	7%			

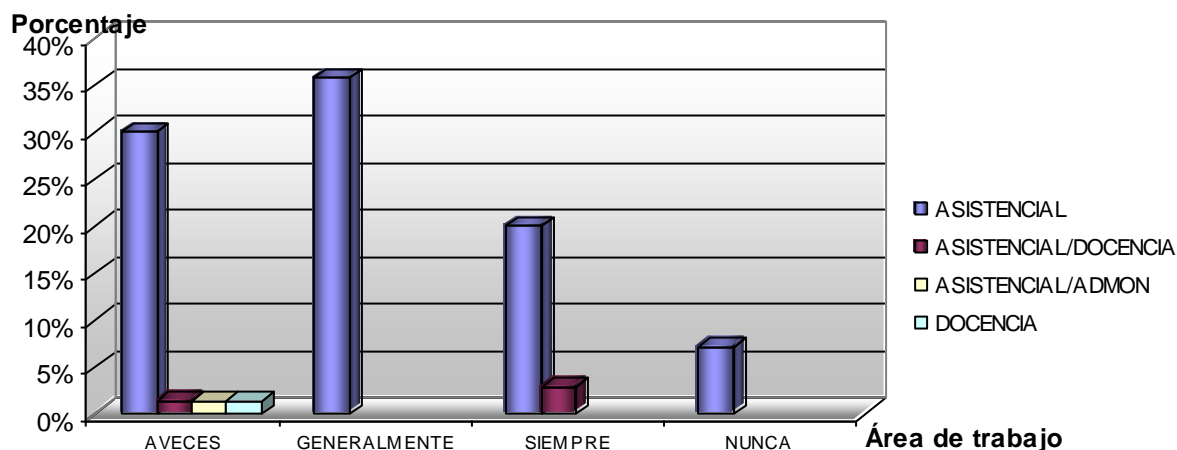


Figura 27 Campo profesional según frecuencia con que realiza el diagnóstico fisioterapéutico.

Los fisioterapeutas encuestados se desempeñan en su mayoría a nivel asistencial, observándose que un 36% generalmente realiza diagnóstico fisioterapéutico, el 30% a veces, un 20% siempre y el 7% nunca. El 6%

restante de los indagados, se distribuye entre las demás áreas de trabajo para la frecuencia con que se realiza el diagnóstico fisioterapéutico.

Tabla 31

Modelos que tienen en cuenta, para el diagnóstico, los fisioterapeutas con estudios de postgrado

	NAGI	NAGI OMS CIF	OMS CIDDMM OMS CIF	NCMRR	MIN SALUD 1999	OMS 1972 OMS CIDDMM	OMS CIF MIN. SALUD 1999	NAGI OMS CIF MIN. SALUD 1999	MIN. SALUD 1999 OTRO	OMS CIF	OMS 1972	OMS CIDDMM	NINGUNO
DIPLOMADO	1%		1%		1%						1%		10%
ESPECIALIZACIÓN	4%	1%	3%	1%				1%		1%	1%		14%
DIPLOMADO / ESPECIALIZACIÓN	1%				1%	1%							6%
NINGUNO	4%		1%	1%			1%		1%	1%		3%	31%

