



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Ciencias de la Salud

Trabajo Fin de Grado

**Diagnóstico en fisioterapia:
evolución del paradigma conceptual
para la integración de la
clasificación internacional de
funcionamiento, discapacidad y
salud.**

Alumno: Raquel Chillón Martínez

Tutor: Prof. D. Francisco Javier Molina Ortega
Dpto: Ciencias de la Salud

Mayo, 2014

**DIAGNÓSTICO EN FISIOTERAPIA:
NUEVO PARADIGMA PARA LA INTEGRACIÓN DE LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE
FUNCIONAMIENTO, DISCAPACIDAD Y SALUD**

RESUMEN:

El déficit existente en relación al desarrollo de taxonomías diagnósticas en Fisioterapia puede estar debido a la inexistencia de un marco teórico y epistemológico que fundamente el uso de nuevas herramientas para elaborar este diagnóstico. El objetivo principal de este trabajo es elaborar el marco teórico del Diagnóstico en Fisioterapia que pueda integrar a la Clasificación Internacional de Funcionamiento como Modelo Diagnóstico. Llevamos a cabo una revisión de la literatura con artículos seleccionados desde enero de 2002 a 30 de marzo de 2014, habiendo localizado 32 artículos de interés, de los que 4 aportan la información más válida y fiable. Respecto a los resultados, los elementos que configuran el proceso histórico-conceptual del diagnóstico en Fisioterapia se perfilan desde el paso de modelos tradicionales a modelos de autonomía profesional, desde el uso del diagnóstico para diferenciarse de otras disciplinas a la configuración de una taxonomía que realmente aporta información completa y válida del paciente y desde modelos lineales de diagnóstico desde la anomalía a modelos globales de incardinación de diferentes elementos. Los rasgos más importantes que caracterizan el Diagnóstico en Fisioterapia son su complejidad, su contaminación por otras parcelas del saber, su incipiente desarrollo desde la Clasificación Internacional de Funcionamiento y sus posibilidades como estrategia de actuación profesional desde la Ciencia, la Tecnología y la Sociedad. La aportación de la Clasificación Internacional de Funcionamiento para la configuración del Diagnóstico en Fisioterapia ya se ha produciendo en Fisioterapia, fundamentalmente a nivel teórico, existiendo algunas experiencias clínicas, especialmente en Pediatría, Neurología y Geriatría.

1. INTRODUCCIÓN

El Diagnóstico en Fisioterapia, considerado de forma general como la identificación de un problema susceptible de ser abordado desde esta Ciencia y Profesión fisioterapéutica, ha tomado una especial relevancia dentro del Marco Teórico Actual de la Fisioterapia ⁽¹⁾. Así, el Diagnóstico en Fisioterapia, se está definiendo, desarrollando y, en cierta medida, consolidando, gracias a los nuevos elementos que configuran un marco conceptual en la Fisioterapia que ya mira hacia el siglo XXII: la proliferación de teorías científicas, la búsqueda de un lenguaje específico en Fisioterapia que incluya una taxonomía diagnóstica y la integración de conocimiento válido y fiable desde otras áreas de conocimiento o la implementación técnico-tecnológica, son algunos de los nuevos rasgos que deben incardinarse. De esta manera, la Ciencia, la Tecnología y la Sociedad, se ven reflejadas en una nueva forma de entender la Fisioterapia, un nuevo modelo en el que será obligatorio enmarcar y desarrollar el Diagnóstico en Fisioterapia con una fundamentación teórica potente que permita su implementación clínica de forma eficaz y eficiente.

En buena medida, **este trabajo de fundamentación teórica, pretende abordar** el análisis de cómo se conceptualiza el Diagnóstico en Fisioterapia y, dentro del Marco Teórico Actual de esta Ciencia y Profesión, **qué papel juega en cuanto a sus posibilidades de implementación, la Clasificación internacional de Funcionamiento publicada por la OMS en el año 2001**, pues ha sido éste uno de los documentos más requeridos por otras profesiones sanitarias para la concepción y análisis de los problemas de salud que atañen actualmente a la sociedad y, además, la OMS ha realizado una importante apuesta por su uso y aplicación de forma general.

El Diagnóstico en Fisioterapia es un tema que suele causar gran expectación porque, en gran medida, aún tiene un cierto carácter mítico, teórico, epistemológico y, para muchos, lejano. No en vano, es una de las entidades nosológicas más complejas de analizar en Fisioterapia y, sin duda alguna, una de las dimensiones que con mayor dificultad que se está intentando llevar a la práctica. A pesar de su dificultad, **son muchos los que trabajan sobre este tema: E. Viel, Steven J. Rose, Alan M. Jette, J. Dekker, I. Heerkens, M. Miller, J. Collins, A. Guccione, M. E van Baar, J. Kerssens o Shirley Sahrman**. Todos estos autores son un referente internacional del Diagnóstico en Fisioterapia, siguiendo los marcos conceptuales propuestos desde la World Confederation for Physical Therapy que, al fin y al cabo, deben ser también nuestro marco referencial inicial.

A finales de los años 90, se consideraba que el término "valoración en Fisioterapia" llevaba implícito el concepto de "emisión de un juicio crítico o diagnóstico". Esta sencilla relación entre "valoración y diagnóstico" es esencial para entender que, sin duda alguna, **realizar un Diagnóstico no es otra cosa que IDENTIFICAR un problema o problemas que puedan ser susceptibles de ser abordados desde la Fisioterapia**. Por tanto, Diagnosticar e Identificar son conceptos que van de la mano en el heterogéneo, complejo y, al mismo tiempo, gratificante mundo de saber qué problemas de salud-enfermedad podemos abordar desde la Fisioterapia, qué datos son relevantes para saberlo y, sobre todo, cómo denominar las distintas categorías nosológicas, cuestión que nos urge de forma especial tras la implantación del Título de Grado de Fisioterapia en España que, entre otras cuestiones, ya recoge en sus directrices generales propias la competencia profesional del fisioterapeuta capaz de diagnosticar problemas de salud en su parcela del saber ⁽²⁾.

