

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

* Marleidy Jimenez B, Martha L. Castro, Pilar Sánchez T.

** Yanethxy Torres Triana

RESUMEN

El presente estudio se realizó con el objetivo de identificar qué conceptos de los modelos están aplicando los profesionales de Fisioterapia para la formulación del diagnóstico fisioterapéutico. El tipo de investigación utilizado es descriptivo exploratorio, que propone conocer grupos homogéneos (modelos de diagnóstico fisioterapéutico). Para la recopilación de la información se diseñó una encuesta que se aplicó a una muestra representativa de 70 profesionales en Fisioterapia, adscritos a diferentes áreas de trabajo. En el análisis de los datos obtenidos, de los modelos o esquemas de discapacidad, para el diagnóstico fisioterapéutico, se demostró que la mayoría de los Fisioterapeutas, tanto los graduados como los postgraduados, con algunas especializaciones, los ignoran; así, por ejemplo, el 64% de la población encuestada no los conoce; sin embargo, quienes dicen formular diagnosis, lo hacen empleando términos, en forma indiscriminada, de algunos de los modelos.

Palabras Clave: Diagnóstico Fisioterapéutico, Aplicación, Modelos, Conceptos, Términos.

INTRODUCCIÓN

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,

* *Estudiantes de Fisioterapia de la Institución Universitaria Fundación Escuela Colombia de Rehabilitación*

** *Asesora Temática de la Investigación. Fisioterapeuta con especialización en Docencia Universitaria y docente de la Escuela Colombiana de Rehabilitación.*

se recopilan conocimientos que permitan mejorar la formulación del diagnóstico fisioterapéutico.

En la actualidad el diagnóstico fisioterapéutico responde a criterios particulares de cada profesional o 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.

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. Analizar la función del movimiento, 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.

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, identificar, prevenir, tratar y corregir o aliviar lesiones con una prolongada disminución del movimiento que conllevan limitaciones funcionales del individuo. (Guccione, A. 1991)

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. Rose (1988) 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 o alteraciones fisiocinéticas del paciente hacia las cuales el fisioterapeuta dirige

el tratamiento. La disfunción es identificada por el terapeuta físico a través de la observación del movimiento, con base en la información obtenida de la historia, signos, síntomas, examen y test que el terapeuta desarrolla o solicita, (Rose, 1989).

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 del paciente.

Los estudios realizados acerca de la descripción del diagnóstico y clasificación de modelos de discapacidad, muestran formulaciones particularmente útiles para la aplicación del diagnóstico fisioterapéutico.

NAGI, fue uno de los primeros que propuso una formulación teórica basada en los conceptos de enfermedad o patología activa, deficiencia, limitación funcional y discapacidad.

La OMS en 1972, implementó 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

En 1980 la OMS desarrolló un modelo alternativo de discapacidad: la Clasificación Internacional de Deficiencia, Discapacidad y Minusvalía

En 1992, el Centro Nacional para la Investigación en Rehabilitación Médica (NCMMR), publicó un modelo de discapacidad, derivado de los modelos de Nagi y de la OMS; utilizó la clasificación de Patofisiología, Discapacidad y Limitación Social. El modelo rechazó el término de “minusvalía” y sugirió reemplazarlo 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 la revisión realizada por Tricas (1999), define las etapas de la clasificación de Wood, la cual posibilita reflexionar sobre las “deficiencias” y las “discapa-

ciudades” que permiten ir más allá del concepto de enfermedad.

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

La OMS empieza a cuestionarse la validez de estas clasificaciones debido a ciertas limitaciones que presentan, como son: no proporcionar una información adecuada sobre la relación entre los conceptos 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 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. Para este estudio se retoma lo definido en la CIF, la cual define los siguientes aspectos:

Actividad, la cual incluye las funciones básicas, simples y complejas del conjunto de las actividades de la persona.

Situación de discapacidad, referido como un aspecto relativo al ciclo vital, transversal a todos los programas sociales.

Condición de salud, entendida como una alteración o atributo de estado de salud del individuo.

Factores Ambientales, interpretado como todos los aspectos del mundo extrínseco que forman el contexto de la vida del individuo, y como tal, afecta el funcionamiento de la persona.

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

Factores personales, como los factores contextuales que tienen que ver con el individuo y que constituyen el trasfondo particular de su estilo de vida.

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

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

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

Restricción en la participación, concebida como una desventaja creada o empeorada por las características de los factores contextuales tanto personales como ambientales.

El Decreto 917 de 1999 por el cual se modifica el decreto de 1995, sugiere la utilización de la siguiente terminología: Invalidez, Incapacidad permanente parcial, Deficiencia, Discapacidad, Minusvalía

Teniendo en cuenta las anteriores bases teóricas necesarias para el entendimiento y consecución del estudio, se plantea como objetivo general de esta investigación identificar qué conceptos de los modelos están aplicando los profesionales de Fisioterapia para la formulación del diagnóstico fisioterapéutico.