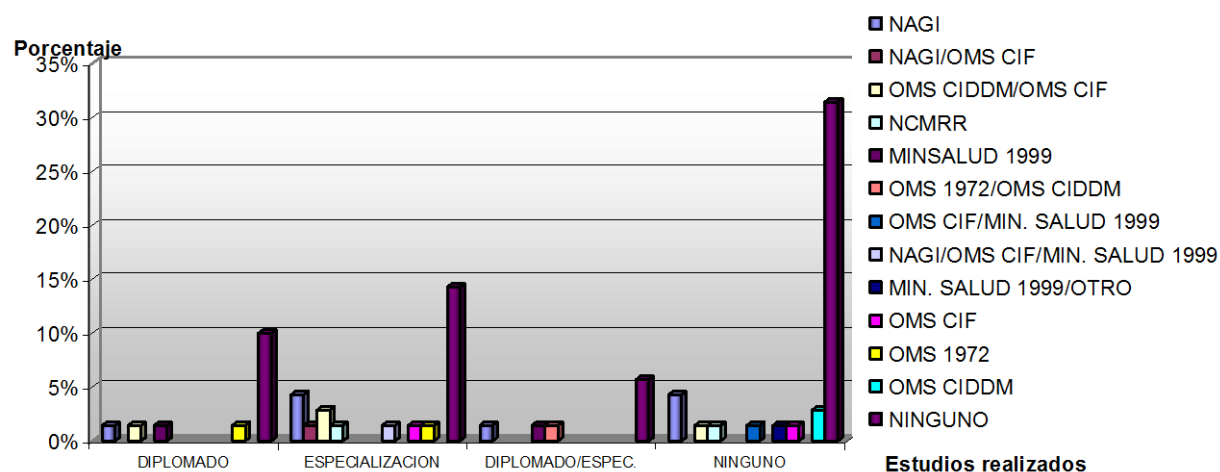


Figura 28. Modelos que tienen en cuenta, para el diagnóstico, los fisioterapeutas con estudios de postgrado

De la muestra de profesionales en fisioterapia (70), el 43% no han realizado estudios de postgrado, ni han adoptado modelo alguno para la formulación de su diagnóstico fisioterapéutico; 26% de los encuestados, con especialización, el

4% se inclinan por tener en cuenta el modelo de Nagi, por el CIF el 3% y el 14% por ninguno.

Tabla 32

Modelos que tienen en cuenta para el diagnóstico los fisioterapeutas con relación al tiempo de ejercicio profesional

	NAGI	NAGI /OMS CIF	OMS CIDD/OMS CIF	NCMRR	MIN SALUD 1999	OMS 1972/ OMS CIDD	OMS CIF/ MIN. SALUD 1999	NAGI/ OMS CIF /MIN. SALUD 1999	MIN. SALUD 1999 /OTRO	OMS CIF	OMS 1972	OMS CIDD	NINGUNO
0 A 2	6%									3%			17%
3 A 5	3%		3%	3%					1%			1%	9%
6 A 8	1%											1%	1%
9 A 11	1%		1%		1%	1%	1%				3%		13%
12 A 14													9%
15 A 17					1%								7%
18 A 20								1%					3%
21 O MAS		1%	1%										3%

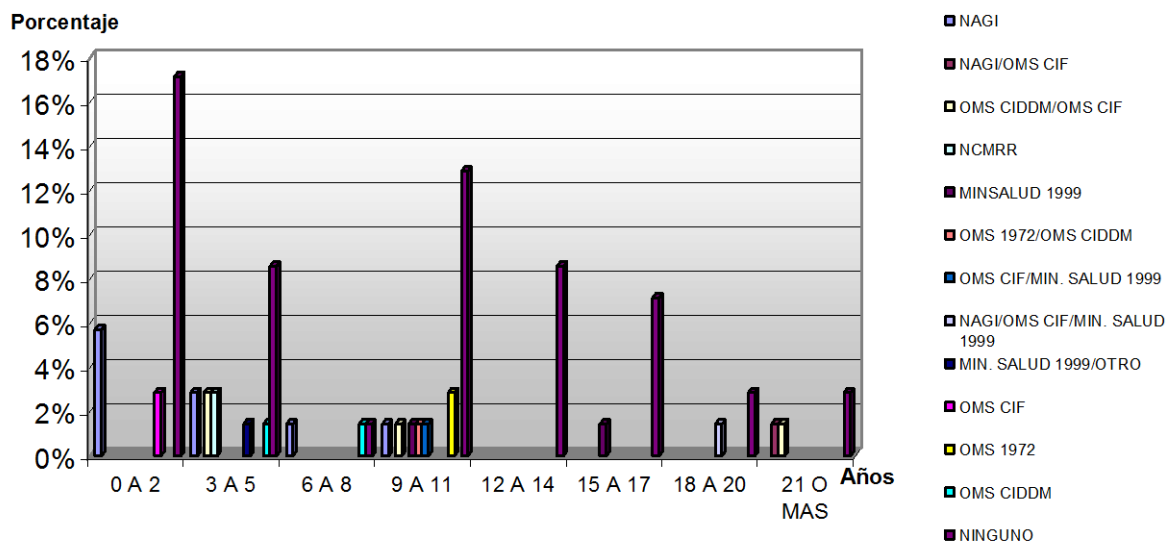


Figura 29 Modelos que tienen en cuenta para el diagnóstico los fisioterapeutas con relación al tiempo de ejercicio profesional

Se tomó una muestra determinada, donde se analizó que el 62% de los profesionales con poca o mucha experiencia laboral no utilizan ningún modelo, seguido de un 11% de profesionales con una experiencia no mayor a 11 años

utilizan el modelo descrito por NAGI, el 27% de los profesionales restantes con diferente tiempo de ejercicio utilizan diversos modelos según su criterio.

