



FUNDACIÓN H. A.
BARCELÓ
FACULTAD DE MEDICINA



TRABAJO DE INVESTIGACIÓN FINAL CARRERA: KINESIOLOGÍA Y FISIATRÍA

DIRECTOR DE CARRERA

LIC. DIEGO CASTAGNARO

NOMBRE Y APELLIDO:

Karen Magali Ludmila Vega

TUTOR:

Lic. Mercado Roberto Nicolás.

FECHA DE PRESENTACIÓN

15-11-23

FECHA DE DEFENSA DE TRABAJO FINAL:


15-12-23


TÍTULO DEL TRABAJO:


Implementación de la Clasificación internacional del funcionamiento, discapacidad y la salud a pacientes con parálisis cerebral orientado a un tratamiento kinésico.

SEDE:

LA RIOJA

Sede Buenos Aires
Av. Las Heras 1907
Tel./Fax: (011) 4800 0200
 (011) 1565193479

Sede La Rioja
Benjamín Matienzo 3177
Tel./Fax: (0380) 4422090 / 4438698
 (0380) 154811437

Sede Santo Tomé
Centeno 710
Tel./Fax: (03756) 421622
 (03756) 15401364



**INSTITUTO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD
FUNDACIÓN H. A. BARCELÓ
LICENCIATURA EN KINESIOLOGÍA Y FISIATRÍA**

PÁGINA DE APROBACIÓN

EVALUACIÓN DEL TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN

Calificación.....

DEFENSA ORAL DEL TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN

Calificación.....

TRIBUNAL EXAMINADOR

.....

AGRADECIMIENTOS

El principal agradecimiento a Dios por permitirme culminar mi carrera tan anhelada, darme salud y fortaleza en todo momento.

Dedico con todo mi corazón esta tesis a mi querida madre Norma, desde el momento de mi nacimiento has sido mi brújula, tu apoyo inquebrantable, tus cuidados y sacrificios, todo eso me ha moldeado y ha hecho de mi lo que soy hoy. Tu sabiduría y tus consejos me han enseñado cosas muy importantes sobre la vida, tu confianza en mí me ha impulsado a ser realmente yo misma, has sido mi roca en mis momentos de incertidumbre, mi mayor fan en mis victorias y mi hombro fuerte cuando me sentía abrumada, siempre has estado allí para escuchar, comprender y brindar consejos de oro que me han orientado por el camino correcto, en cada etapa de mi vida llevo tus enseñanzas y tu amor conmigo.

A mi padre Luciano por darme su fortaleza e inspiración, las ayudas que me brindo y los consejos han formado base de gran importancia, hoy soy consciente de eso, pero sobre todo el ejemplo de humildad, amor y sacrificio.

A mis hermanos Nicole, Luciano y Trinidad por estar siempre brindándome su amor, por creer en mí, por festejar mis logros como propios, por recorrer conmigo este camino, los amo profundamente.

A mi abuela Mónica por creer en mí, siempre te llevare en mi corazón.

A todas las personas que aportaron un granito de arena durante mi formación.

A Jorge y Emilia por estar dispuestos en todo momento, por impulsarme a culminar esta etapa y ser unos excelentes guías.

A mi tutor de tesis Lic. Nicolás Mercado por su colaboración, predisposición, por aportar sus conocimientos a mi trabajo y guiarme en lo que necesité. Gracias

Tabla de contenidos

Resumen	5
Palabras clave.....	6
Abstract.....	6
Keywords	6
Introducción.....	7
Problemática.....	7
Justificación.....	8
Marco teórico.....	8
Hipótesis	27
Objetivos.....	27
Metodología	28
Desarrollo de la metodología.....	32
Resultados.....	32
Conclusión.....	47
Referencias bibliográficas.....	48
Apéndice.....	50
Apéndice.....	51

Resumen

Introducción: La Clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud (CIF) Es una clasificación universal que establece un marco y lenguaje estandarizados para describir la salud y las dimensiones relacionadas con ella. El presente trabajo tiene como finalidad dar a conocer la enorme importancia de promover conocimientos sobre la Clasificación internacional del funcionamiento, discapacidad y la salud a los Licenciados en Kinesiología y fisioterapia desempeñados en el área de neurorrehabilitación. **Hipótesis:** En la actualidad los kinesiólogos dedicados al área de discapacidad no implementan (CIF) en la región del Noroeste argentino. **Objetivos:** Promover la utilización de la clasificación internacional del funcionamiento, discapacidad y la salud a través de información a los Lic. en Kinesiología y fisioterapia desempeñados en el área de neurorrehabilitación. **Metodología:** Cuantitativa de tipo analítica descriptiva. El área de estudio se circunscribe en las instituciones donde realicen neurorrehabilitación neurológica. Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, abarcando los kinesiólogos que respondan a la encuesta realizada. **Resultados:** Se pudo identificar 100% (N:50) el interés por parte de los profesionales de la muestra de estudio en el cual indicaron en sus respuestas informarse más sobre la clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud, logrando una buena participación al momento de la encuesta. **Conclusión:** Se propuso la realización de un folleto con el fin de brindar información sobre las características de la clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud, sus objetivos, aplicaciones y quienes pueden utilizarlo en el cual busca generar conocimientos para el abordaje de manera integral en los pacientes con parálisis cerebral.

Palabras claves: Clasificación internacional del funcionamiento, Parálisis cerebral, Neurorrehabilitación, diagnóstico fisioterapéutico

Abstract

Introduction: The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) is a universal classification that establishes a standardized framework and language to describe health and health-related dimensions. The purpose of this work is to make known the enormous importance of promoting knowledge about the, The International Classification of Functioning, Disability and Health to graduates in Kinesiology and physiatry working in the area of neurorehabilitation. **Hypothesis:** Currently, kinesiologists dedicated to the area of disability do not implement (CIF) in the Northwest region of Argentina. **Objectives:** Promote the use of the international classification of functioning, disability and health through information to graduates in Kinesiology and physiatry working in the area of neurorehabilitation. **Methodology:** Quantitative descriptive analytical type. The study area is limited to the institutions where neurological neurorehabilitation is performed. A non-probabilistic convenience sampling was carried out, covering the kinesiologists who responded to the survey carried out. **Results:** It was possible to identify 100% (N:50) of interest on the part of the professionals in the study sample in which they indicated in their responses that they were more informed about the international classification of functioning, disability and health, achieving good participation. at the time of the survey. **Conclusion:** It was proposed to create a brochure in order to provide information on the characteristics of the international classification of functioning, disability and health, its objectives, applications and who can use it, in which it seeks to generate knowledge for the approach in a manner comprehensive in patients with cerebral palsy.

Keywords: International classification of functioning, Cerebral palsy,
Neurorehabilitation, physiotherapeutic diagnosis

Introducción

El presente trabajo tiene como finalidad dar a conocer la enorme importancia de promover conocimientos sobre la clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud a los Licenciados en Kinesiología y fisiatría desempeñados en el área de neurorrehabilitación, el hecho de generar un buen diagnóstico de índole funcional me permite ofrecer un buen plan de tratamiento, ya que es fundamental para mejorar la calidad de vida de los pacientes, en este caso de los niños con parálisis cerebral.

Problemática

Actualmente el diagnóstico kinésico por sí solo no explica todo lo que es capaz de hacer una persona con una discapacidad, no se tiene en cuenta factores como lo que, si puede hacer o que necesitan en diferencia a otros individuos con su misma invalidez, esto genera una discriminación indirecta por parte de los profesionales donde no emplean la Clasificación internacional del funcionamiento, discapacidad y la salud en los diferentes organismos sanitarios tanto público como privado para lograr el máximo potencial en la rehabilitación del paciente. Por este motivo hoy en día no queda claro ciertamente cual es la capacidad de una persona con discapacidad.

¿Será que los organismos público y privado no utilizan la Clasificación internacional del funcionamiento, discapacidad y la salud por qué genera mayor costo y tiempo a la hora de la rehabilitación?

Justificación

La parálisis cerebral es una condición que afecta el desarrollo motor funcional, sensitivo, psicológico, psicosocial de las personas. Los primeros años de vida son críticos para el desarrollo motor, sensitivo, psicológico, psicosocial y neuromuscular, siendo de suma importancia la utilización de un tratamiento kinésico adecuado, para mejorar con este la calidad de vida del paciente.

La Clasificación internacional del funcionamiento, discapacidad y la salud nos brinda la posibilidad de evaluar al paciente de manera integral, considerando no solo las limitaciones físicas, sino también otros aspectos, aplicar la Clasificación internacional del funcionamiento, discapacidad y la salud en el tratamiento kinésico permitiría una atención más integral y personalizada, ya que complementa en su aplicación clínica mejoras en la comunicación kinesiólogo- paciente acerca del nivel de función y en el establecimiento de objetivos terapéuticos.

Marco teórico

Parálisis cerebral

Se define la Parálisis cerebral como un grupo de trastornos permanentes del desarrollo del movimiento y la postura, que causan limitación de la actividad, que se atribuyen a las alteraciones no progresivas que se producen en el cerebro fetal o infantil en desarrollo. El trastorno motor de la parálisis cerebral se acompaña a menudo de alteraciones de la sensación, la percepción, la cognición, la comunicación y el comportamiento; por epilepsia y por problemas musculoesqueléticos secundarios. (Ruiz Brunner & Cuestas, 2019)

La parálisis cerebral se puede clasificar en dos tipos:

Clínicamente: Espásticas, atetósicas, atáxicas e hipotónicas

Topográficamente: Cuadriplejía, hemiplejía, diplejía y monoplejía.

Parálisis cerebral espástica: El signo dominante es la espasticidad, con un incremento en la resistencia al estiramiento muscular. La espasticidad se debe a la afectación de la vía piramidal. (García Ron, y otros, 2022)

Según su distribución topográfica se clasifica en:

Hemiplejía: Afectación espástica unilateral del miembro superior e inferior.

Monoplejía: Es muy rara la afectación de un solo miembro y generalmente es una hemiplejía.

Diplejía: Existe compromiso piramidal de las 4 extremidades, en mayor grado de las inferiores.

Cuadriplejía: Caracterizada por compromiso de las 4 extremidades.