Quizá, **una de nuestras mayores preocupaciones está precisamente en eso, en las formas de etiquetado en el Diagnóstico en Fisioterapia**. Y es que, podemos observar cómo, tradicionalmente, los Diagnósticos en el ámbito de las Ciencias Biomédicas han sido los más utilizados en todas las áreas. Así, **los diagnósticos vinculados con la identificación de problemas de salud en relación con la ANOMALÍA Y DETERIORO** (alteración en la estructura, en los órganos, en los tejidos, en los sistemas y las consecuencias clínicas directas de esta alteración en la función, y no tanto con entidades como la limitación funcional, la discapacidad o los hándicaps - antiguo concepto de "minusvalía") **han sido los más utilizados y han nutrido en gran medida lo que hoy se conoce como la Clasificación Internacional de las Enfermedades**, habiendo tenido también en Fisioterapia un gran peso específico, sin embargo, consideramos que el Diagnóstico en Fisioterapia debe configurarse desde otro marco conceptual y, por ello, este trabajo lo orientaremos a describir los elementos fundamentales que podrían configurar un marco conceptual apropiado para desarrollar un diagnóstico en Fisioterapia que pueda responder a la demanda real de los problemas de salud susceptibles de ser abordados en desde nuestra parcela del saber.

Sabemos que **el corazón de intervención de la Fisioterapia es la limitación funcional**, en íntima relación con la anomalía, el deterioro y la preocupación porque esta limitación no llegue a producir un estado de discapacidad. **Sin embargo, no tenemos etiquetas diagnósticas que, de forma universal, nos permitan reconocer estos cuadros de limitación funcional** y nos tenemos que limitar a considerar que, toda la información extraída en la valoración analítica y funcional de nuestro paciente no es otra cosa que "nuestro juicio crítico". Y **es precisamente**

esta falta de TAXONOMÍA DIAGNÓSTICA lo que nos preocupa especialmente, teniendo en cuenta que si falla el lenguaje común que nos permita diagnosticar, no podremos entendernos entre nosotros ni podremos proyectar diagnósticos entendibles a la comunidad sanitaria. Por ejemplo, es frecuente escuchar en Fisioterapia expresiones como, este paciente está diagnosticado de “un peroné posterior, un patrón postural mixto, un bloqueo de la articulación sacroilíaca, la restricción de la fascia superficial o los puntos gatillos latentes”. Pues bien, estos conceptos ¿nos dicen lo mismo a todos/as los/as fisioterapeutas? ¿podríamos hacernos entender con otros profesionales? ¿realmente se ajustan a un diagnóstico fisioterapéutico del paciente en el que el movimiento sea el epicentro del análisis? ¿qué elementos debemos considerar para establecer un diagnóstico en Fisioterapia?

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Desarrollar e implementar el Diagnóstico en Fisioterapia es una cuestión que actualmente defiende la *American Physical Tehrapy Asociation* en su línea de trabajo internacional para el año 2020: la Fisioterapia será proporcionada por fisioterapeutas, los cuales son doctores de Fisioterapia, reconocidos por los pacientes y el resto de los profesionales sanitarios, como facultativos que están a elección. Los pacientes tienen acceso directo a cualquiera de ellos para el diagnóstico, las intervenciones y prevención de deterioros, limitaciones funcionales y discapacidades relacionadas con el movimiento, la función y la salud ⁽¹⁾ y, en España, la propia Orden CIN 2935 de 2008 ⁽³⁾, que incluye dentro de las competencias profesionales del Fisioterapeuta la valoración diagnóstica para los fisioterapeutas, acorde con lo que determina también el Título de Grado en Fisioterapia, delimita la obligatoriedad de su desarrollo. Sin embargo, no existe un consenso sobre la taxonomía más adecuada ^(4, 5) ni, hoy por hoy, existe una propuesta universalmente conocida y reconocida que todos los fisioterapeutas sigan en este sentido, ni en el ámbito nacional ni internacional. Es más, podemos observar que en muchas Historias Clínicas de Fisioterapia no aparece registrado de forma explícita el apartado destinada al Diagnóstico de Fisioterapia, lo que nos hace presuponer que, en gran medida, para la mayoría de fisioterapeutas, la valoración es el corazón del diagnóstico fisioterapéutico, sin necesidad de definir a través de una etiqueta el juicio crítico que hagamos en relación con el caso que nos presenta un determinado paciente/cliente/usuario.

Desde la instauración de los estudios de Fisioterapia en la Universidad, como una profesión libre y autónoma, todos los profesionales de la Fisioterapia y desde todas las instituciones que han representado los intereses de esta profesión, han defendido la identidad y el estatus profesional en el contexto de las profesiones sanitarias^(1, 4, 6, 7). Sin embargo, quizá **una de las grandes cuestiones que aún hoy sigue provocando cierta confusión es el diagnóstico de Fisioterapia**. Y es que, consideramos que muchos de los problemas que hoy vive la profesión y la práctica clínica en Fisioterapia es la implementación del método de intervención en Fisioterapia partiendo, erróneamente, al menos desde las instituciones o por prescripción de ellas, de un diagnóstico aportado por otro profesional que no es fisioterapeuta.

Por otro lado, y en cierta medida, la comunidad científica también responde con incertidumbre al diagnóstico de Fisioterapia^(1, 7), aportando no poca inexactitud contextual entre las definiciones del diagnóstico médico frente al diagnóstico de Fisioterapia. Así, **la ambigüedad de las definiciones, el déficit en la implementación real de las competencias profesionales determinada por la Orden CIN de 2008, la aparente falta de experiencia de los fisioterapeutas para la identificación de ciertos problemas clínicos, cierto grado de comodidad y muchos conflictos de intereses de todo tipo, ponen de manifiesto la dificultad actual para muchos autores de establecer un Diagnóstico de Fisioterapia**.

Pese a todas estas contrariedades, la Ciencia nos aporta a los fisioterapeutas el derecho y el deber de defender nuestro campo de actuación desde el conocimiento válido y fiable, y aunque la Fisioterapia aún está situada en una etapa precientífica en cierta medida^(6, 7), la Fisioterapia Basada en la Evidencia es una realidad inexorable que debemos desarrollar, porque, aunque la experiencia profesional del fisioterapeuta es muy importante para los juicios clínicos y el establecimiento del plan terapéutico, en muchos casos, esta experiencia clínica presenta un cierto carácter empírico careciendo de evidencia científica^(1, 4). Por eso, no podemos usar exclusivamente la experiencia profesional para identificar problemas en el marco de la Fisioterapia. Por eso, desde la mirada de la Ciencia, **es importante desarrollar marcos teóricos que establezcan los pilares conceptuales y epistemológicos del Diagnóstico en Fisioterapia**, aspectos que, al menos en parte, pretendemos abordar con este trabajo.