Discusión

La finalidad de ésta investigación, de tipo descriptivo, gira alrededor de la inquietud, por parte de las investigadoras, de si los profesionales de la fisioterapia están o no teniendo en cuenta los conceptos o términos de los modelos que sustentan el diagnóstico fisioterapéutico en su práctica profesional.

Partiendo del hecho de que la fisioterapia tiene como objeto de estudio la fisiocinética humana (movimiento corporal humano) y su desarrollo a través de sus diferentes etapas de la vida, se requiere indagar por la comprobación de los puntos fuertes (capacidades) y de las debilidades (discapacidades) que se pueden presentar para dirigir, en forma acertada, su tratamiento.

Steven Rose (1989), aclara que la intención del diagnóstico fisioterapéutico no es infringir la práctica de otras escuelas o asumir roles más allá del campo de nuestra educación y entrenamiento. Ello nos indica que, con la diagnosis fisioterapéutica, no se pretende incursionar en el campo del diagnóstico médico que se refiere a la definición patológica antes que al concepto de limitación en la actividad de la persona con discapacidad.

La evaluación suministra los elementos esenciales e indicios para la formulación del diagnóstico fisioterapéutico, y ambos son parte integral e imprescindible para el tratamiento del paciente. En consecuencia, y tal como se demuestra en la encuesta, no deben confundirse, ni reemplazarse porque son dos categorías secuenciales dirigidas hacia el paciente pero con fines diferentes.

Aunque no es tan antigua la formulación del diagnóstico fisioterapéutico, cuenta, sin embargo, con bases prácticas y teóricas para que los profesionales las empleen, las enriquezcan y no las desconozcan, como se demostró con la

población examinada, sobre los 7 modelos descritos; además, quienes dicen formularlo, aplican terminología en forma indiscriminada y sin conocer su autoría.

Para que la diagnosis fisioterapéutica sea eficaz y cumpla con los objetivos, exige unidad sistemática y coherencia en su formulación; ello no ocurre en la práctica diaria, de un alto porcentaje de los profesionales de esta disciplina. En tal sentido no es viable elaborar conclusiones claras y concisas que permitan, dentro del grupo interdisciplinario, realizar un mejor enfoque de la limitación del paciente.

La necesidad de unificar conceptos para el trabajo interdisciplinar, en la aplicación del diagnóstico, es extensiva a la de adoptar, con base en la experiencia, una conceptualización sui géneris para el registro, sistematización y análisis de la información que sirva de apoyo a nuevos proyectos de investigación en el área de la fisiocinética, a nivel científico. Desde el ámbito profesional, en lo cognoscitivo, una amplia fundamentación conceptual; en lo práctico, con la experiencia suficiente para proporcionar el tratamiento adecuado; en lo ético, para que su objetivo sea el bienestar, antes que el lucro y en lo legal, para que conozca las disposiciones básicas que rigen la profesión.

Por otra parte, los fisioterapeutas encuestados, a pesar de encontrarse en el área asistencial, que por su naturaleza se debería formular siempre el diagnóstico fisioterapéutico, no se lleva a cabo, por desconocimiento o por no otorgarle la importancia que merece.

Un 28% de los fisioterapeutas, de acuerdo con los datos discriminados de la encuesta, manejan un concepto limitado e inexacto de lo que es el diagnóstico, ya sea porque se basan solo en la evaluación del paciente o el concepto médico, es decir, la descripción de los problemas o la denominación de la patología, sin precisar la identificación de las capacidades, discapacidades, deficiencias y/o limitaciones funcionales resultantes de enfermedad, lesión, intervención quirúrgica u otras condiciones de salud.

En la investigación se indagó por el modelo que tienen en cuenta los fisioterapeutas para la formulación del diagnóstico fisioterapéutico, al respecto, del 47% de la secuencia de los encuestados su respuesta es negativa, porcentaje considerablemente alto, razón por la cual se puede inferir que la aplicación del diagnóstico, por quienes lo realizan, se lleva de manera improvisada y según criterio de cada profesional.