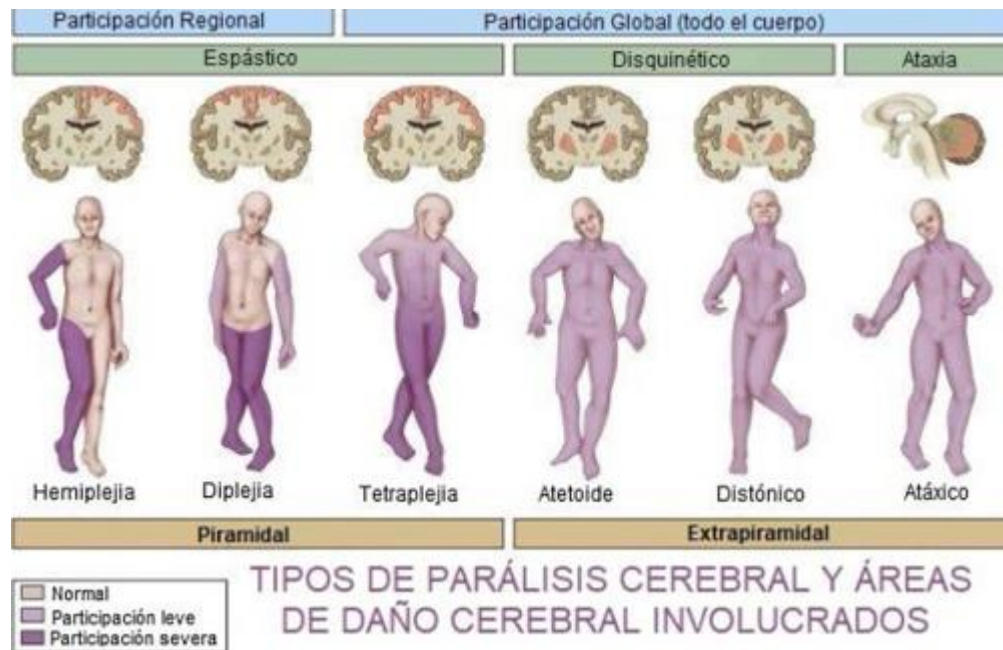
(Kleinsteuber Saa, María de los Ángeles Avaria Benaprés, & Varela Estrada, Parálisis Cerebral, 2014)

Parálisis cerebral atetósica: Se caracteriza por una fluctuación y cambio brusco del tono muscular, presencia de movimientos involuntarios y persistencia de los reflejos arcaicos. (Hurtado, 2007)

Parálisis cerebral atáxica: Caracterizada por hipotonía, incoordinación del movimiento (dismetría), temblor intencional y déficit de equilibrio. (Hurtado, 2007)

Parálisis cerebral hipotónica: Es poco frecuente. Se caracteriza por una hipotonía muscular con hiperreflexia osteotendinosa (Argüelles, Parálisis cerebral infantil, 2008)

Figura 1. Tipos de Parálisis cerebral y áreas de daño cerebral involucrados



Fuente: (Peláez Cantero, Moreno Medinilla, Cordón Martínez, & Gallego Gutiérrez, 2021)

Neurorrehabilitación

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define Neurorrehabilitación como un proceso activo por medio del cual los individuos con alguna lesión o enfermedad pueden alcanzar la recuperación integral más óptima posible, que les permita su desarrollo físico, mental y social de la mejor forma, para integrarse a su medio ambiente de la manera más apropiada.

Los componentes esenciales de una intervención satisfactoria de neurorrehabilitación incluyen el abordaje interdisciplinario. (Fidias E., Bayona, Bogotá, Bayona- Prieto, & Bucaramanga, 2009)

Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad

Las Clasificaciones de la OMS se basan en el principio de que la discapacidad es un rango de aplicación universal de los seres humanos y no un identificador único de un grupo social.

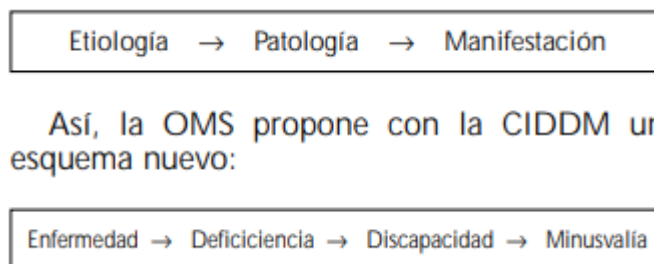
(García & Sánchez, 2001)

La discapacidad, en todas sus dimensiones, es siempre relativa a las expectativas colocadas sobre el funcionamiento de las personas (qué se espera o no que hagan).

La CIDDM de 1980 (Clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías).

El objetivo planteado en la versión de 1980 de la CIDDM se centra en traspasar las barreras de la enfermedad, entendida en su concepción clásica.

Figura 2



Fuente: (García & Sánchez, 2001)

- La enfermedad es una situación intrínseca que abarca cualquier tipo de enfermedad, trastorno o accidente. La enfermedad está clasificada por la OMS en su Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados (CIE).

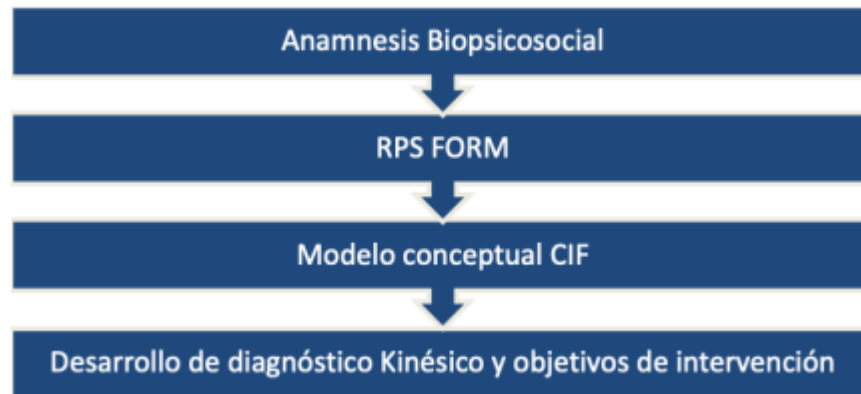
- **La deficiencia** es la exteriorización directa de las consecuencias de la enfermedad y se manifiesta tanto en los órganos del cuerpo como en sus funciones (incluidas las psicológicas).

- **La discapacidad** es la objetivación de la deficiencia en el sujeto y con una repercusión directa en su capacidad de realizar actividades en los términos considerados normales para cualquier sujeto de sus características (edad, género..)

- **La minusvalía** es la socialización de la problemática causada en un sujeto por las consecuencias de una enfermedad, manifestada a través de la deficiencia y/o la discapacidad, y que afecta al desempeño del rol social que le es propio.

Anamnesis biopsicosocial

Es fundamental en el proceso de anamnesis dar un enfoque biopsicosocial, a través de un buen interrogatorio que permita indagar desde el aspecto social y no solo desde lo biológico, así nuestro esquema de razonamiento clínico tendrá menores errores, ya que muchas veces el problema principal tiene su origen desde la esfera social que implica, estado civil, situación laboral, con quien vive, acceso a atención en salud entre otros aspectos. (Arias Álvarez, Careaga Romero, Balocchi Macchiavello, Arriagada Garrido, & Vera Barriga, 2020)

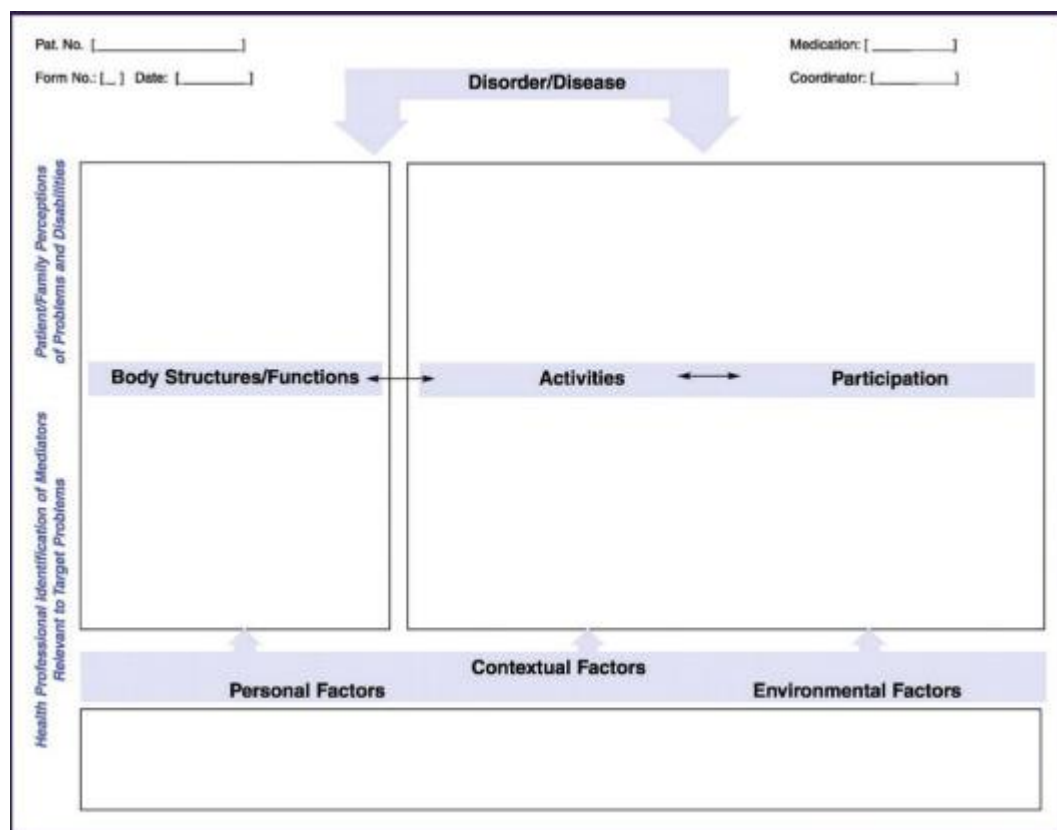
Figura 3

Fuente: (Arias Álvarez, Careaga Romero, Balocchi Macchiavello, Arriagada Garrido, & Vera Barriga, 2020)

RPS-FORM (Formulario de planeamiento rehabilitación)

EL RPS-Form proviene del inglés Rehabilitation Problem Solving. Esta herramienta se basa en el cuadro de modelamiento de la clasificación internacional del funcionamiento, discapacidad y salud. Consiste en dividir en dos este cuadro, y en la parte superior se anotan los elementos descritos desde la perspectiva del paciente y en la parte inferior se introduce lo evaluado por parte del profesional de la salud. El objetivo es desarrollar en forma conjunta el plan de acción desde una propuesta del terapeuta, pero con la perspectiva del usuario. (Arias Álvarez, Careaga Romero, Balocchi Macchiavello, Arriagada Garrido, & Vera Barriga, 2020)

Figura 4



Fuente: (Arias Álvarez, Careaga Romero, Balocchi Macchiavello, Arriagada Garrido, & Vera Barriga, 2020)

CIF (Clasificación internacional del funcionamiento, discapacidad y la salud)

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud aprobada en 2001, más comúnmente conocida como CIF, constituye el marco conceptual de la OMS para una nueva comprensión del funcionamiento, la discapacidad y la salud. Se trata de una clasificación universal útil para múltiples usos y sectores que pretende establecer un marco y un lenguaje estándar para describir la salud y las dimensiones relacionadas con ella. Se la denomina habitualmente CIF porque pone el acento más en la salud y el funcionamiento que en la discapacidad, entendiendo *funcionamiento* como lo referente a las funciones corporales, las

actividades y la participación y la *discapacidad* como lo relativo a deficiencias, limitación de actividades o restricción de la participación. Es, pues, una perspectiva corporal, individual y social. (Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y la salud, 2001)

Objetivos de la CIF

- Proporcionar una base científica para la comprensión y el estudio de la salud y los estados relacionados con ella, los resultados y los determinantes.
- Establecer un lenguaje común para describir la salud y los estados relacionados con ella, para mejorar la comunicación entre distintos usuarios, tales como profesionales de la salud, investigadores, diseñadores de políticas sanitarias y la población general, incluyendo a las personas con discapacidades.
- Permitir la comparación de datos entre países, entre disciplinas sanitarias, entre los servicios y en diferentes momentos a lo largo del tiempo.
- Proporcionar un esquema de codificación sistematizado para ser aplicado en los sistemas de información sanitaria.