Carecer de un Diagnóstico de Fisioterapia o que éste sea deficitario o no esté establecido en el método de intervención, provoca que los fisioterapeutas se vean desprotegidos ante su propia propuesta terapéutica y ante otros profesionales. Si desde la Fisioterapia no se desarrolla realmente e implementa el Diagnóstico en Fisioterapia, no se podrá participar en los

procesos de complementariedad diagnóstica clínica con otros profesionales, no participando, por tanto, en determinados ambientes de discusión clínica que, sin duda alguna, son de gran relevancia profesional y, sin duda, puede repercutir positivamente en la salud de las personas.

Desde el año 2001, existe una propuesta de trabajo para la implementación de criterios diagnósticos que es muy acorde con los nuevos conceptos de Salud y con el Modelo Sanitario Ecosocial que se han venido desarrollando desde los años setenta. Esta propuesta es **la Clasificación Internacional de Funcionamiento, una categorización de los distintos elementos que configuran la Salud por COMPONENTES de Salud, una propuesta que integra los aspectos estructurales y orgánicos que se corresponden con la patología, los distintos niveles y áreas de participación de una persona y los factores externos (ambientales y personales) que pueden influir en su proceso de Salud-Enfermedad.** Consideramos que éste puede ser un buen instrumento de análisis para el desarrollo del Diagnóstico en Fisioterapia, sin embargo, **aún hoy, aunque ya hay experiencia que avalan su utilización, aún existe un déficit importante en cuanto a sus posibilidades de implementación clínica** ^(8 - 11).

Hasta ahora, la cuestión del diagnóstico en Fisioterapia, quizá se ha limitado o centralizado en ciertos ámbitos de intervención profesional fisioterapéutica. Así, es bien conocido que el proceso valorativo tiene que quedar recogido en el diagnóstico de Fisioterapia como máximo exponente del criterio del o de los fisioterapeutas que evalúan al paciente ^(12, 13). Es más, algunos autores consideran que es el fisioterapeuta el profesional sanitario con mayor cualificación para valorar y evaluar las condiciones músculo-esqueléticas de los pacientes tras un proceso doloroso o tras un accidente en los que exista un compromiso del sistema osteomuscular^(14, 15). Sin embargo, aún hoy, **no son pocas las situaciones clínicas en el marco sociosanitario en las que se menosprecia el Diagnóstico llevado a cabo por los fisioterapeutas, cuestión en gran medida derivada del desconocimiento de nuestra profesión y de determinados intereses competenciales muy alejados de la realidad actual de la Fisioterapia.**

Por todo lo anteriormente expuesto, el problema de investigación de este estudio se centraría en las siguientes preguntas de investigación: **¿cuál ha sido el proceso para la configuración diagnóstica en Fisioterapia? ¿Cuáles son los rasgos que definen actualmente el concepto de Diagnóstico en Fisioterapia? ¿Qué papel juega la Clasificación Internacional de Funcionamiento como elemento para la configuración del Diagnóstico en Fisioterapia?.**

1.2.JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La ORDEN CIN/2135/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Fisioterapeuta, recoge de forma clara la VALORACIÓN DIAGNÓSTICA EN FISIOTERAPIA⁽³⁾, sin duda alguna, uno de los aspectos más relevantes, representativos y caracterizadores de esta orden que, vino a dar respuesta al nuevo marco profesional que determinaba, a su vez, el nuevo marco académico definido por el Grado en Fisioterapia⁽²⁾. Así, es fundamental realizar estudios que nos permitan implementar de forma real las exigencias profesionales de este nuevo marco legislativo, siendo el desarrollo e implementación del Diagnóstico en Fisioterapia uno de los temas de mayor interés.

Nuestro estudio pretende dar una aproximación fiable y concreta sobre los conocimientos existentes acerca del diagnóstico de Fisioterapia, ya que el diagnóstico está considerado como un potente recurso para el acierto en la elección del tratamiento y la aportación de unos valores pronósticos sobre el curso de la patología⁽¹⁶⁻¹⁸⁾. Estos son los objetivos principales del desarrollo y puesta en práctica del diagnóstico de Fisioterapia que, a su vez, también permitirá el desarrollo de la Fisioterapia Basada en la Evidencia.

La relevancia vital de la estandarización del concepto sobre el diagnóstico de Fisioterapia es imprescindible. De lo contrario, un diagnóstico de Fisioterapia ambiguo, no consensuado, no homologado, impregnado de valoraciones subjetivas y, consecuentemente, sesgos, podría requerir pruebas para las cuales no tenemos licencia como fisioterapeutas, o derivar en el uso de etiquetas que no le son propias⁽¹⁹⁾. Además, el establecimiento de un lenguaje sanitario consensuado entre los fisioterapeutas, va a facilitar el entendimiento dentro de nuestra disciplina, así como con el resto de profesionales sanitarios. Esto es, un lenguaje estándar cuyo fin sea la discusión racional del caso de un paciente, para llegar a conclusiones diagnósticas o juicios críticos que nos permitan complementar con nuestro diagnóstico cada caso clínico de forma particular y diferenciadora desde otras perspectivas sanitarias, sociales o educativas^(11, 20, 21).

El rol y la función del diagnóstico de Fisioterapia están justificados, en gran medida, por la importancia de distinguir nuestro diagnóstico entre los diagnósticos de los demás profesionales sanitarios, además de ser una forma de demostrar nuestros conocimientos y alcance práctico en Fisioterapia. De aquí, también, la importancia que tiene la aclaración y elaboración de nuestro propio diagnóstico, para evitar conflictos y confusiones con otros

profesionales y sus diagnósticos. Pero, además, el diagnóstico de Fisioterapia va a reglar de forma racional las actuaciones que cada fisioterapeuta hace con un mismo paciente. Pues los tratamientos en Fisioterapia son variados y cada fisioterapeuta elige determinadas opciones terapéuticas para un mismo caso⁽²²⁻²⁴⁾. Así pues, el problema no es que un mismo paciente con una misma dolencia o lesión pueda recibir una diversidad de tratamientos de Fisioterapia por cada fisioterapeuta al que acuda, sino que esa disparidad de tratamientos no estén documentados y apoyados por la evidencia científica. **El diagnóstico es un certificado de garantía de nuestras observaciones y actuaciones.**

El desarrollo e implementación del diagnóstico de Fisioterapia, también va a aportar seguridad clínica, tanto para el paciente como para los fisioterapeutas, consiguiendo aumentar las probabilidades de éxito de los resultados terapéuticos^(25, 26). Puesto que, en muchas ocasiones, el problema no está en la estructura dolorosa de la que se queja el paciente, es más, en gran medida, muchos de los deterioros, disfunciones y limitaciones funcionales que abordamos desde la Fisioterapia tienen mecanismos etiológicos de desarrollos alejados de la lesión objetivable en la estructura o en el órgano, lo que nos exige ser más exhaustivos en la búsqueda de las causas de los problemas de salud y, por ende, del diagnóstico en Fisioterapia^(18-20, 27).