Teniendo en cuenta el concepto de limitación funcional, propuesto por Nagi, de deterioro de las habilidades de un individuo, que puede llevar a disminuir su actividad normal, incluyendo su rol dentro de la familia, grupo social, comunidad u otras actividades de interacción, anota que el grado de limitación no depende solamente del tipo de lesión, sino también de la naturaleza y requerimientos de sus actividades diarias; además de considerar aspectos como edad, sexo, medio ambiente, características generales, tipo de lesión, medio social y cultural. (citado por Jette 1994)

El modelo de Nagi no predetermina una lista de incapacidades, tales como las dadas en la Clasificación Internacional de Incapacidad y Deficiencia (CILDI), las que también son imprecisas para ser usadas en la práctica clínica. El modelo de Nagi, describe conceptos mayores de proceso de diagnóstico que son potencialmente más utilizados por los terapeutas para planear y dirigir el tratamiento. La clave para realizar el diagnóstico es preguntarse: “¿Cuáles son las limitaciones del paciente?” (citado por Jette, 1994).

La utilización del concepto de limitación funcional, descrito en el modelo de Nagi, en el que integra distintos aspectos básicos para la formulación del diagnóstico fisioterapéutico, resulta considerablemente bajo (17%) de la población encuestada en comparación con la importancia concedida al término de patología activa (67%) propio del diagnóstico médico.

En 1972, la OMS desarrolló un esquema preliminar, contemplando las consecuencias de la enfermedad, denominado: Clasificación Internacional de la Enfermedad (CIE), que incluye los términos de minusvalía, incapacidad, enfermedad y deficiencia. Los resultados de la encuesta, aplicada a los

profesionales de la fisioterapia, permiten observar que, aunque manifiestan no manejar este modelo (4%), aún continúan utilizando el concepto de minusvalía (66%), además, según la publicación que se desarrolló en 1992 por el Centro Nacional para la Investigación en Rehabilitación Médica (NCMRR), plantea que el concepto de minusvalía presenta una connotación negativa pudiendo ser remplazado por el de limitación social, refiriéndose a las restricciones impuestas por la sociedad que limita la habilidad de la gente para participar independientemente en tareas, actividades y roles; igualmente, la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud CIF (2001), abandona el término minusvalía.

De la revisión de los modelo de Nagi y OMS 1972, se originó el modelo de NCMRR que describe los términos patofisiología, deficiencia, limitación funcional, incapacidad y limitación social; al respecto, y sobre la base de los resultados de la muestra, se halló que la mayoría de fisioterapeutas utiliza el término de limitación funcional (74%), que al parecer, es de común empleo por los fisioterapeutas que realizan diagnosis fisioterapéutica, importante para tener en cuenta, como categoría conceptual, en la unificación del diagnóstico.

La última revisión realizada por la OMS (2001) es la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud que tiene como perspectiva la parte corporal, individual y social de la persona con discapacidad. De esta clasificación es importante destacar que el fisioterapeuta puede actualizarse de los nuevos conceptos que bien son muy significativos para el desarrollo del diagnóstico fisioterapéutico por su valioso contenido.

Se plantea la necesidad de continuar y profundizar este tipo de estudios con el fin de unificar conceptos y hacer realidad la aplicación del diagnóstico fisioterapéutico por todo profesional dedicado a la disciplina de la fisioterapia.

Como quiera que el tema del diagnóstico fisioterapéutico no es trajinado en la praxis profesional, el aporte que se esperaba, en preguntas abiertas, al

responder el cuestionario, no fue el deseado por el desconocimiento de los modelos que sustenta, en la actualidad, el diagnóstico fisioterapéutico.

Se destaca la preocupación que se manifestó, por parte de los fisioterapeutas indagados, por conocer con más detalle los elementos teóricos y prácticos que apoyan la diagnosis fisioterapéutica.

Conclusiones y Recomendaciones

La eficacia de los resultados de un tratamiento, en el campo de la fisioterapia, depende de una acertada evaluación y formulación del diagnóstico fisioterapéutico. Acorde con tal principio, el grupo de investigadoras abordó, en su criterio, una de las aristas del tema, al plantearse la necesidad de incursionar en la problemática sobre si la actual práctica profesional, en este campo, se guía por la aplicación de un diagnóstico fisioterapéutico que tuviese en cuenta los aportes teóricos de los especialistas sobre el tema.

Al analizar los resultados del trabajo, en los que se expresa el nivel de conocimientos y aplicación sobre los modelos que sustentan el diagnóstico fisioterapéutico, es evidente que, a pesar de que un limitado número de profesionales los aplican, no existe conceptualización clara, unificada, ni sistemática que orienten la práctica en el campo de la fisioterapia.

No menos importante es el hecho de que algunos confunden o remplazan la evaluación fisioterapéutica por el diagnóstico fisioterapéutico, sin tener en cuenta que estos dos términos, a pesar de ser dirigidos hacia el paciente, sus propósitos son diferentes. Con el primero se registran los indicadores, propios de las alteraciones fisiocinéticas, que conducen al discernimiento o definición del problema discapacitante, enmarcado dentro de cualquiera de los modelos que sustentan el diagnóstico fisioterapéutico.