Aplicaciones de la CIF

- Como herramienta estadística- en la recogida y registro de datos (ej. En encuestas y estudios de población o en sistema de manejo de información)
- Como herramienta de investigación – para medir resultados, calidad de vida o factores ambientales.

- Como herramienta clínica- en la valoración de necesidades, para homogenizar tratamientos con condiciones específicas de salud, en la valoración vocacional, en la rehabilitación y en la evaluación de resultados.

- Como herramienta de política social- en la planificación de sistemas de seguridad social, sistemas de compensación y para diseñar e implementar políticas.

- Como herramienta educativa-para diseño del “currículum” y para aumentar la toma de conciencia de la sociedad y para poner en marcha actividades sociales.

La CIF tiene un amplio rango de aplicaciones. Por ejemplo, en la seguridad social, en la evaluación de la atención médica y en estudios de población de ámbito local, nacional e internacional. Ofrece un marco de referencia conceptual para la información que es aplicable a la atención médica personal, incluyendo la prevención, promoción de la salud y la mejora de la participación, eliminando o mitigando los obstáculos sociales y promoviendo el desarrollo de soportes sociales y elementos facilitadores. También es relevante para el estudio de los sistemas de atención a la salud, tanto para la formulación como para la evaluación de políticas.

Modelo conceptual de la CIF

La CIF está basada en un modelo integral del funcionamiento, la discapacidad y la salud. Y consta de:

Partes y componentes de la CIF

La CIF tiene dos partes, cada una con dos componentes:

Parte 1: Funcionamiento y discapacidad

Funciones y estructuras corporales

Actividades y participación

Parte 2: Factores contextuales

Factores ambientales

Factores personales

Los componentes se definen de la siguiente manera:

Funciones corporales: Son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales, incluyendo las funciones psicológicas.

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

Cualquier alteración presente en las funciones y estructuras corporales, se denomina como deficiencias, que son los problemas en las funciones o estructuras corporales tales como una desviación significativa o una “perdida”.

Actividades: Es el hecho de llevar a cabo una tarea o acción por parte de una persona. Cuando existe limitación en las actividades se asume como dificultad o limitación que una persona puede tener para llevar a cabo acciones individuales en un entorno uniforme.

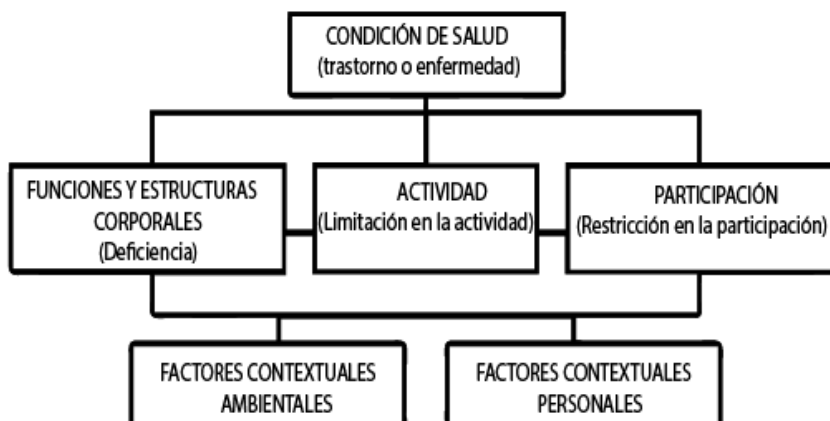
Participación: Es el acto de involucrarse en la vida familiar y social (entorno real). Puede haber restricciones en la participación cuando son problemas que una persona experimenta durante la realización de las actividades de la vida diaria (AVD).

Factores ambientales: Constituye el ambiente físico, social y actitudinal en el que una persona vive. Los factores son externos a los individuos y pueden constituirse en facilitador o barrera del desempeño - realización del individuo como miembro de una sociedad, en la capacidad de un individuo o en sus estructuras y funciones corporales.

Factores personales: Está compuesto por los aspectos individuales que forman parte de una condición o estado de salud. Estos pueden incluir el sexo, la raza, la edad, el estilo de vida, los hábitos, los antecedentes sociales, la educación, la profesión,

personalidad, los patrones de comportamiento y los aspectos psicológicos. (E. Jimmy Jiménez Tordoya, 2016)

Figura 5



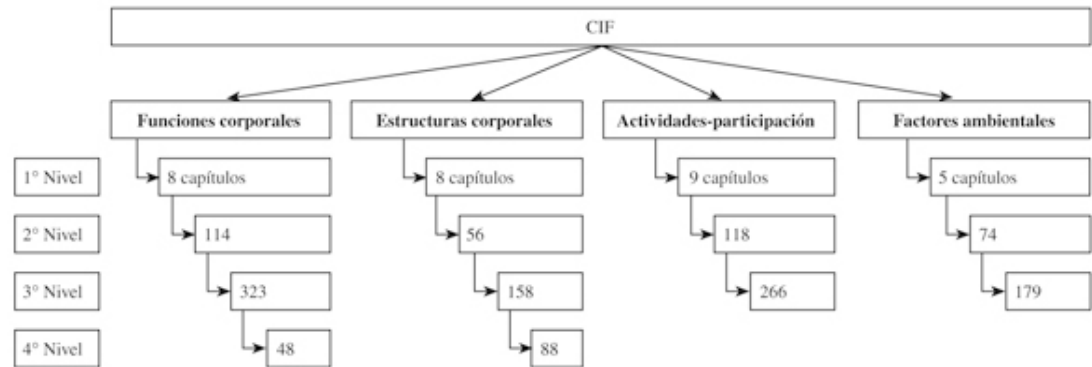
Fuente: OMS-OPS (2001)

Estructura operacional de la CIF

Los componentes de las funciones y estructuras corporales, las actividades, la participación y los factores ambientales están clasificados en la CIF mediante *categorías*. Sólo los factores personales permanecen, por el momento, sin clasificar. Hoy por hoy la CIF consta de 1.424 categorías mutuamente excluyentes que tomadas en conjunto cubren un espectro exhaustivo e integral de la experiencia humana y que están organizadas como una estructura jerárquica de 4 niveles diferenciados de menor a mayor precisión. (Fernández-López, Fernández-Fidalgo, Geoffrey, Gerold, & Cieza, 2009)

Figura 6

Estructura y distribución de las 1.424 categorías de la CIF en sus cuatro componentes y niveles jerárquicos



Fuente: (Fernández-López, Fernández-Fidalgo, Geoffrey, Gerold, & Cieza, 2009)

Dominios CIF

Cada componente contiene varios dominios, descritos como un listado de capítulos, tal como se menciona a continuación:(Tabla 1)

Tabla 1: Dominios de la CIF (2001)

FUNCIONES CORPORALES	ESTRUCTURAS CORPORALES	ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN	FACTORES AMBIENTALES
1. Funciones mentales	1. Estructuras del sistema nervioso	1. Aprendizaje y aplicación del conocimiento	1. Productos y tecnología
2. Funciones sensoriales y dolor	2. El ojo, el oído y estructuras relacionadas	2. Tareas y demandas generales	2. Entorno natural y cambios en el entorno derivados de la actividad humana
3. Funciones de la voz y el habla	3. Estructuras relacionadas con la voz y el habla	3. Comunicación	3. Apoyo y relaciones
4. Funciones de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio	4. Estructuras del sistema cardiovascular, inmunológico y respiratorio	4. Movilidad	4. Actitudes
5. Funciones de los sistemas digestivo, metabólico y endocrino	5. Estructuras relacionadas con los sistemas digestivo, metabólico y endocrino	5. Cuidado personal	5. Servicios, sistemas y políticas
6. Funciones genitourinarias y reproductoras	6. Estructuras relacionadas con el sistema urogenital y el sistema reproductor	6. Vida doméstica	
7. Funciones músculo esqueléticas y relacionadas con el movimiento	7. Estructuras músculo esqueléticas y relacionadas con el movimiento	7. Interacciones y relaciones interpersonales	
8. Funciones de la piel y estructuras relacionadas	8. Piel y estructuras relacionadas	8. Áreas principales de la vida	
		9. Vida comunitaria, social y cívica	

Fuente: OMS-OPS (2001)

Categorías

En cada dominio se tienen categorías (clases y subclases) que son a unidades de clasificación en un primer y segundo nivel.

Todos los componentes de la CIF se cuantifican utilizando la misma escala valorativa. Tener un problema puede significar tanto una deficiencia, como una limitación, restricción o barrera dependiendo del dominio (Tabla 2).

Tabla 2: Calificadores genéricos de la CIF (2001)

Escala de calificadores	Equivalencia cuantitativa
0 No hay problema	0-4 %
1 Problema LIGERO	5-24%
2 Problema MODERADO	25-49%
3 Problema GRAVE	50-95%
4 Problema COMPLETO	96-100%
8 Sin especificar	-
9 No aplicable	-

Fuente: OMS-OPS (2001)

Diagnostico fisioterapéutico

La Confederación Mundial de Fisioterapia en 1999 define el diagnóstico como “el resultado del proceso de razonamiento clínico que puede ser expresado en términos de disfunción del movimiento o contener categorías de deterioro, limitación funcional, capacidad/discapacidad o síndromes” (Tordoya, 2016)

El propósito del diagnóstico facilita la toma de decisiones para la elaboración del diseño, planificación ejecución seguimiento y reevaluación de los planes estratégicos encaminados en enseñar, prevenir, mejorar o reestablecer funciones corporales para así influir en el desempeño y participación social, para mejorar el bienestar y calidad de vida de las personas. (Arias Álvarez, Careaga Romero, Balocchi Macchiavello, Arriagada Garrido, & Vera Barriga, 2020)

Uso de la CIF en el diagnóstico fisioterapéutico

La CIF no pretende clasificar condiciones patológicas, pues para ello la OMS elaboró la CIE-10 (abreviatura de la Clasificación Internacional de Enfermedades) Se propone el uso de la CIF para aplicarla en la elaboración del diagnóstico

fisioterapéutico, dado que sus categorías desde la perspectiva corporal, individual y social tienen relación estrecha con la naturaleza y niveles de estudio de la Fisioterapia.

Secuencia didáctica para elaborar el diagnóstico según la CIF

Caso clínico

El caso clínico se estructura a partir del proceso de evaluación inicial y puede estar relacionado con cualquiera de las áreas, población y ámbito de intervención. Los contenidos deben incluir los siguientes aspectos:

Datos personales

Motivo de consulta o referencia del paciente

Enfermedad actual

Antecedentes

Datos clínicos: signos y síntomas anatomofisiopatológicos, según los sistemas corporales que participan directamente en la función del movimiento humano.

Datos funcionales: habilidades corporales básicas o específicas.

Datos del nivel de participación en las actividades de la vida diaria.

Datos de exámenes complementarios e instrumentales.

Organización de datos

Para desarrollar esta actividad se propone la utilización de una ficha de organización de datos integrales en Fisioterapia (Tabla 3), el cual ha sido adaptado de los formularios llamados RPS (Rehabilitación Problem Solving), del que existen diferentes versiones basadas en la CIF10.