Establecer nuestras bases teóricas para la práctica, acerca del diagnóstico de Fisioterapia, nos llevará a la economización de tiempo, al incremento de nuestros éxitos terapéuticos y pronósticos y a la mejora de la calidad terapéutica, por lo que, en gran medida, se repercutirá positivamente en los costes derivados de esta mejora en el sistema sanitario^(11, 28-31). Esto es que, en primer lugar, nos ahorraría el tener que buscar un tratamiento concreto para todos los pacientes, para los cuales sólo ha sido identificada la naturaleza general del problema clínico y, en segundo lugar, nos proporcionaría una base experimental para la teoría. Además, la identificación de grupos diagnósticos homogéneos pueden ser requeridos para una administración más racional del personal y de los recursos, cuestiones todas ellas de vital importancia en el contexto sanitario actual.

Considerando que el diagnóstico médico no es adecuado para el fisioterapeuta y que esta etiqueta diagnóstica es sólo un dato más dentro de la propia Historia Clínica en Fisioterapia^(22, 33, 34), **debemos trabajar por conceptualizar de forma adecuada nuestro diagnóstico y que el paso de la teoría a la práctica clínica, sea de la forma más real y eficiente posible.** Así, los datos obtenidos desde la valoración analítica (observación e inspección, palpación,

movilización y medición de magnitudes físicas), es más útil, factible y eficiente si somos capaces de reflejar la totalidad de esa información obtenida en la valoración, con un juicio crítico llamado Diagnóstico de Fisioterapia ^(1, 12, 18, 21). Así, la recolección de datos de los diagnósticos de Fisioterapia podría ser materia de estudio para abordar la Fisioterapia desde diferentes perspectivas, también, para el desarrollo científico^(6, 7, 22, 34).

El desarrollo de la figura del fisioterapeuta como “puerta de entrada” en determinados servicios de salud y en ciertos modelos de salud y de asistencia sanitaria existentes ya en países como Suecia y Holanda, por ejemplo, **obliga, necesariamente, al desarrollo del Diagnóstico en Fisioterapia**⁽¹⁶⁾. Además, la elaboración de nuestro propio diagnóstico va a permitir el acceso directo y, con esto, reducir los retrasos en la recepción de nuestros servicios.

En gran medida, una de las limitaciones del diagnóstico médico para que pueda ser utilizado en Fisioterapia es que éste se define en el ámbito de la “anomalía”, o sea, en la alteración de la estructura o del órgano, de manera que, objetivándose un determinado problema, se puede identificar, utilizándose determinadas herramientas diagnósticas. Pues bien, consideramos que son otros los elementos que hay que tener en cuenta en Fisioterapia^(1, 14, 15), y que centralizar el diagnóstico en la anomalía no es suficiente, tanto es así, que ya se han desarrollado modelos de diagnóstico centrados en la limitación funcional y, en la actualidad, se afronta el reto de saber si el modelo diagnóstico basado en los componentes de salud que determina la Clasificación Internacional de Funcionamiento es adecuado. Ya existen algunas experiencias significativas en Fisioterapia ^(35-42, 44-48), pero debemos seguir avanzando en la fundamentación conceptual para universalizar o no este modelo, aspecto que, en cierta medida, pretendemos en este trabajo.

2. Marco teórico.

2.1. Del Marco Teórico Tradicional al Marco Teórico Actual en Fisioterapia: El Grado en Fisioterapia y la Orden CIN como elementos legislativos para el desarrollo del Diagnóstico en Fisioterapia en los ámbitos académico y profesional.

En la historia de la Fisioterapia en España, el marco tradicional de actuación en Fisioterapia implicaba la sumisión a los criterios diagnóstico e incluso de prescripción terapéutica respecto a otros profesionales, es decir, el fisioterapeuta, concebido como un ayudante de otro profesional desde 1957 hasta 1980, tenía como misión fundamental la de ajustarse a los criterios del médico para el desarrollo de su ejercicio profesional^(1, 4). Sin embargo, desde 1980 se abre una nueva etapa de Fisioterapia que, en España, empieza a vislumbrar la Fisioterapia que realmente se estaba desarrollando en otros países, una Fisioterapia caracterizada por la autonomía profesional, por la posibilidad de diseñar las actuaciones terapéuticas que le son propias y, como no, la obligatoriedad de saber identificar problemas susceptibles de ser abordados desde la profesión (figura 1).

Así, el profesional llamado fisioterapeuta será responsable absoluto de sus decisiones y actuaciones^(1, 6, 7). Pues bien, es en este modelo teórico en el que se contextualiza el diagnóstico en Fisioterapia que, en España, debemos llamar modelo conceptual actual pues no es un rasgo con el que naciera la profesión en nuestro país, sino que fue algo que hubo que conquistar con el paso del tiempo, proceso que se produjo durante la segunda mitad del siglo XX⁽⁷⁾.