La frecuencia con que se aplica el diagnóstico fisioterapéutico es baja, inclusive en profesionales encuestados, que se desempeñan en el área asistencial, en la que se debería formular siempre, para orientar el proceso de tratamiento de la persona, y por las implicaciones de responsabilidad en lo ético y legal.

Algunos términos de los modelos no son desconocidos, por quines dicen formular diagnóstico fisioterapéutico, pero cada fisioterapeuta los aplica, según

su criterio y en forma indiscriminada, con consecuencias que puede derivar en confusión para el grupo interdisciplinario o para los profesionales de la misma área; razón suficiente e inaplazable para reflexionar sobre el tema y proceder a elaborar las bases de un diagnóstico fisioterapéutico con unidad sistemática y cuerpo teórico que proyecte categorías conceptuales, no ambiguas, propias de su formulación. Al mismo tiempo, similar criterio, es viable adoptar en el registro, sistematización y análisis de los datos, para la investigación y avance científico, así como para la caracterización del perfil profesional.

Los resultados de la muestra permiten deducir que los profesionales en fisioterapia, la mayoría no utilizan modelo alguno de los descritos anteriormente, por desconocimiento. Un porcentaje, significativamente bajo, conoce algún modelo, pero solo en algunas ocasiones lo aplica.

Algunos fisioterapeutas, aún continúan trabajando con los conceptos descritos por el modelo de la OMS de 1972, otros persisten con el empleo del concepto de minusvalía, al referirse a las incapacidades del paciente, refutado desde 1997 por dar una connotación despectiva a la persona con discapacidad.

Los resultados sobre el manejo de conceptos de los modelos que están siendo utilizados, con mayor frecuencia, por los fisioterapeutas, muestran que un alto porcentaje emplean los términos de: factores ambientales, limitación funcional, lo mismo que el de persona con discapacidad, factores personales, actividad, condición de salud, limitación en la actividad, deficiencia y con la misma frecuencia el de minusvalía y Patología Activa, Incapacidad permanente parcial, restricción en la participación y, finalmente, el de discapacidad.

El esquema de la Clasificación Internacional del Funcionamiento en Salud, consenso internacional, por sintetizar la experiencia de los modelos más antiguos, reconocer las dimensiones contextuales de la persona y ser más sistemático, vale la pena examinarlo, ponerlo en práctica y evaluar sus resultados como modelo de diagnóstico fisioterapéutico.

Es aconsejable incluir, dentro de la formación académica, a nivel de pregrado, en foros, seminarios, etc., o incluso en postgrado, conceptos claros y unificados acerca del diagnóstico fisioterapéutico por parte de las universidades para que los profesionales puedan tener bases firmes para su formulación, falencia que este estudio ha podido identificar.

REFERENCIAS

Alvarado, M. (1990). ¿Qué es Terapia Física?, Ubicación del Problema. Universidad Nacional de Colombia. p. 59-66

Asociación Americana de Terapia Física (APTA). (1997). Guide to physical therapist practice. Revista Physical Therapy, 77, (11), 1265 -1269

Asociación Francesa Para la Investigación y la Evaluación en Fisioterapia. (AFREK) (1996). p. 4-5.

Centro Nacional Para la Investigación en Rehabilitación Médica. (NCMRR). (1992). Physical Therapy, 74. p.5

Clasificación del Instituto de Medicina (1997). El proceso capacitante-discapacitante. Factores transicionales.

Cobo, W. (1999). Concepto del diagnóstico fisioterapéutico. Florida. Estados Unidos.

Dekker, J., Evan, M., Curfs, E & Kerssens, J. (1993). Diagnosis and treatment in physical Therapy: An investigation of their relationship. Revista Physical Therapy, 73, (9),30

Delitto, A. & Snyder, L. (1995). The diagnostic process: Examples in orthopedic physical therapy. Revista physical therapy, 74, (5).

Fosnaught, M. (1996). A critical look at diagnosis. Revista Physical Therapy, septiembre.

Garcia, A. & Guevara, G. (1996) Diagnóstico y tratamiento en fisioterapia. Universidad Nacional, Bogotá.

Guccione, A. (1991). Diagnosis and the relationship between impairments and function. Revista Physical Therapy 71. p. 7.