Para lograr este objetivo se tuvieron en cuenta el desarrollo de los siguientes objetivos específicos.

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

MÉTODO

El tipo de investigación es un estudio descriptivo exploratorio, puesto que se obtuvo información de grupos homogéneos (profesionales en Fisioterapia) utilizando criterios sistemáticos y modelos de diag-

nóstico fisioterapéutico, que permitieran poner de manifiesto su estructura. (Sabino, 1996. p. 107-110).

Participantes

Se tomó una muestra representativa de 70 Fisioterapeutas que se desempeñan en diversas áreas de trabajo: medio hospitalario, consultorios, gimnasios y docencia universitaria.

El tamaño de la muestra se calculó sobre la información suministrada por la Asociación Colombiana de Fisioterapia (ASCOFI) en la que se certifica la existencia de un total de 959 asociados profesionales en Fisioterapia.

Instrumento

Para llegar a la obtención de datos de la presente investigación, se seleccionó como instrumento una encuesta. Los datos caracterizados de la muestra fueron: institución en la cual labora, universidad de egreso, campo de trabajo profesional, tiempo de ejercicio profesional y estudios de postgrado. Se exploró la apreciación de los Fisioterapeutas ante los conceptos que se utilizan básicamente en los modelos tales como: Nagi, OMS, (1972), Centro Nacional para la Investigación y Clasificación en Rehabilitación (NCMRR), Clasificación de Wood, OMS; CIDDM (1980), OMS; CIF(2001) Lineamientos 1999 Ministerio de Salud Colombia.

Procedimiento

Inicialmente se elaboró el instrumento que permitió identificar qué conceptos de los modelos están aplicando los profesionales de Fisioterapia para la formulación del diagnóstico fisioterapéutico. Posteriormente se aplicó la prueba piloto de la encuesta con el fin de realizar los ajustes necesarios al instrumento.

Luego de aplicada la encuesta definitiva se analizó la información a través de estadísticas descriptivas las cuales mostraron los diferentes resultados sobre cómo se está llevando a cabo la formulación del diagnóstico fisioterapéutico ante los modelos que lo sustentan.

RESULTADOS

Se hizo el análisis descriptivo de los datos con el

fin de saber qué conceptos de los modelos están aplicando los profesionales de Fisioterapia para la formulación de su diagnóstico obteniendo los siguientes resultados.

Con base en las respuestas obtenidas a cada uno de los ítems formulados, en la pregunta número 1, se evidenció que un porcentaje bajo (23%) de los encuestados siempre realiza el diagnóstico fisioterapéutico, como se ilustra en la Tabla No. 1

Tabla 1.

Frecuencia con que se realiza el diagnóstico fisioterapéutico

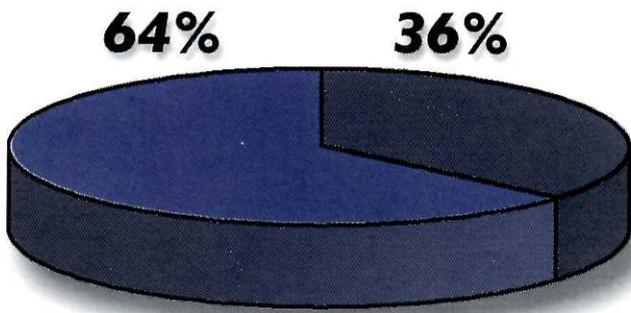
FRECUENCIA DEL DIAGNÓSTICO FISIOTERAPEUTICO FRECUENCIA PORCENTAJE		
SIEMPRE	16	23%
GENERALMENTE	25	23%
A VECES	24	34%
NUNCA	5	7%

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, el 9%, lo entiende como la identificación del movimiento patológico, designando una disfunción primaria y detección de los procesos incapacitantes de la salud y el 3% como la descripción de los problemas del paciente y/o la denominación de la patología, precisando el estado de salud.

La Figura 1, representa los resultados acerca de si se tiene en cuenta los modelos para la formulación del diagnóstico fisioterapéutico, solo el 36% respondió afirmativamente.

De acuerdo con la pregunta abierta, de los criterios o conceptos que deben tenerse en cuenta al formularse el diagnóstico fisioterapéutico, el 43% consideran

Figura 1.