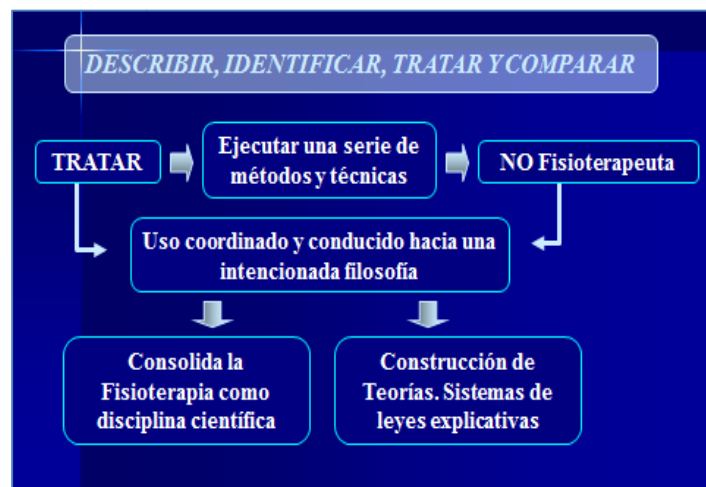


Figura 1. Diagnósticas e Identificar: funciones del Fisioterapia como Profesional

2.2. Principales modelos para el diagnóstico en Fisioterapia.

En este apartado describiremos brevemente los modelos teóricos desde los que se sustenta, en el marco actual de la Fisioterapia, el diagnóstico en esta área de conocimiento.

2.2.1. Los modelos teóricos de Wood y Nagi

Los modelos de Wood y de Nagi están muy relacionados e incardinados conceptual (figura 2) y cronológicamente. Según el modelo de Wood, el deterioro es la alteración en las estructuras anatómicas o fisiológicas o psicológicas o de las funciones como resultado de alguna patología subyacente; la discapacidad lo usaba para designar toda disminución en la actuación de las actividades de la vida diaria y de las conductas; y el hándicap, para referirse a una desventaja social de una discapacidad concreta clasificada como hándicap⁽¹⁾. Por otro lado, el modelo de Nagi coincide con el de Wood, al establecer un proceso de incapacidad que comienza con la enfermedad y termina en el deterioro. Pero, del modelo de Nagi se resalta la inclusión de un nuevo término que supone la transición entre el deterioro y la discapacidad. Este nuevo concepto se denomina “limitación funcional”, caracterizado por impedir la capacidad individual de realizar las tareas y obligaciones normales que ejecutaba la persona. Estos roles se incluyen dentro de la familia, comunidad, trabajo y otras interacciones y las actividades relacionadas con el autocuidado. El término de “discapacidad” lo define como la pérdida en el total de la conducta de una persona y que se corresponde con las expectativas esperadas por su edad, sexo y un ambiente socio-cultural concreto.



Figura 2. Gráfico sobre la integración conceptual de los modelos de Wood y Nagi.

A pesar de la importancia que supusieron estos modelos en los años 80, en relación con el desarrollo del Diagnóstico en Fisioterapia, no tuvieron un gran impacto en el ámbito clínico-asistencial y, realmente, tampoco en el investigador. A su vez, estos modelos permitieron el desarrollo de otros modelos, como el descrito por Tomás Gallego en su Teoría del Deterioro Funcional Motor⁽¹⁾, en la que se apuesta por el análisis de las manifestaciones clínicas desde el marco del sistema orgánico, analizando las hipótesis etiológicas de la alteración del movimiento. Sirva de ejemplo, en el contexto de la Fisioterapia Respiratoria, el que se describe en la figura 3. A pesar de su coherencia conceptual y epistemológica, pocos son los fisioterapeutas que utilizan este modelo diagnóstico en la actualidad.

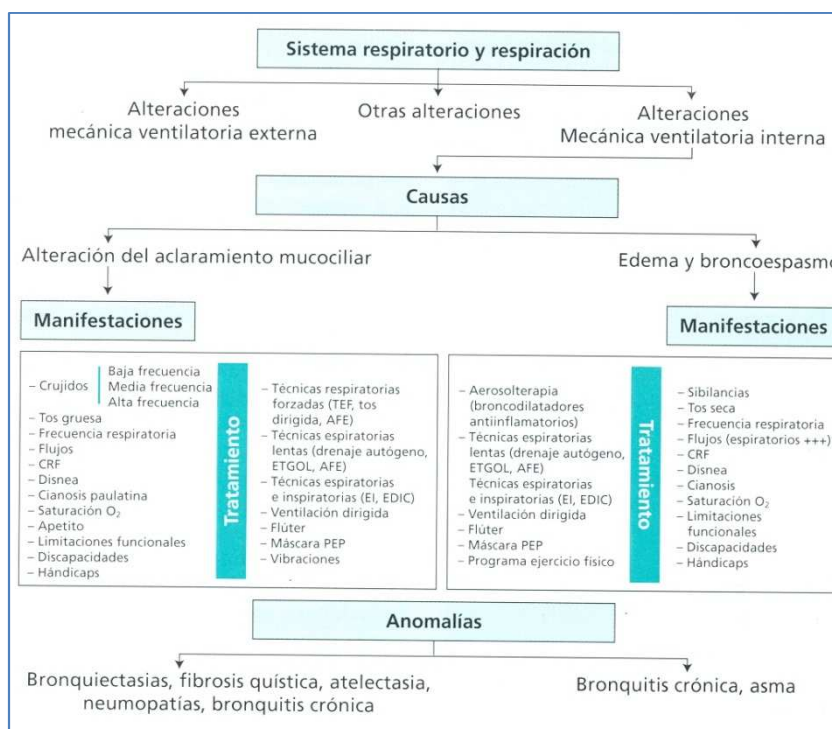


Figura 3. Ejemplo de diagnóstico en Fisioterapia

2.2.2. Propuesta diagnóstica de Shirley Sahrman.

Sahrman se ha convertido en los últimos tiempos en una referente fundamental para el diagnóstico en Fisioterapia, pues su obra “Diagnóstico y tratamiento de las alteraciones del movimiento”⁽¹⁸⁻²⁰⁾, está siendo una de las que más debate está generando en redes sociales y en grupos de trabajo en Fisioterapia. Para esta autora, las exploraciones básicas y las medidas fisioterápicas, combinadas con la observación de las alteraciones de la anatomía y cinesiología normal, pueden usarse para crear un sistema de clasificación basado en los síndromes de

alteración del movimiento. En nuestra opinión, el desarrollo de sistemas de clasificación, que sienta las bases del diagnóstico que marca la directriz del tratamiento fisioterápico, es imprescindible para el continuo avance de la profesión. La principal premisa de la teoría que subyace en el sistema es que cada articulación se manifiesta vulnerable en una determinada dirección del movimiento, lo que se traduce en “el eslabón débil” y, con gran frecuencia, en la zona de asiento del dolor. Para esta Sahrman, el desarrollo de las bases del sistema de movimiento y de los síndromes de alteración del movimiento, y las razones de la importancia de buscar las adaptaciones tisulares debidas a movimientos repetidos y a las posturas mantenidas que se asocian con las actividades cotidianas. Se explica el resultado del hecho de que una articulación muestre su vulnerabilidad direccional frente al movimiento. Se proponen tres modelos de sistemas de movimiento y sus diferentes relaciones con las alteraciones del movimiento. Los modelos cinesiológico, cinesipatológico y patocinesiológico (figura 4) y sus elementos e integrantes se usan para explicar el desarrollo de las alteraciones y las consecuencias de dichas alteraciones.