Harris, B & DyreK, D. (1989). A Model of Orthopaedic dysfunction for Clinical Decisión Making in Physical Therapy Practice. Physcal Therapy 69

Icart, T. (2000). Elaboración y Presentación de un Proyecto de Investigación. p. 39, 40. Barcelona- España.

Jette A. (1994). Physical disablement concept for physical therapy. Research and practice. Physical Therapy, 74

Leal G. (2000) Ley 528 N° 43711.20 Reglamento del ejercicio de la profesión de fisioterapia Revista Asociación Colombiana de Fisioterapia, 45,

Ministerio de Salud (1999). Decreto 917. Lineamiento de Atención en Salud para las ersonas con Deficiencia, Discapacidad y/o Minusvalia. mayo 28 Constitución Política de Colombia.

Organización Mundial de Salud (1.972) Clasificación Internacional de la Enfermedad (CIE)

Organización Mundial de la salud (1980) Clasificación Internacional de Discapacidad Y Deficiencia (CILDI)

Organización Mundial de la salud (1980) Clasificación Internacional de Discapacidad Deficiencia y Minusvalía (CIDDM -2)

Organización Mundial de la Salud, (1997). CIDDM-2 Clasificación Internacional de las Deficiencias, Actividad y Participación. Manual de las dimensiones de las consecuencias de la enfermedad y del rendimiento funcional. Versión 1.^a, Revisión 2. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (1999). CIDDM-2 Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Discapacidad. Manual de las consecuencias de la enfermedad y del rendimiento funcional. Versión 1.^a Beta-2.

Organización Mundial de la Salud (2000). Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Discapacidad. Manual de las consecuencias de la enfermedad y del rendimiento funcional. Borrador Prefinal

Organización Mundial de la Salud (2001) Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF)

Restrepo, R. (1995). Evaluación y principios generales en Rehabilitación Rehabilitación en Salud. Editorial Universidad de Antioquia p. 32

Rose, S. (1989). Diagnosis: Role and Function. Revista Physical Therapy 69 (7). p.. 535 - 537

Sabino, A. (1996). La Elección del Tema. Cómo Hacer una Tesis. p. 107, 108, 109, 110. ed. Panamericana.

Sahrmann, S (1988). Diagnosis by the physical therapist. A prerequisite for treatment. Revista Rhysical Therapy, 68, (11), 29.

Schenkman & Butler (1989). A model for multisystem Evaluation, Interpretation, an treatment of individuals with Neurologic Dysfunction. Revista Rhysical Therapy, 69, (7), 33.

Thomson, B. (1963). Diagnosis and procedures in physical therapy reporc of a asurvey. Revista Physical therapy, 43 (6,), 32.

Thomas, O. (1997). Diccionario Médico Enciclopédico. p. 239, 256, 310. Ed. El Manual Moderno México.

Tricas, J. (1.999). Diagnóstico Fisioterápico. Concepción, realización y aplicación en la práctica libre y hospitalaria. p. 4, 5, 7, 13, 38. ed. Masson, S.A. España.

Wainner, S & Fritz, M. (2001). Examining Diagnostic Test: An: Evidence-Based Perspectiva. Physical Therapic 81.(2) p. 1546-1557.

Wood P, (1988) Classication Internationale des Handicaps, deficiences, incapacites et desavantages manuel de clasification des consequences des maladies. Revista PHN INSERM, 165, p. 202, Paris

ANEXO A
CARTA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE FISIOTERAPEUTAS
ASCOFI

ANEXO B.
FORMULA PARA LA DEFINICIÓN DE LA MUESTRA.

$$n = \frac{n_o}{1 + \frac{n_o}{N}}$$

$$n_o = \frac{Z^2 \times p \times q}{d^2}$$

$$Z = 1.64$$

$$p = 0.50$$

$$q = 0.50$$

$$d = 0.10$$

$$n_o = \frac{1.64^2 \times 0.50 \times 0.50}{0.10^2} = \frac{0.6724}{0.01} = 67.24$$

$$n = \frac{67.24}{1 + \frac{67.24}{959}} = \frac{67.24}{1.07011} = 63$$

ANEXO C.
CARTAS INSTITUCIONES.

ANEXO D

INSTITUCIÓN FUNDACIÓN UNIVERSITARIA ESCUELA COLOMBIANA DE REHABILITACIÓN FACULTAD DE FISIOTERAPIA
Fecha: _____
Institución en la cual labora: _____
Área de trabajo: _____
Universidad de egreso: _____
Tiempo de ejercicio profesional: _____
Estudios de postgrado: _____

Como se ha visto en la literatura los modelos o esquemas de diagnóstico fisioterapéutico muestran conceptos diferentes; por ello es importante que usted responda de manera sincera, puesto que se pretende conocer con que frecuencia es utilizado el diagnóstico fisioterapéutico y cómo están formulando los fisioterapeutas un diagnóstico.