Tabla 3: Prefijos utilizados para identificar los componentes según la CIF (2001)

Prefijo	Componente	Subdivisión
b	Funciones corporales	
s	Estructuras corporales	
d	Actividades	A
	Participación	P
e	Factores ambientales	
No calificable	Factores personales	

Fuente: (Tordoya, 2016)

Esta ficha se constituye en una opción válida que permite focalizar las intervenciones terapéuticas tomando en cuenta cada componente y centrando la atención sobre las necesidades del paciente, enmarcado en una relación integral de causas y efectos en base a las evidencias de cada uno los datos obtenidos en la evaluación (Tabla 4).

Tabla 4: Ficha de organización de datos integrales en Fisioterapia

Paciente:		Diagnóstico Médico CIE – 10		Fecha y hora	
Edad:					
Sexo:					
Ocupación:					
PERCEPCIÓN DEL PACIENTE SOBRE LOS PROBLEMAS DE SALUD		En esta parte se resalta la información subjetiva que el paciente o la familia refiere en la anamnesis sobre los problemas de salud – enfermedad.			
IDENTIFICACIÓN DE LOS PROBLEMAS MÁS RELEVANTES DESDE LA PERSPECTIVA DEL TERAPEUTA SEGUN EL EXAMEN FÍSICO – KINESICO Y LA APLICACIÓN DE PRUEBAS ESPECÍFICAS		FUNCIONES CORPORALES	ESTRUCTURAS CORPORALES	ACTIVIDADES CORPORALES	PARTICIPACIÓN EN LAS AVD
		<ul style="list-style-type: none"> Tiene que ver con la condición fisiopatológica de los diferentes sistemas corporales. Son los signos y síntomas que se recogen en el proceso de examen físico - kinésico. Ejemplos: <ul style="list-style-type: none"> - Presencia de dolor a nivel muscular - Limitación del movimiento articular - Disminución de la fuerza muscular 	<p>Se anota todo sobre la condición anatomopatológica del daño producido en las estructuras de los sistemas corporales, tomando como base los siguientes indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> Extensión: Dimensión de la deficiencia a nivel de los segmentos corporales, por ejemplo: lesión que afecta a toda la región del hombro derecho. Naturaleza: Cambios estructurales a nivel anatómico, por ejemplo: deformaciones, ausencias, rupturas o desviaciones en estructuras anatómicas Localización: Qué estructuras anatómicas están afectadas, por ejemplo: afectación a nivel musculo - articular. 	<ul style="list-style-type: none"> Son las dificultades que una persona tiene en la ejecución de las actividades corporales. Desde el ámbito de la Fisioterapia se toma énfasis en las disfunciones corporales a nivel segmentario y global. Ejemplo: Dificultad para mover la extremidad superior dentro de los parámetros normalizados de amplitud articular y balance muscular. 	<ul style="list-style-type: none"> Son los problemas que una persona puede experimentar al involucrarse en las actividades de la vida diaria. Ejemplo: el paciente tiene dificultad para realizar su aseo personal
OBSERVACIÓN DEL TERAPEUTA		FACTORES PERSONALES		FACTORES AMBIENTALES	
		Se identifica aquellos aspectos personales que pueden ser facilitadores o barreras del desempeño funcional <ul style="list-style-type: none"> Comportamientos y actitudes Sensaciones y emociones Hábitos personales Estilos de vida 		Se identifica aquellos elementos del entorno que pueden ser facilitadores o barreras del desempeño funcional. <ul style="list-style-type: none"> Entorno natural e infraestructura Espacios y tiempos Objetos, materiales o mobiliarios Otras personas 	

Fuente (Tordoya, 2016)

Planteamiento de objetivos para la elaboración del tratamiento kinésico

Los objetivos terapéuticos son fundamentales dentro del proceso de rehabilitación.

Su planteamiento brinda claridad respecto al abordaje terapéutico que se realizará para mejorar la condición de salud del usuario. Un objetivo es la descripción de un

comportamiento observable, que se espera que la persona logre como resultado de la intervención kinésica. Se expresan en términos de actividades o tareas, principalmente asociadas a lo que el paciente quiere realizar.

(Arias Álvarez, Careaga Romero, Balocchi Macchiavello, Arriagada Garrido, & Vera Barriga, 2020)

Objetivo general basados en el diagnóstico kinésico.

El objetivo general debe estar orientado a la mirada global de la persona y su contexto. Generalmente se basan en la funcionalidad que el usuario desea recuperar, es por esto que apunta a las actividades que están limitadas y a la participación que se encuentra restringida.

Se establecen 3 pasos relevantes:

- 1: Debe ser planteado de acuerdo con el contexto del paciente.
- 2: Se debe tener en cuenta la función que se quiere mejorar
- 3: Se debe tener en cuenta el contexto o la participación que se encuentra restringida (actividad laboral, deportiva, social etc).

Ejemplo 1: Recuperar la funcionalidad del miembro inferior y marcha para reincorporarlo a sus actividades laborales en su rol de guardia de seguridad.

Ejemplo 2: Lograr subir y bajar hasta 9 escalones, apoyándose solo en la baranda, con un patrón de ambos pies en cada escalón en 2 minutos, para llegar de manera independiente a su casa.

Objetivo específico basados en el diagnostico kinésico.

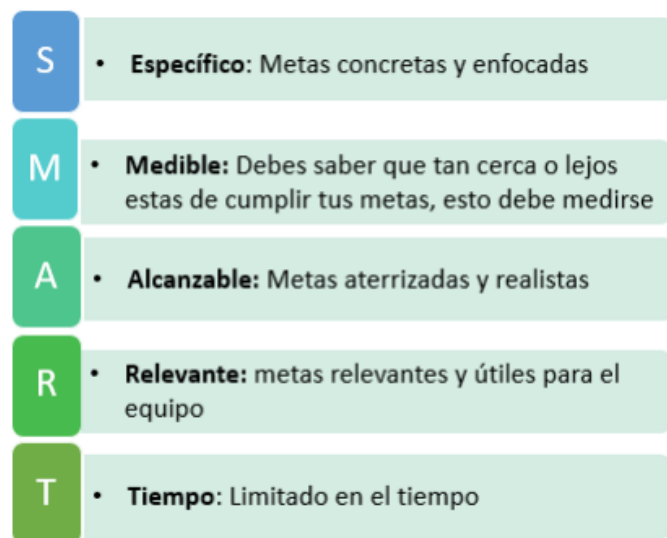
Los objetivos específicos son los resultados parciales esperados en la obtención del objetivo general. Estos se originan de los problemas kinésicos identificados en la exploración física del usuario y de la entrevista clínica.

Se pueden utilizar los siguientes criterios para su formulación:

- Estar dirigidos a los impedimentos primarios y secundarios de la condición de salud.
- Deben seguir un orden de prioridad en el tratamiento o rehabilitación.
- El alcance de los objetivos debe estar al alcance del Kinesiólogo tratante.
- Su formulación debe involucrar resultados concretos.
- Deben ser expresados en verbos en infinitivo
- Expresados en afirmativo y de forma clara y precisa

Para poder cumplir los criterios de formulación, se sugiere hacerlo en base a los objetivos SMART.

Figura 10



Fuente: (Arias Álvarez, Careaga Romero, Balocchi Macchiavello, Arriagada Garrido, & Vera Barriga, 2020)

Ejemplo:

Objetivo específico clásico: Mejorar el desplazamiento en bípedo.

Objetivos SMART: Mejorar la estabilidad en el bípedo, con apoyo de una mano para caminar de manera autónoma por 5 metros en un plazo de 2 meses.

Hipótesis

•En la actualidad los kinesiólogos dedicados al área de discapacidad no implementan la Clasificación internacional del funcionamiento, discapacidad y la salud (CIF) en la región del Noroeste argentino.

Objetivo general

Promover conocimientos sobre la utilización de la Clasificación internacional del funcionamiento, discapacidad y la salud a través de información a los Lic. en Kinesiología y fisioterapia de la región del noroeste argentino.

Objetivo específico

• Explorar a través de un cuestionario el uso de la Clasificación internacional del funcionamiento, discapacidad y la salud en los profesionales de la salud.

• Comparar el uso de la Clasificación internacional del funcionamiento, discapacidad y la salud en las provincias del noroeste argentino.

• Analizar el estado actual de conocimiento sobre la "Clasificación internacional del funcionamiento, discapacidad y salud" en los Lic. en Kinesiología y fisioterapia desempeñados en el área de neurorrehabilitación.

Metodología

Diseño Metodológico

El tipo de estudio a realizar es una investigación cuantitativa de tipo descriptiva en base a los licenciados en kinesiología de la región del Noroeste argentino.

Descripción Metodológica

La recolección de datos se realizó mediante Google Forms en base a la población de kinesiólogos dedicados al área de neurorrehabilitación en la región del Noroeste argentino.

La encuesta fue respondida por todos aquellos que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión considerados en la tabla 1.

La encuesta se realizó con el fin de indagar el conocimiento de los Licenciados en kinesiología y fisioterapia, sobre la clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud (CIF).

Universo

El universo del estudio se compuso por los Licenciados en Kinesiología de ambos sexos que residan y ejerzan en la región del Noroeste argentino (NOA).

Área de estudio

El trabajo se realizó en las instituciones donde realizan rehabilitación neurológica infantil.

Muestra

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia.

La muestra del estudio fue de los kinesiólogos que respondieron la encuesta realizada, que residan y ejerzan en la región del Noroeste argentino (NOA).

Tabla 5: Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<p>-Kinesiólogos que se dediquen al área de neurorrehabilitación y que trabajen con pacientes con PC entre 1 a 15 años de edad.</p>	<p>-Kinesiólogos que no trabajen en el área de neurorrehabilitación – Pacientes menores de 1 año de edad.</p>

Tabla 6: Categorización de variables

VARIABLE CONCEPTUAL	INDICADOR	INSTRUMENTO
Provincia	-La Rioja -Jujuy -Salta -Tucumán -Catamarca -Sgo. del Estero	Cuestionario
Establecimiento de neurorrehabilitación	-Hospital público -Instituto -Centro de salud -Consultorio Privado -Clínica -Domicilio	Cuestionario
Conocimiento de la CIF	-Si -No	Cuestionario
Valoración de la CIF	-Tono muscular, deformidad articular, nivel cognitivo, socioeconómico. -Funcionamiento, discapacidad y salud. -Las necesidades de homogeneizar el tratamiento con condiciones específicas de salud, en la rehabilitación y evaluación de los resultados.	Cuestionario

	-Desconozco que valora la CIF	
Capacitación sobre la utilización de la CIF	-Si -No	Cuestionario
Importancia de implementar la CIF	-Si -No	Cuestionario
Motivo de implementación de la CIF	- No la conozco y no estoy muy informado/a. - Si, porque la CIF brinda múltiples propósitos en el momento de planificar mi tratamiento a largo plazo y obtener resultados más factibles. - Si, porque la CIF nos brinda la posibilidad de evaluar al paciente de manera integral, considerando no solo las limitaciones físicas, sino también como un modelo biopsicosocial.	Cuestionario
Consideras que falta información sobre el uso de esta clasificación	-Si -No	Cuestionario
Aplicación de la CIF	-siempre -a veces. -nunca	Cuestionario
Implementación de la CIF en el tratamiento	-Si -No	Cuestionario
Motivo por la implementación o la no implementación de la CIF.	-No, porque me lleva mucho tiempo y dinero. -Sí, porque me resulta más fácil evaluar a un niño con PC. -Sí, me parece importante, por qué orienta que mi	Cuestionario