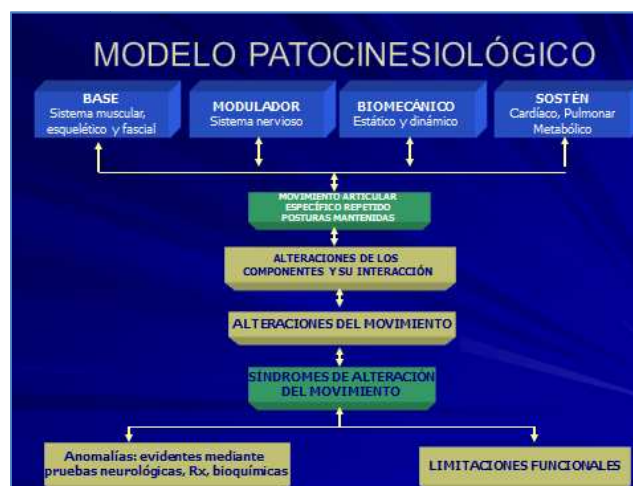


Figura 4. Modelo patocinesiológico diagnóstico de Shirley Sharmann.

Creemos que el potencial de esta autora para fomentar el uso del modelo que ella misma propone es muy importante, tanto es así, que ya hay corrientes de formación que pretenden crear grupos importantes de trabajo clínico para instaurar sus propuestas diagnóstica, pero aún es un proceso muy abierto y, realmente, tampoco cuenta con el consenso de todo el colectivo, aun siendo un modelo muy respetado.

2.2.3. Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM)

La CIDDM, documento previo al de la Clasificación Internacional de Funcionamiento de 2001 que se publicó, también por la OMS, en 1980, define tres dimensiones clave en Salud que son la deficiencia, la discapacidad y la minusvalía dentro de un modelo lineal y unidireccional de evolución⁽¹⁰⁾. Las numerosas críticas a esta clasificación debidas al solapamiento entre términos, a lo exhaustivo y al mismo tiempo “cerrado” de la clasificación, el modelo causal que establecía y la falta de incorporación de factores personales y ambientales, contribuyó a un nuevo borrador que integraba los conceptos de “participación” configurándose la *Clasificación Internacional de Deficiencias, Actividades y Participación* (CIDAP). En 1999 aparece otro borrador titulado *Clasificación Internacional del Funcionamiento y de la Discapacidad* (CIDDM-2). Esta clasificación incorpora tres aspectos para entender la Salud: primero, el nivel corporal, que comprende la clasificación para las funciones de los sistemas corporales y, otra para las estructuras corporales; segundo, la actividad de la persona; y el tercero, la participación de la persona en sus actividades de la vida diaria. También, se incluyen los factores contextuales pues influyen en estas tres dimensiones.

Tras esto y con motivo de organizar todos estos trabajos en el ámbito nacional, el 22 de noviembre de 1999 se establece en España la Red Española para la Verificación y Difusión de la CIDMM-2. A finales del año 2000, la OMS publicó otros dos borradores, uno en octubre denominado *Borrador Prefinal de la CIDDM-2*; y, el otro en diciembre del mismo año. Tras discusiones, y diversas reuniones, nació la versión prefinal consensuada de la CIDDM-2, en diciembre de 2001: *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud* (ICIDH-2)⁽⁸⁻¹⁰⁾ y que describiremos posteriormente. Este modelo, en sus diferentes formatos evolutivos históricos, nunca se consideró un modelo definitivo, pero, sin duda alguna, sirvió de base para configurar el que entendemos presenta una apuesta global, integradora y completa que es la Clasificación Internacional de Funcionamiento del año 2001 y que abordaremos a continuación. Estamos convencidos que sin la evolución de estas clasificaciones de los años 80, hubiera sido muy difícil la configuración del nuevo modelo que propone esta clasificación, aunque, realmente, no tuvo un peso específico fundamental en la configuración diagnóstica en Fisioterapia.

2.2.4. Clasificación Internacional de Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)

En la 54 Asamblea Mundial de la Salud (AMS) se aprobó la nueva versión de la CIDMM el 22 de mayo de 2001, bajo el título de *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud* (CIF), acercándose a la integración de la “familia” y la “comunidad”, distanciándose de la CIDDM. Así, surge esta clasificación, aportando un marco conceptual sólido para la definición de “salud” y de los “aspectos relacionados con la salud”, apoyada de un lenguaje común y estandarizado. La CIF ha provocado que se pase de hablar de clasificaciones de enfermedades o de las “consecuencias de las enfermedades” a establecer una clasificación sobre los “componentes de salud”.

Esta visión por componentes de Salud entre los que se integran la estructura, la función, la actividad, la participación y aspectos externos como el medio ambiente y los propios factores personales, están sirviendo de base e inspiración en algunos contextos de la Fisioterapia, lo que presupone también el interés existente en esta clasificación para desarrollo del diagnóstico de Fisioterapia ^(35-42, 44-48). Así, encontramos estudios de Fisioterapia en el ámbito del uso de la CIF en Pediatría, en Geriatría y, en general, en el tema de los procesos crónicos de Salud, procesos en los que el análisis del movimiento desde la potencial limitación funcional debe incardinarse en el análisis y la triangulación de otros elementos situados en el mismo plano de importancia, como son el nivel o grado de participación del individuo en la sociedad o la influencia de los factores externos (como las políticas sociosanitarias) para la integración de la persona en su contexto cultural. Debemos destacar que la OMS, usando la CIF como herramienta de evaluación, estima que cada año se pierden 500 millones de años de vida por causa de discapacidades asociadas a problemas de salud, cuestión de especial relevancia en Fisioterapia. Además, de la misma manera que los estados de salud se codifican principalmente mediante la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE) y que se ha ido estableciendo como marco de referencia en la clínica; así, el funcionamiento y la discapacidad que afectan a la salud, se refleja en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Los elementos fundamentales que la constituyen quedan reflejados en la tabla 1.