1. ¿Con qué frecuencia usted realiza diagnóstico fisioterapéutico en su práctica laboral?

☐

Siempre

☐

Generalmente

☐

A veces

☐

Nunca

2. ¿La institución o consultorio en el cual labora emplea un formato para el diagnóstico fisioterapéutico?

SI _____

NO _____

Si la respuesta es positiva favor anexe formato a la presente encuesta

3. ¿Qué criterios o conceptos tiene en cuenta a la hora de formular su diagnóstico fisioterapéutico?

4. ¿Seleccione con una X el concepto que, según usted, corresponde al diagnóstico fisioterapéutico?

- a. Evaluación de la historia, signos, síntomas, examen y tests que el fisioterapeuta desarrolla
- b. Descripción de los problemas del paciente y/o la denominación de la patología, precisando el estado de salud.
- c. Determinación de las capacidades, discapacidades, deficiencias y/o limitaciones funcionales resultantes de enfermedad, lesión, intervención quirúrgica u otras condiciones de salud.
- d. Identificación del movimiento patológico, nombrando una disfunción primaria y detectando los procesos incapacitantes en cuanto a su función

5. Si su respuesta no corresponde a ninguna de las anteriores, por favor escriba su propio concepto:

6. A continuación se presentan algunos conceptos que se utilizan en el diagnóstico fisioterapéutico. Léalos con mucha atención y seleccione con una X (SI o NO), de acuerdo con su criterio

	SI	NO
Actividad , la cual incluye las funciones básicas simples de la persona, complejas y conjuntos de actividades físicas y mentales a varios niveles de complejidad.		
Condición de salud entendida como una alteración o atributo de estado de salud del individuo.		

Hay concepciones distintas de esta palabra, elija cual de estos aplica en su caso particular.

	SI	NO
Deficiencia interpretada como toda perdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, mental, fisiológica o anatómica. Puede ser temporal o permanente, innata o adquirida.		
Deficiencia , concebida como pérdida o anormalidad de la estructura o función Psicológica, fisiológica o anatómica a nivel orgánico.		
Deficiencia , entendida como anormalidad o pérdida anatómica fisiológica, mental o emocional		
Deficiencia , entendida como anormalidad o perdida de la estructura o función cognitiva, emocional, fisiológica o anatómica		
Deficiencia , entendida como la exteriorización del estado patológico, es decir, la perdida de sustancia o la alteración del órgano o del sistema		
Deficiencia , interpretado como una pérdida o anormalidad de una parte del cuerpo (estructura) o función corporal, (función fisiológica).		

Hay concepciones distintas de esta palabra, elija cual de estos aplica en su caso particular.

Discapacidad comprendida como la restricción o ausencia, debida a una deficiencia, de la capacidad, de realizar una actividad en la forma y dentro del margen que se considera normal para un ser humano en su contexto social.		
Discapacidad concebida como un término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una "Condición de salud") y sus factores contextuales (factores ambientales y personales)".		
Discapacidad para realizar un movimiento, que constituyen el resultado de la deficiencia, una reducción parcial o total de la capacidad.		
Enfermedad La patología intrínseca o el desorden		

Factores Ambientales , interpretado como todos los aspectos del mundo extrínseco o externo que forma el contexto de la vida de un individuo, y como tal afecta el funcionamiento de la persona		
---	--	--

Factores contextuales concebida como los antecedentes en función de los cuales se clasifican las condiciones de salud en relación con el funcionamiento y discapacidad		
---	--	--

Factores Personales , entendido como los factores contextuales que tienen que ver con el individuo, "constituyen el trasfondo particular de la vida de un individuo y de su estilo de vida.		
--	--	--

Handicap entendida como las dificultades invalidantes según el contexto socioeconómico.		
--	--	--

	SI	NO
Incapacidad permanente parcial , se considera con incapacidad permanente parcial a la persona que por cualquier causa, de cualquier origen, presente una pérdida de la capacidad laboral igual o superior al 5% e inferior al 50%.		

Hay concepciones distintas de esta palabra elija cual de estos aplica en su caso particular.

Incapacidad , comprendida como limitación en el desempeño de roles socialmente definidos y tareas, dentro de un ambiente físico y sociocultural		
Incapacidad , entendida como restricción o pérdida de la habilidad para desempeñar una actividad de manera normal.		