	<p>tratamiento a largo plazo sea más organizado.</p> <p>- No, porque no conozco la CIF y me gustaría informarme más</p>	
--	---	--

Desarrollo de la metodología

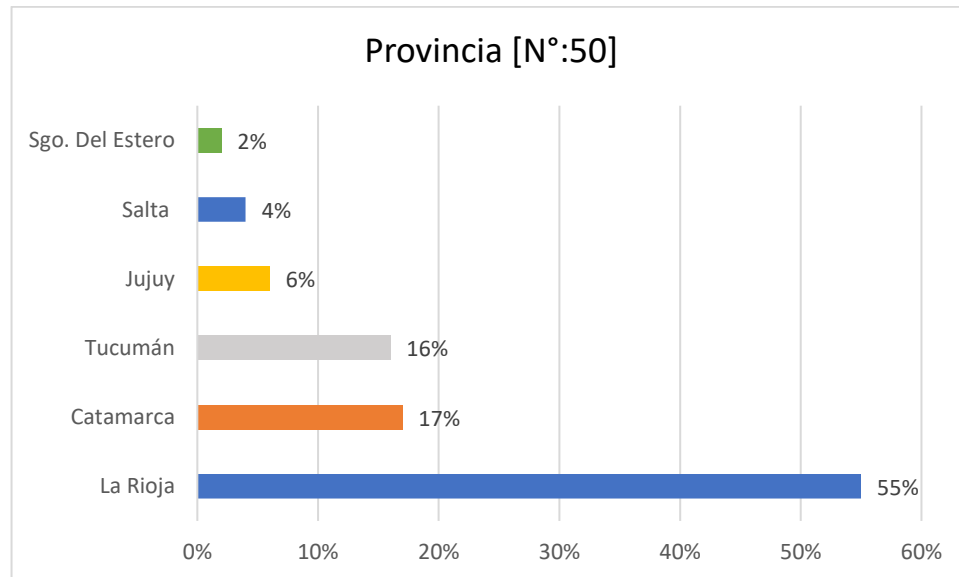
Las prácticas para la recolección de datos se realizaron de manera observacional no experimental durante 3 semanas teniendo en cuenta la región del noroeste argentino (NOA). Una vez establecidos los criterios de inclusión en los Lic. en Kinesiología dedicados al área de neurorrehabilitación, se comenzó con la recolección de datos mediante el cuestionario diseñado para tal fin de manera virtual a través de Google Forms (formulación google), indagando en 50 profesionales de la salud antes mencionados.

Posterior a ello se inició el análisis de datos que se muestra a continuación.

Análisis de datos

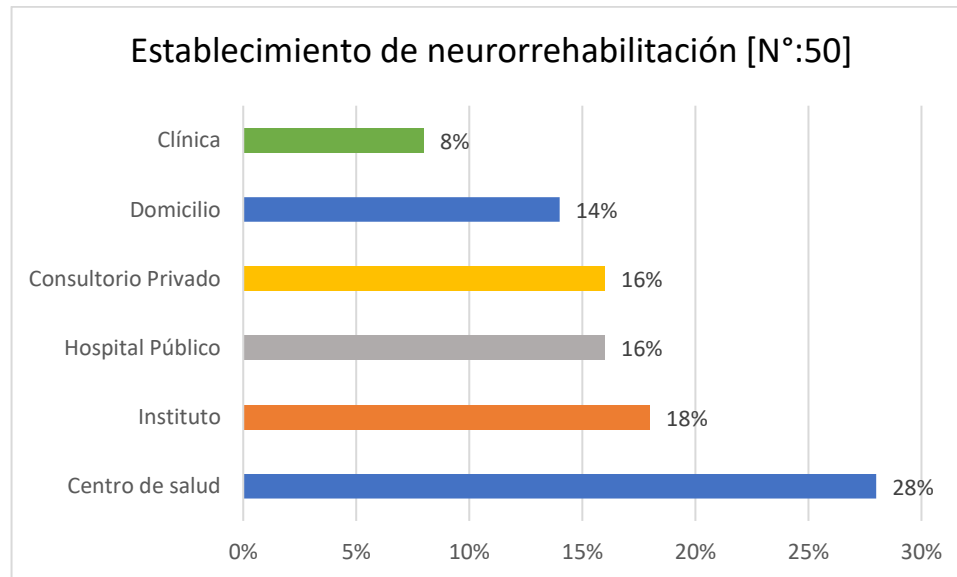
Los datos fueron recolectados de un cuestionario realizado mediante forms google, diseñado con el fin de recabar datos según los objetivos de investigación planteados del respectivo trabajo. Se encuestaron 50 Lic. en kinesiología dedicados al área de neurorrehabilitación en las provincias de La Rioja, Catamarca, Tucumán, Jujuy, Salta y Santiago del Estero.

Se pudieron dar a conocer las siguientes referencias y antecedentes.

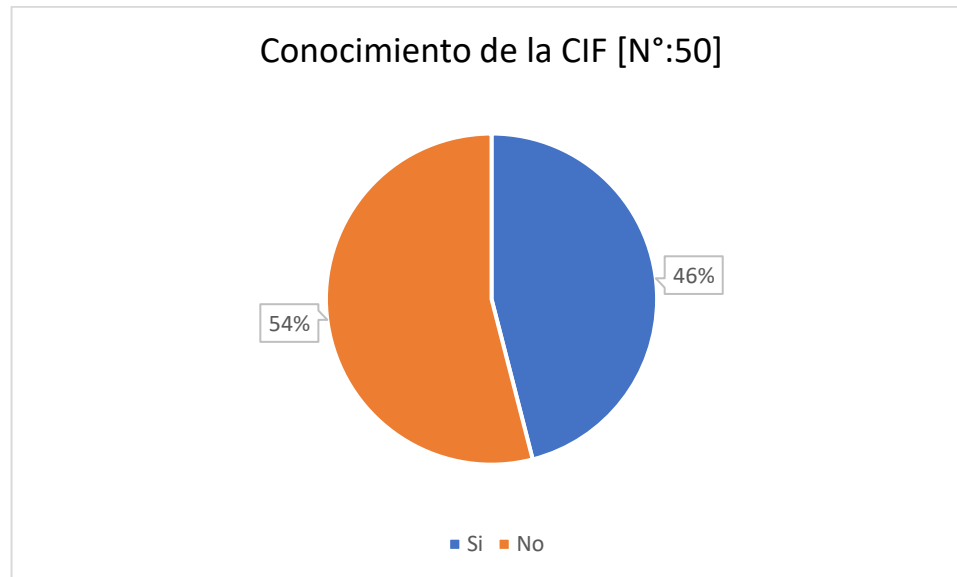
Gráfico 1: Provincia

El gráfico 1, se observa las provincias seleccionadas donde ejercen los Lic. en Kinesiología y Fisiatría dedicados al área de neurorrehabilitación en la región del Noroeste argentino (N:50), indicando la provincia de La Rioja 55% (N:27), Catamarca 17% (N:8), Tucumán 16% (8), Jujuy 6% (N:3), Salta 4% (N:2) y Santiago del Estero 2% (N:1).

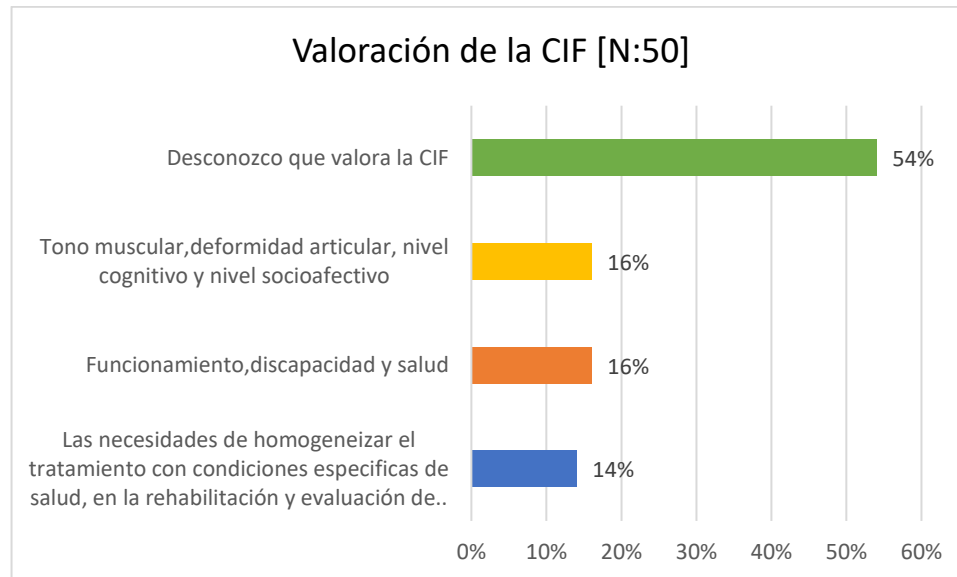
Se constató una buena participación por parte de los Lic. en Kinesiología y fisiatría, este resultado positivo en la encuesta, puede deberse al interés de los profesionales por informarse más sobre el uso de esta clasificación.

Gráfico 2: Establecimiento de neurorrehabilitación

El gráfico 2, se observa el lugar de neurorrehabilitación donde trabajan los Lic. en kinesiología y fisioterapia, en el cual demuestra que el 28% (N:15) ejercen en un centro de salud, el 18%(N:10) en un instituto, el 16%(N:8) Hospital público, el 16%(N:8) consultorio privado, el 14% (N:7) en los domicilios y un 8% (N:2) en las clínicas. Dejando en claro, que el mayor porcentaje de los Lic. ejercen rehabilitación neurológica en los establecimientos públicos.