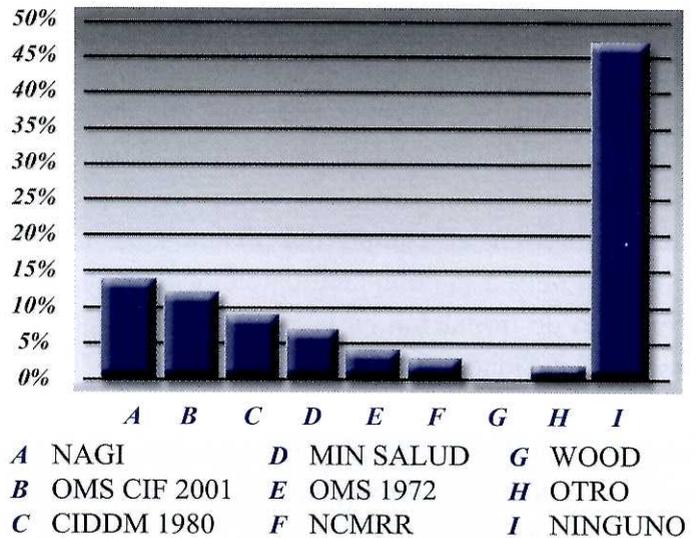


Fisioterapeutas que tienen en cuenta los modelos para elaborar el diagnóstico fisioterapéutico.

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, CIDDDM, disfunción y síntomas en porcentajes que varían sólo entre el 1% y el 6%.

Los resultados de la encuesta, graficados en la Figura 2, demuestran el porcentaje con que los Fisioterapeutas tienen en cuenta la formulación del diagnóstico, 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 CIDDDM; 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 personal. El modelo descrito por Wood lo desconocen los encuestados.

Figura 2.



Los resultados sobre el manejo de conceptos de los modelos que están siendo utilizados con mayor frecuencia por los Fisioterapeutas, muestran que el 86% emplean el término, factores ambientales; de igual manera, un 81% el de persona con discapacidad, 80% el de factores personales, 79% el de actividad, 76% el de condición de salud, el mismo porcentaje para el concepto de limitación en la actividad; el 67% de los encuestados utilizan el término deficiencia y con la misma frecuencia el de minusvalía y patología activa, 64%, aplica el término incapacidad permanente parcial, el 63% restricción en la participación y un 61% utilizan el de discapacidad.

DISCUSIÓN

La finalidad de esta investigación de tipo descriptivo, gira alrededor de la inquietud, por parte de las investigadoras, 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 generis 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, se requiere una amplia fundamentación conceptual; en lo práctico, se necesita experiencia suficiente para proporcionar el tratamiento adecuado; en lo ético, es imprescindible que su objetivo sea el bienestar, antes que el lucro y en lo legal, que conozca las disposiciones básicas que rigen la profesión.

Por otra parte, los Fisioterapeutas encuestados en el área asistencial, que por su naturaleza se deberían formular siempre el diagnóstico fisioterapéutico, no lo llevan 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 sólo 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, el 47% de la secuencia de los encuestados su respuesta fue 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, puede llevar a disminuir su actividad normal, incluyendo su rol dentro de la familia, grupo social, comunidad u otras actividades de interacción, y 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 utilizan el término de limitación funcional (74%), que al parecer, es de común empleo por los Fisioterapeutas que realizan diagnóstico fisioterapéutico, 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

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 platearse 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 rempazan la evaluación fisioterapéutica por el diagnóstico fisioterapéutico, sin tener en cuenta que estos dos términos, a pesar de ser dirigidos hacia el paciente, tienen propósitos 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. Así, el segundo expresa a partir de los resultados de la evaluación la condición funcional de la persona, destacando el o los sistemas afectados y sus limitaciones consecuentes.

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 sólo 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, sintetiza la experiencia de los modelos más antiguos, reconoce las dimensiones contextuales de la persona y es más sistemático, por lo cual 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 la academia para que los profesionales puedan tener bases firmes para su formulación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 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.
- García, 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 Decision Making in Physical Therapy Practice. *Physical 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
- Ministerio de Salud (1999). Decreto 917. Lineamiento Discapacidad y/o Minusvalía. mayo 28 Constitución Política
- Organización Mundial de Salud (1972) Clasificación Internacional de la Enfermedad (CIE)
- Organización Mundial de la salud (1980) Clasificación Internacional de Discapacidad Y Deficiencia (CILD1)
- 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 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.
- Sahrman, S (1988). Diagnosis by the physical therapist. A prerequisite for treatment. *Revista Physical Therapy*, 68, (11), 29.
- Schenkman & Butler (1989). A model for multisystem Evaluation, Interpretation, an treatment of individuals with Neurologic Dysfunction. *Revista Physical Therapy*, 69, (7), 33.
- Thomson, B. (1963). Diagnosis and procedures in physical therapy report of an asurvey. *Revista Physical therapy*, 43 (6,), 32.
- Thomas, O. (1997). Diccionario Médico Enciclopédico. p. 239, 256, 310. Ed. El Manual Moderno México.
- Tricas, J. (1999). 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: de Atención en Salud para las personas con Deficiencia, An: Evidence-Based Perspectiva. *Physical Therapic* 81.(2) p. 1546-1557.
- Wood P, (1988) Classification Internationale des Handicaps, deficiences, incapacites et desavantages manuel de classification des consequences des maladies. *Revista PHN INSERM*, 165, p. 202, Paris.