	<i>Parte 1: Funcionamiento y Discapacidad</i>		<i>Parte 2: Factores Contextuales</i>	
Componentes	Funciones y Estructuras Corporales	Actividades y Participación	Factores Ambientales	Factores Personales
Dominios	Funciones Corporales Estructuras Corporales	Áreas vitales (tareas, acciones)	Influencias externas sobre el funcionamiento y la discapacidad	Influencias internas sobre el funcionamiento y la discapacidad
Constructos	Cambios en las funciones corporales (fisiológicos) Cambios en las Estructuras del cuerpo (anatómicos)	Capacidad Realización de tareas en un entorno uniforme Desempeño/realización Realización de tareas en el entorno real	El efecto facilitador o de barrera de las características del mundo físico, social y actitudinal	El efecto de los atributos de la persona
Aspectos positivos	Integridad funcional y estructural	Actividades Participación	Facilitadores	no aplicable
	Funcionamiento			
Aspectos negativos	Deficiencia	Limitación en la Actividad Restricción en la Participación	Barreras/obstáculos	no aplicable
	Discapacidad			

Tabla 1. Estructura y breve definición de los elementos fundamentales de la CIF

La CIF integra las siguientes categorías: **la enfermedad**, que es todo proceso patológico asociado con un conjunto de síntomas y signos característicos e identificables; **el deterioro**, que lo concibe como la pérdida o anormalidad psicológica, fisiológica o anatómica de una estructura dentro de un órgano específico o sistema del cuerpo; **la discapacidad**, que es toda restricción o laguna de la habilidad para realizar una actividad de manera normal, o dentro de un rango considerado normal para el ser humano; y, por último, **el hándicap**, que designa una desventaja que limita o evita el normal cumplimiento de una acción. Esto es, el potencial social o las consecuencias habituales de la enfermedad, deterioro o discapacidad ⁽⁸⁾. En cuanto a los conceptos, cuando hablamos de “funcionamiento” se refiere a todas las funciones corporales, actividades y participación; el de “discapacidad” integra a las deficiencias, las limitaciones en la actividad o restricciones de la participación (tipo barreras sociales); e incluye los “factores ambientales”, que reflejan el entorno de la persona e influye en el resto. Por lo que la CIF va a clasificar a personas considerando su contexto social y personal propios para temas de salud y relacionados con ésta ^(9,10). Entendemos que, habiéndose ya desarrollado algunos estudios desde la Fisioterapia para la implementación de la CIF, aún existe un largo camino por recorrer, pues aunque se presupone el potencial clínico que presenta esta herramienta en cuanto al diagnóstico en Fisioterapia, realmente, los protocolos de codificación aún no están consensuados, adaptados y aceptados por el colectivo de Fisioterapeutas, es más, en muchos casos, aún hoy la CIF es una herramienta desconocida que forma parte únicamente del plano teórico de la concepción de la Salud.

3. OBJETIVOS

- 3.1. Describir los elementos que configuran el proceso histórico-conceptual de la configuración del diagnóstico en Fisioterapia.
- 3.2. Describir los rasgos que definen actualmente el concepto de Diagnóstico en Fisioterapia.
- 3.3. Analizar la aportación de la Clasificación Internacional de Funcionamiento para la configuración del Diagnóstico en Fisioterapia.

4. MATERIAL Y MÉTODO

Diseño del estudio: revisión bibliográfica siguiendo los criterios de Politz y Hungler⁽⁵³⁾, usando la información de las fuentes según los criterios de la Tabla 2.

CLASE DE INFORMACIÓN	Función de la revisión			
	Fuente de ideas para la investigación	Información acerca de lo que se sabe	Contexto conceptual	Enfoque de la investigación
<i>Resultados de investigación</i>	X	X	X	X
<i>Explicaciones teóricas</i>	X	X	X	X
<i>Metodología</i>	X	X		
<i>Opiniones y puntos de vista</i>	X		X	X
<i>Anécdotas e informes clínicos</i>	X		X	

Tabla 2. Síntesis del uso de los diferentes tipos de información para la revisión bibliográfica en este estudio.

Para la búsqueda de las **fuentes primarias** se han utilizado los descriptores: “diagnosis” and “physical therapy” / “diagnosis” and “international classification of functioning disability and health” and “physical therapy”, implementando los criterios de inclusión y exclusión que recogemos en la tabla 3.

La secuencia de búsqueda y los criterios utilizados, así como los resultados obtenidos, se sintetizan en el diagrama de flujos que aparece en la figura 5. Los artículos más importantes seleccionados son descritos en la tabla 4 considerando sus objetivos principales, metodología y resultados obtenidos.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
- Artículos publicados entre el 1 de enero de 2002 y el 30 de marzo de 2014.	- Estudios realizados en el contexto sanitario, social o educativo sin inclusión de la Fisioterapia.
- Idiomas: inglés y español.	- Contenidos del artículo centrado en clasificaciones previas a la Clasificación Internacional de Funcionamiento.
- Estudios de metodología cualitativa o cuantitativa.	