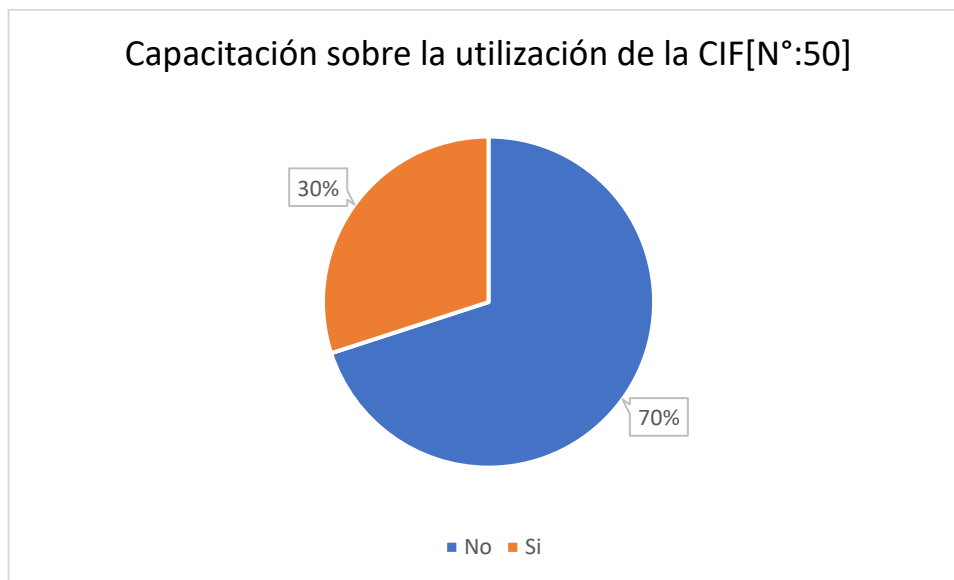
Gráfico 3: Conocimiento de la CIF

El gráfico 3, se demostró las respuestas según a consideración de los Lic. en Kinesiología y fisioterapia del NOA. El 54% (N:27) manifestaron en sus opciones no conocer acerca de la Clasificación internacional del funcionamiento, discapacidad y la salud, así mismo el resto de los profesionales encuestados 46% (N:23) si conocen la clasificación internacional del funcionamiento, discapacidad y la salud. Pudiendo dar un indicio sobre el cual la aplicación de la CIF no es tan común dentro de la neurorrehabilitación kinésica.

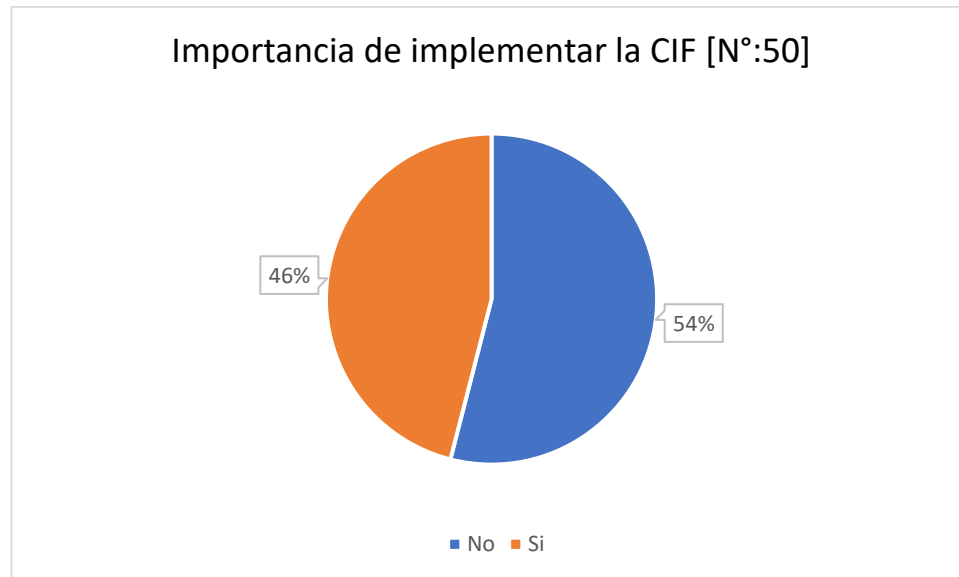
Gráfico 4: Valoración de la CIF

El gráfico 4, se observa que el 54% (N:27) desconoce lo que valora la Clasificación internacional del funcionamiento, discapacidad, el 16% (N:8) manifiesta en sus respuestas que valora el tono muscular, deformidad articular, nivel cognitivo y nivel socioeconómico, el 16% (N:8) indicó que valora el funcionamiento, discapacidad y la salud, mientras que el resto 14% (N:7) considera que valora las necesidades de homogeneizar el tratamiento con condiciones específicas de salud, en la evaluación de los resultados. Haciendo hincapié la gran mayoría no tiene real conocimiento de lo que valora la Clasificación internacional del funcionamiento, discapacidad y la salud.

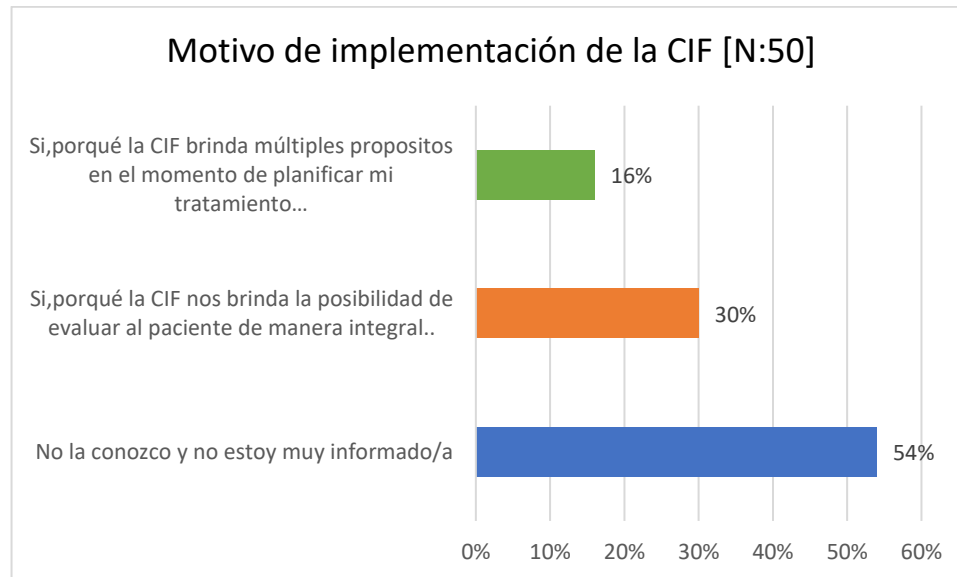
Gráfico 5: Capacitación sobre la utilización de la CIF



El gráfico 5, se observa que el 70% (N:35) de los Lic. en Kinesiología y Fisiatría manifestaron en sus respuestas que no realizaron capacitación para implementar la Clasificación internacional del funcionamiento, discapacidad y la salud mientras que el 30% restante (N:15) si están capacitados para utilizar esta clasificación.

Gráfico 6: Importancia de implementar la CIF

El gráfico 6, se observa que el 54%(N:27) de los Lic. en Kinesiología y Fisiatría del NOA, indicaron que no es importante. Mientras que el 46% (N:23) consideran muy importante implementar la Clasificación internacional del funcionamiento, discapacidad y la salud, cabe mencionar que en el gráfico 7, se especifica aún mejor la descripción de este resultado.

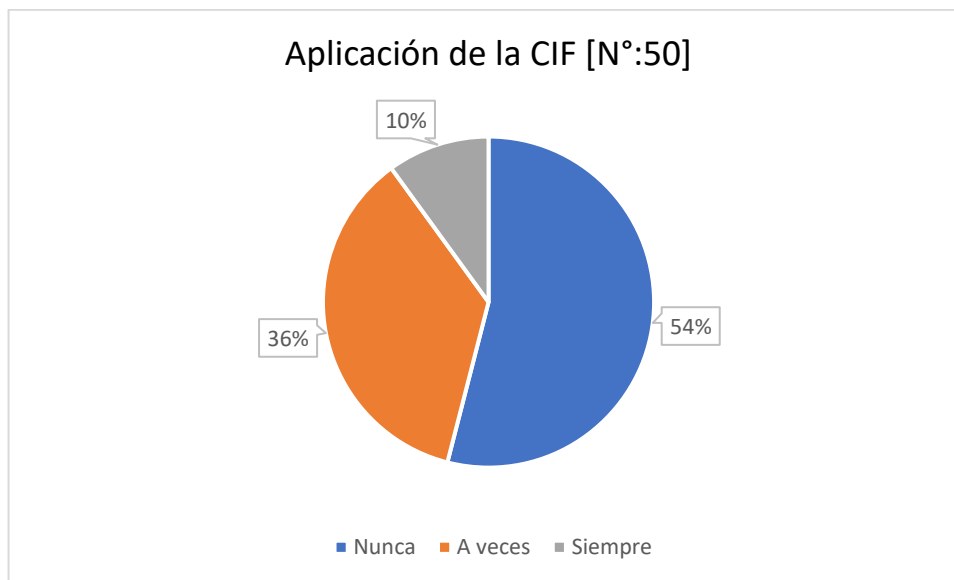
Gráfico 7: Motivo de implementación de la CIF

En el gráfico 7, se demuestra que el 54% (N:27) actualmente no conoce la Clasificación internacional del funcionamiento, discapacidad y la salud en el cual no está muy informado.

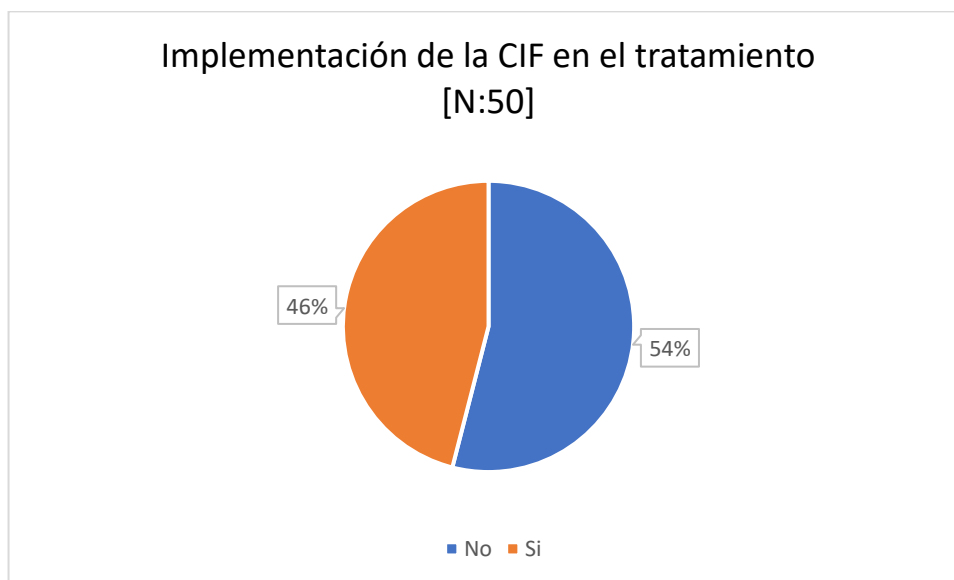
Mientras que el resto de los profesionales 30% (N:15) indicaron que si es importante la CIF, porque brinda la posibilidad de evaluar al paciente de manera integral, considerando no solo las limitaciones físicas, sino también como un modelo biopsicosocial y el 16% (N:8) manifiesta en sus respuestas que también les parecen importante porque brinda múltiples propósitos a largo plazo y obtener resultados más factibles.

Gráfico 8: Consideras que falta información sobre el uso de esta clasificación.

El 100% (N:50) de los Lic. en Kinesiología y Fisiatria del NOA, consideran que falta información sobre la clasificación internacional, del funcionamiento, discapacidad y la salud. Dejando en claro la importancia de las capacitaciones relacionadas a la CIF en discapacidad.