Invalidez , considerado como la persona que por cualquier causa, de cualquier origen, no provocada intencionalmente, hubiese perdido el 50% o más de su capacidad laboral.		
---	--	--

Limitación en la actividad , interpretada como una dificultad en la realización, consecución o finalización de una actividad en el nivel personal.		
---	--	--

Hay concepciones distintas de esta palabra elija cual de estos aplica en su caso particular.

Limitación funcional , comprendida como restricción o pérdida de la habilidad para desempeñar una acción, de la manera o rango consistente con el propósito de un órgano o sistema orgánico.		
Limitación funcional , interpretada como Limitación en el desempeño a nivel del organismo total de la persona.		

Limitación social , restricción atribuible a políticas sociales o barreras que limitan ampliamente los roles		
---	--	--

Minusvalía interpretada como una situación desventaja debida a deficiencia o discapacidad que limita o impide el cumplimiento de un rol normal de la persona, - dependiendo de la edad, sexo, y factores socioculturales		
---	--	--

Participación entendida como la interacción de las deficiencias con las características del entorno social, físico y factores personales.		
--	--	--

Patofisiología definido como Interrupción del desarrollo fisiológico normal de procesos y estructural		
--	--	--

Patología Activa comprendido como Interrupción o interferencia con los procesos normales, y esfuerzos del organismo para recuperar el estado normal		
--	--	--

	SI	NO
Persona con discapacidad , entendido como aquella que tiene limitaciones en su actividad cotidiana y restricciones en la participación social por causa de una condición de salud (deficiencia)		
Restricción en la participación interpretada como una desventaja creada o empeorada por las características de los factores contextuales tanto personales como ambientales		
Situación de discapacidad , referido como un aspecto relativo al ciclo vital, transversal a todos los programas sociales.		

7. ¿En el diagnóstico fisioterapéutico que usted realiza, utiliza términos diferentes a los anteriormente relacionados?

SI _____ NO _____

Si su respuesta es positiva por favor mencione cuál:

8. ¿Conoce el modelo de NAGI?

SI _____ NO _____

Si es así, mencione algunas de las características de este modelo que cree importantes incluir en el diagnóstico fisioterapéutico

9. ¿Conoce el modelo de la OMS (ICDH) de 1972?

SI _____ NO _____

Si es así mencione algunas de las características de este modelo que cree importantes incluir en el diagnóstico fisioterapéutico

10. ¿Conoce el modelo del Centro Nacional para la Investigación Y Clasificación en rehabilitación (NCMRR)?

SI _____ NO _____

Si es así mencione algunas de las características de este modelo que cree importantes incluir en el diagnóstico fisioterapéutico

11. ¿Conoce el modelo de WOOD?

SI _____ NO _____

Si es así mencione algunas de las características de este modelo que cree importantes incluir en el diagnóstico fisioterapéutico

12. ¿Conoce el modelo de la OMS; CIDDM (1980)

SI _____ NO _____

Si es así mencione algunas de las características de este modelo que cree importantes incluir en el diagnóstico fisioterapéutico

13. ¿Conoce el modelo de la OMS; CIF (2001)?

SI _____ NO _____

Si es así mencione algunas de las características de este modelo que cree importantes incluir en el diagnóstico fisioterapéutico

14. ¿Conoce el modelo planteado por el Decreto 917 de 1999 del Ministerio de Salud, Colombia?

SI _____ NO _____

Si es así mencione algunas de las características de este modelo que cree importantes incluir en el diagnóstico fisioterapéutico

15. ¿Tiene usted en cuenta alguno de estos modelos para elaborar su diagnóstico?

SI _____ NO _____

Si es así por favor marque con una X el modelo el cual usted tiene en cuenta para elaborar su diagnóstico fisioterapéutico

- | | | |
|--------------------------|---|------|
| <input type="checkbox"/> | NAGI. | |
| <input type="checkbox"/> | OMS, (1972) | |
| <input type="checkbox"/> | Centro Nacional para la Investigación y Clasificación en Rehabilitación (NCMRR) | |
| <input type="checkbox"/> | Clasificación de Wood. | |
| <input type="checkbox"/> | OMS; CIDDM (1980) | |
| <input type="checkbox"/> | OMS; CIF(2001) | |
| <input type="checkbox"/> | Lineamientos 1999 Min. Salud. Colombia | |
| <input type="checkbox"/> | Otro | Cual |
-