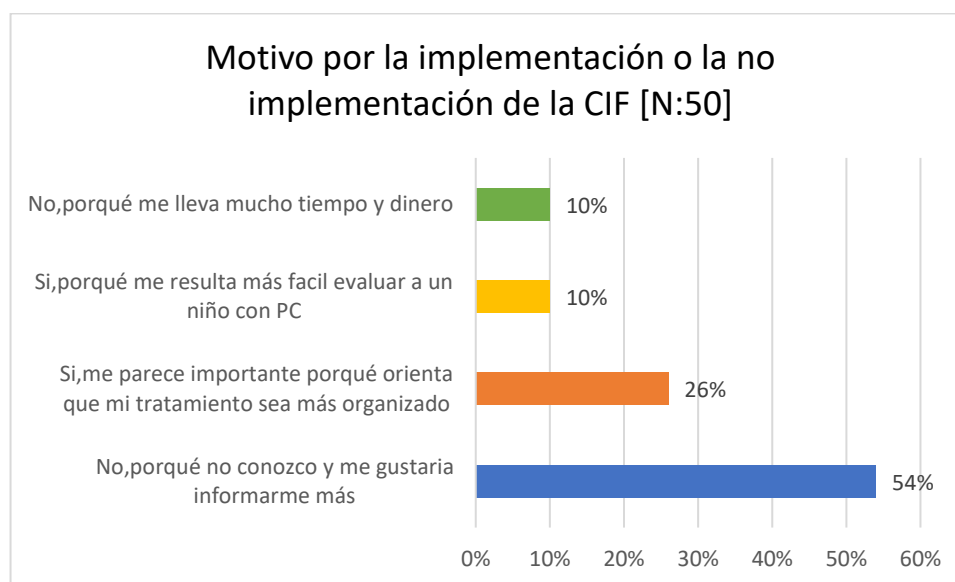
Gráfico 9: Aplicación de la CIF

El gráfico 9, se observa un 54% (N:27) indicó que nunca implementaron la CIF, mientras que el 36% (N:18) a veces lo implementan y el resto 10% (N°:5) no lo implementan nunca.

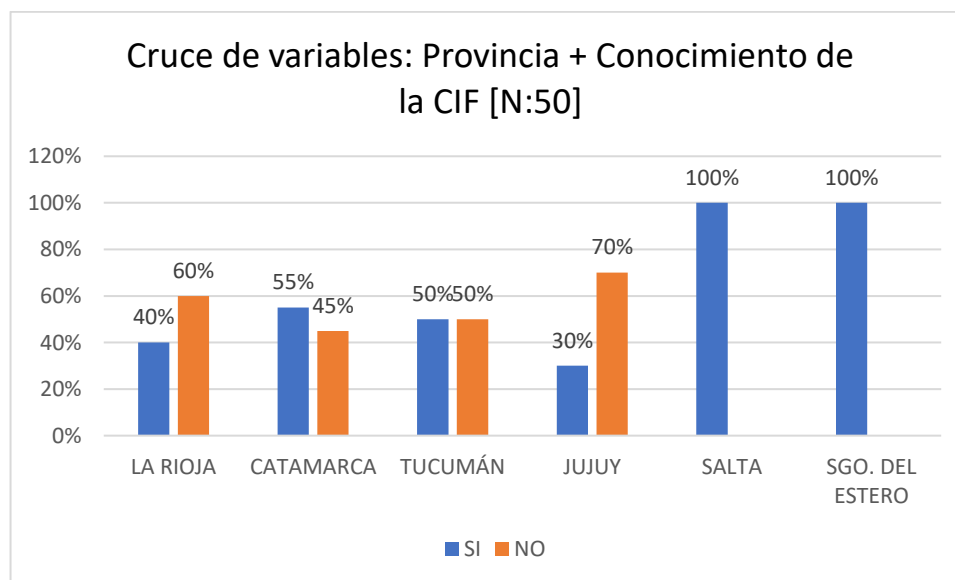
Gráfico 10: Implementación de la CIF en el tratamiento

El grafico 10, se observa un 54% (N:27) considero que no implementaría la Clasificación internacional del funcionamiento, discapacidad y la salud, mientras que el resto 46% (N:23) si lo implementaría para orientar en su tratamiento. Cabe mencionar que en el grafico 11, se especifica aún mejor la descripción de este resultado.

Gráfico 11: Motivo por la implementación o la no implementación de la CIF.



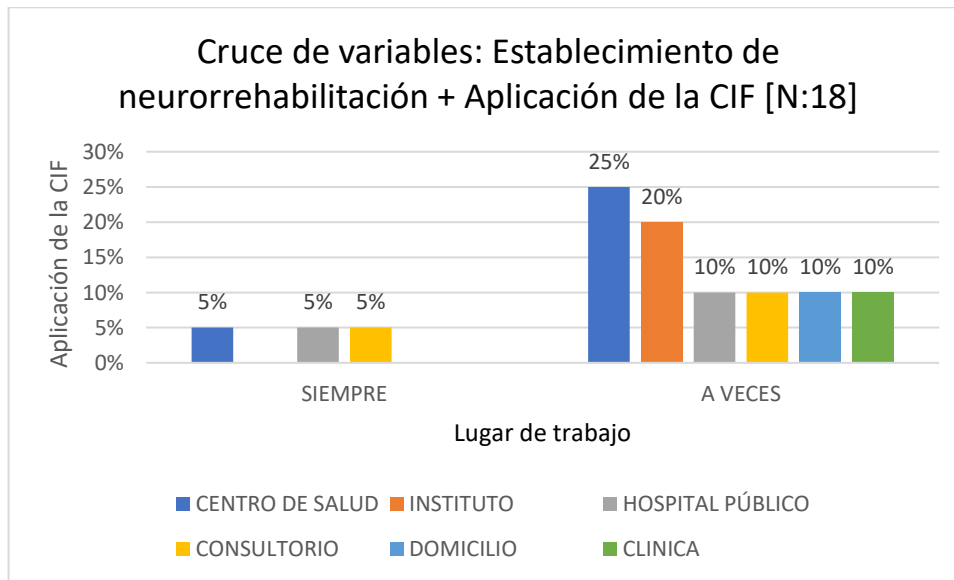
El grafico 11 demuestra un 54% (N:27) no implementaría la Clasificación internacional del funcionamiento, discapacidad y la salud porque no la conoce y le gustaría informarse más, el 26%(N:13) si implementaría la clasificación porque orienta que su tratamiento sea más organizado y el 10%(N:5) porque le resulta más fácil evaluar a un niño con Parálisis cerebral, mientras que el 10%(N:5) considero que no, porque le lleva mucho tiempo y dinero implementarla.

Gráfico 12: Cruce de variables: Provincia + Conocimiento de la CIF

En el gráfico 12 se observa el cruce de variables “provincia” y “conocimiento de la CIF”.

Teniendo en cuenta las provincias seleccionadas relataron sobre el conocimiento de la CIF, en el cual La Rioja indico un 60% (N:15) no poseer conocimiento mientras que un 40% (N: 12) manifestó si conocer la clasificación internacional del funcionamiento, discapacidad y la salud. Por otra parte, Catamarca expreso en sus respuestas 55%(N:5) si conocer la Clasificación internacional del funcionamiento, discapacidad y la salud mientras tanto un 45% (N:4) no tienen conocimiento acerca de la CIF. Por otro lado, Tucumán 50% (N:4) indico conocer así mismo un 50% (N:4) manifestó no conocer sobre la clasificación internacional del funcionamiento, discapacidad y la salud. Y por su parte dentro de Jujuy 70% (N:2) expreso no conocer mientras que un 30% (N:1) Si posee conocimiento sobre el uso de esta clasificación. A su vez los encuestados 100% (N:2) de Salta y el encuestado por parte de Santiago del Estero 100% (N:1) en ambas provincias estos dijeron si poseer conocimiento sobre la CIF.

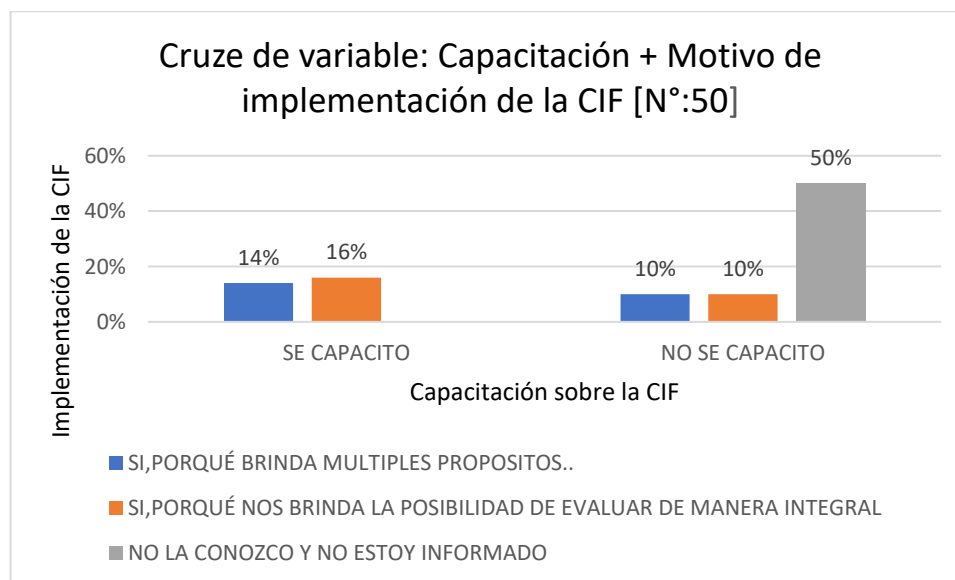
Gráfico 13: Cruce de variables: Establecimiento de neurorrehabilitación + aplicación de la CIF



En el gráfico 13 se observa el cruce de variables “lugar de trabajo” y “aplicación de la CIF”.

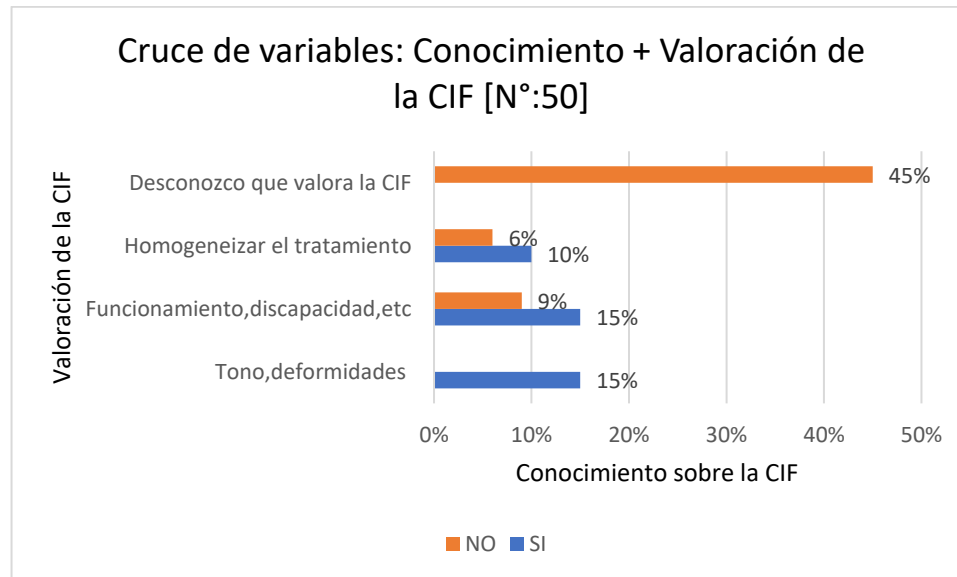
Los establecimientos en el cual emplean siempre la clasificación son los centros de salud 5% (N:1), Hospital público 5% (N: 1), Consultorio 5% (N:1). Por último, en los centros de salud 25%(N: 4), Institutos 20% (N: 3), Hospital Público 10% (N: 2), Consultorio 10% (N:2), Domicilio 10% (N:2) y las clínicas 10% (N:2) manifestaron en sus respuestas aplicarla algunas veces.

Gráfico 14: Cruce de variables: Capacitación sobre la CIF + Motivo de implementación de la CIF.



En el gráfico 14 se observa el cruce de variables “capacitación” y “importancia de implementar la CIF”.

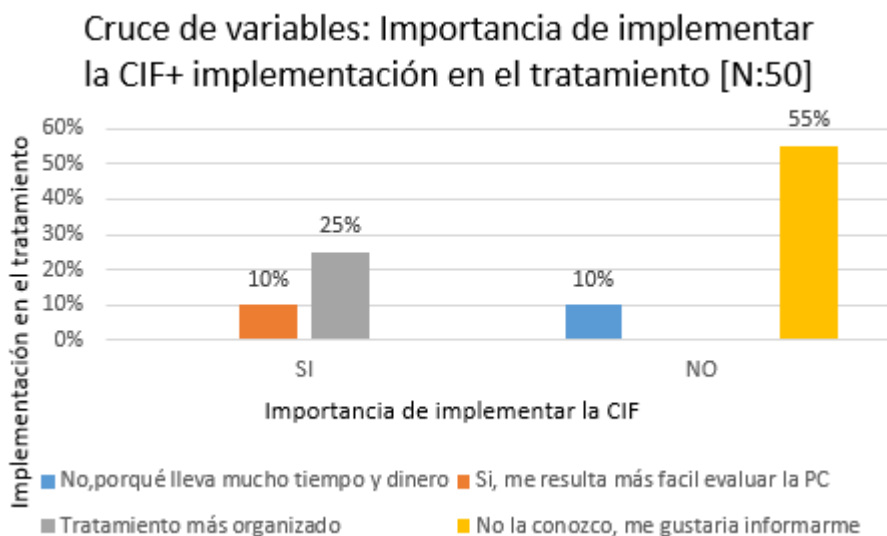
Los Lic. en kinesiología capacitados consideraron en sus respuestas que la CIF se puede emplear 14% (N:7) porque brinda múltiples propósitos al organizar el tratamiento y obtener resultados más factibles y el 16% (N:8) porque nos da brinda la posibilidad de evaluar de manera integral. Del mismo modo los Kinesiólogos no capacitados deducen que se podrían emplear 10% (N:4) porque brinda múltiples propósitos al organizar el tratamiento y obtener resultados más factibles y el 10% (N:4) restante porque nos da brinda la posibilidad de evaluar de manera integral. Por último, el 50% (N:27) indico desconocer la CIF y estar desinformado.

Gráfico 15: Cruce de variables: Conocimiento + Valoración de la CIF

En el gráfico 15 se observa el cruce de variables “Conocimiento” y “Valoración de la CIF”.

Los Lic. en Kinesiología encuestados, en el cual indicaron un 15% (N:8) que la CIF valora el tono muscular, deformidad articular, nivel cognitivo y nivel socio afectivo, 10% (N:7) las necesidades de homogeneizar el tratamiento con condiciones específicas en la salud, en la rehabilitación y evaluación de los resultados. De tal forma que los kinesiólogos encuestados que no conocen creen que podría la CIF podría valorar 9%(N:5) el funcionamiento, discapacidad y la salud, y el 6% (N:6) las necesidades de homogeneizar el tratamiento con condiciones específicas en la salud, en la rehabilitación y evaluación de los resultados. Por último, el 45%(N:21) indico desconocer la clasificación.

Gráfico 16: Cruce de variables: Importancia de implementar la CIF + Motivo por la implementación o la no implementación de la CIF.



En el gráfico 16 se observa el cruce de variables “Importancia de implementar la CIF” e “Implementación en el tratamiento”.

Los Lic. en Kinesiología indicaron que si es importante implementar la CIF 46%(N:23) en el cual manifestaron un 25%(N:13) porqué orienta que el tratamiento sea más organizado, por lo tanto, el 10%(N:10) expreso porque le resulta más fácil evaluar a un niño con parálisis cerebral. Por lo tanto, los kinesiólogos encuestados en el cual creen que no es importante implementarla 54%(N:27) indicaron 10%(N:5) No, porque me lleva mucho tiempo y dinero, mientras que el 55%(N:22) restante desconoce y le gustaría informarse más.

Conclusión

En base a los resultados obtenidos mediante el cuestionario aplicados a los Lic. en Kinesiología y Fisiatría desempeñados en el área de neurorrehabilitación de la región del Noroeste Argentino, se constató el gran interés sobre la clasificación internacional del funcionamiento, discapacidad y la salud, ya que es de suma importancia implementarla para el abordaje del paciente con parálisis cerebral, finalmente se llegó a la conclusión el motivo por el cual no implementan la CIF no es porque genera más costo y tiempo tanto en los organismos públicos como privados, sino porque desconocen del tema y les gustaría informarse más.

Es por eso que, mediante la siguiente tesina, se propone la realización de un folleto con el fin de brindar información sobre las características de la CIF, sus objetivos, aplicaciones y quienes pueden utilizarlo en el cual busca generar conocimientos para el abordaje del paciente con parálisis cerebral.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1-De Las Mercedes Ruiz Brunner, M., & Cuestas, E. (2019). La construcción de la definición parálisis cerebral: un recorrido histórico hasta la actualidad. *Revista De La Facultad De Ciencias Médicas De Córdoba*, 76(2), 113.
<https://doi.org/10.31053/1853.0605.v76.n2.23649>
- 2-" Asociación Española de Pediatría. (2022). Protocolos actualizados al año 2022. Recuperado de www.aeped.es/protocolos/"
- 3-*Revista Pediatría Electrónica*. (n.d.).
<https://www.revistapediatria.cl/volumenes/2014/vol11num2/6.html>
- 4-Lorente-Hurtado I. La parálisis cerebral. Actualización del concepto, diagnóstico y tratamiento. *Pediatr Integral* 2007; 11(8): 687-698.
- 5- Leon-Sarmiento, F. E. (n.d.-b). *Neurorrehabilitación: La otra revolución del siglo XXI*.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-24482009000200007
- 6- García, C. E., & Sánchez, A. S. (2001). Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad. *ARTÍCULOS Y NOTAS*, 15-30.
https://sid-inico.usal.es/idocs/F8/ART6594/clasificacion_oms.pdf
- 7- Serie Creación documento de trabajo n°89. Arias, G., Careaga N., Balocchi, A., Arriagada, R. y Vera, F. (2020). Diagnóstico Kinésico: Enfoque Biopsicosocial. Facultad de Ciencias de la Salud: Escuela de Kinesiología. Centro de Investigación en Educación Superior CIES-USS.
- 8- World Health Organization. (2001). Clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud : CIF : versión abreviada, Versión

abreviada. Organización Mundial de la

Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43360>

- 9- Jimmy, J. T. E. (n.d.). *Guía metodológica para elaborar el diagnóstico fisioterapéutico según la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF), de la discapacidad y de la salud.*

http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-

29662016000100011

APENDICE A "NOTA TUTOR"

La Rioja, 7/06 del 2023.

FACULTAD DE MEDICINA H.A BARCELO
A LA COORDINADORA DE LA CARRERA DE KINESIOLOGIA Y FISIATRIA

LIC. Bue Marcela

S/d

El/la que suscribe Mercado Roberto Nicolás

DNI: 36.255.115 MP: 375 tiene el agrado de dirigirse a usted con el

objeto de informar que acepto ser asesor/a del/la alumno/a

Vega Karen Magali Ludmila DNI: 42358197 Estudiante de la carrera de Lic. En Kinesiología y fisioterapia, bajo su solicitud, para la realización de su proyecto de investigación.

Sin otro particular me despido atentamente.

Firma.

MERCADO ROBERTO NICOLAS
Lic. en Kinesiología y Fisiatría
M.P. 375

APENDICE B “FOLLETO SOBRE LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO, DISCAPACIDAD Y LA SALUD”

¿Sabes de que trata la CIF?

LA CIF NO CLASIFICA...
DESCRIBE LA SITUACION DE CADA PERSONA “RELACIONADA CON LA SALUD”



Karen Magallí Ludmila Vega
Estudiante de 5to año

FUNDACIÓN H. A.
BARCELÓ
FACULTAD DE MEDICINA



CIF

Clasificación internacional del **funcionamiento**, de la **discapacidad** y de la **salud**.



Organización Mundial de la salud



La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud aprobada en 2001, más comúnmente conocida como CIF, constituye el marco conceptual de la OMS para una nueva comprensión del funcionamiento, la discapacidad y la salud. Se trata de una clasificación universal útil para múltiples usos y sectores que pretende establecer un marco y un lenguaje estándar para describir la salud y las dimensiones relacionadas con ella.

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE CONOCER SOBRE LA CIF?

La clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud (CIF) tiene como finalidad brindar un lenguaje estandarizado y verídico a nivel mundial, con el fin de entender el funcionamiento del individuo y la discapacidad como criterios relevantes en el área de la salud.



OBJETIVOS

- Proporcionar una base científica para la comprensión y el estudio de la salud y los estados relacionados con ella, los resultados y los determinantes.
- Establecer un lenguaje común para describir la salud y los estados relacionados.
- Permitir la comparación de datos poblacionales.
- Proporcionar un esquema de codificación sistematizado para ser aplicado en los sistemas de información sanitaria.

Dentro del manejo sistemático brindado por la CIF, algunos de sus usos en los diferentes campos aplicables son:

Estadística encuestas y estudios de población o en sistemas de manejo de información.

Investigación para medir resultados, calidad de vida o factores ambientales.

Clínica en la valoración de necesidades, para homogeneizar tratamientos con condiciones específicas de salud, en la rehabilitación de los pacientes y en la evaluación de resultados.

Política social en la planificación de sistemas de seguridad social, sistemas de compensación, y para diseñar e implementar políticas.

Educación para diseño del "currículum", y para aumentar la toma de conciencia de la sociedad y para poner en marcha actividades sociales.

¿Quiénes pueden utilizar la CIF?

La CIF es una clasificación relacionada con la salud, también puede utilizarse en distintos ámbitos: en políticas sanitarias, en evaluación de calidad asistencial, evaluación de consecuencias en diferentes culturas, compañías de seguros, la seguridad social, el sistema laboral, la educación, la economía, la política social, el desarrollo legislativo y las modificaciones ambientales.

El uso de la CIF ha modificado la forma como entendemos la discapacidad y la enfermedad, pues nos da a entender que una persona enferma no es necesariamente discapacitada o que una persona con discapacidad no es alguien enfermo. Ha permitido también establecer criterios para atender la calidad de vida, el estado de salud o el bienestar de un individuo en relación con su estilo de vida. Un instrumento no solo en el proceso de rehabilitación, sino también en el ámbito científico, social, cultural y político.