Tabla 3: Criterios de selección para la revisión de la literatura

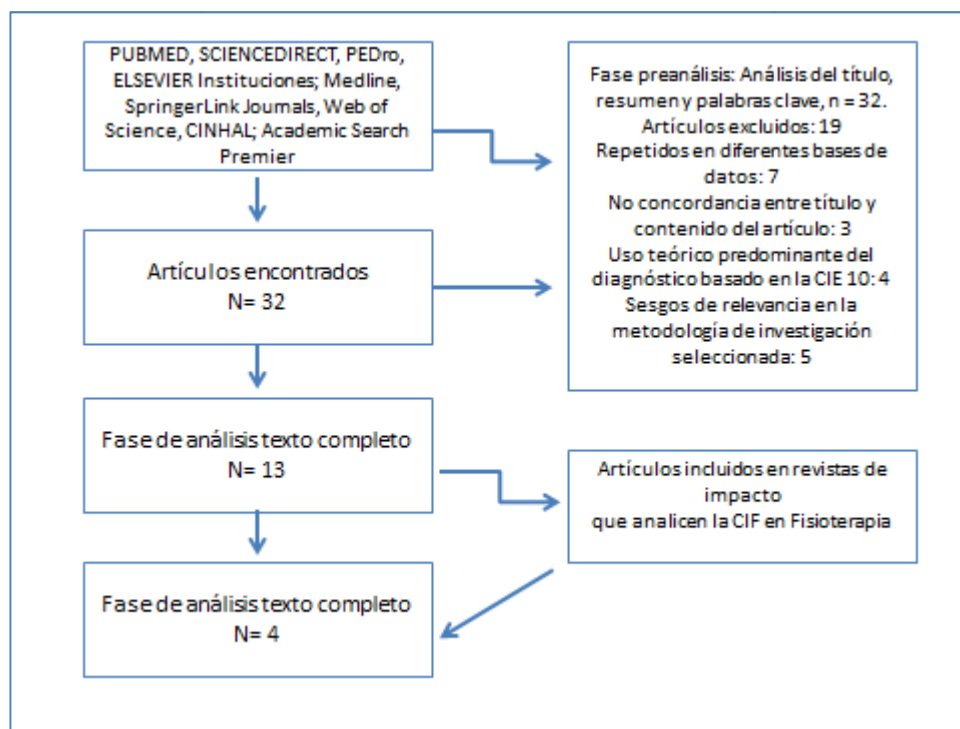


Figura 5. Diagrama de flujo con la estrategia de búsqueda de la literatura

Para la búsqueda de las **fuentes secundarias**, además, se han consultado las bases de datos disponibles en la Biblioteca de Ciencias de la Salud de la Universidad de Sevilla, la Universidad de Granada y la Universidad Complutense de Madrid, así como la base de datos TESEO, publicaciones periódicas especializadas de Fisioterapia, los archivos históricos de la Asociación Española de Fisioterapeutas y de varios colegios profesionales de distintas comunidades autónomas.

Revista/año	Título artículo	Autores	Palabras clave	Objetivo/s	Metodología	Problema inicial	Principales Resultados
Physical Therapy 2002	Use of the ICF model as a clinical problem-solving tool in physical therapy and rehabilitation medicine.	Steiner WA, Ryser L, Huber E, Uebelhart D, Aeschlimann A, Stucki G.	Comunicaciones; CIF; Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud; relaciones interprofesionales; cuidado centrado en el paciente; resolución de problemas.	Presentar el constructo teórico que subyace del "RPS-Form" (una hoja de datos basada en el modelo de clasificación de la CIF, que es diseñada para contener las perspectivas del paciente y el enfoque sanitario del profesional) y mostrar su uso en el proceso de Rehabilitación.	Estudio de un caso (mujer con 49 años que sufre el síndrome de dolor crónico a nivel cervical y dorsal). Para el abordaje de este caso siguen los pasos del RPS-Form. Cada uno de estos representa un modelo instantáneo del funcionamiento del paciente y discapacidades.	Tras expresar el caso aplicando RPS-Form, se expone un "modelo de caso" explícito y elaborado de forma interdisciplinaria, con tres caminos distintos que han podido provocar el problema.	La clave de una rehabilitación exitosa radica en la comprensión de la relación entre los problemas y los componentes que les afecta y los direcciona. Así, los autores creen que debería estandarizarse los términos de la clasificación de la CIF.
Physical Therapy 2008	Interrater reliability of the extended ICF core set for stroke applied by physical therapists	Starrost K, Geyh S, Trautwein A, Grunow J, Ceballos-Baumann A, Prosiegel M, et al.		Estudiar el acuerdo entre las calificaciones de los dos fisioterapeutas del funcionamiento de los sujetos con la clasificación de la CIF ampliada para casos de ictus. Explorar las relaciones entre el acuerdo y la confianza y el acuerdo en relación con las áreas de competencias básicas de los fisioterapeutas.	Un estudio monocéntrico, transversal de fiabilidad, realizado en un hospital de Múnich. N= 30 sujetos con ictus. Dos fisioterapeutas expertos en CIF y con más de 5 años en experiencia en neurorehabilitación aplicaron 166 categorías de la CIF.	La aplicación práctica de la CIF en el campo de la Neurorehabilitación, tiene importantes hándicaps, siendo el principal las numerosas categorías (1400).	El acuerdo entre los dos fisioterapeutas era moderado en todos los juicios. La CIF ampliada para ictus contiene 56 categorías identificadas como competencias básicas del fisioterapeuta (110 no lo eran).
Physiotherapy 2011	Impact of using the ICF framework as an assessment tool for students in paediatric physiotherapy: A preliminary study.	Jelsma J, Scott D.	CIF; Fisioterapia; Educación; Valoración clínica.	Determinar si el asesoramiento clínico, realizado por estudiantes de Fisioterapia, de los niños con problemas neurológicos, era mejor usando la clasificación de la CIF.	Auditoría pragmática de la práctica, de tipo retrospectivo. Los estudiantes de tercer año de Fisioterapia tuvieron que realizar los asesoramientos a los niños. Estos se evaluarían con una hoja de resultados de puntuación máxima 5, realizada por dos evaluadores externos y de forma cegada.	Los estudiantes, para ese fin, necesitan conocer cuáles son las necesidades de los pacientes, analizarlas y qué problemas las causan; así como, elegir y aplicar las técnicas oportunas.	Parece que en el grupo de los estudiantes del año 2009 usaron el marco de la CIF para asesorar pacientes y fueron capaces de incluir más información relacionada con el funcionamiento en sus asesoramientos y, por tanto, suponiendo un enfoque más holístico.

Physical Therapy 2006	Identification of intervention categories for physical therapy, based on the international classification of functioning, disability and health: A delphi exercise.	Finger ME, Cieza A, Stoll J, Stucki G, Huber EO.	Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud; Intervención; Fisioterapia.	Identificar las categorías de la CIF que describen los problemas más relevantes y comunes en la Fisioterapia en estadios agudos, rehabilitación y cuidados de salud comunitarios, que incluyan a: condiciones músculo-esqueléticas, neurológicas e internas.	Una encuesta tipo Delphi, enviada mediante vía e-mail a 9 grupos diferentes de fisioterapeutas (tres rondas).	Los fisioterapeutas pese a que tienen lugar en el equipo multidisciplinar, y sus intervenciones complementan a las médicas y las quirúrgicas, no se usa una terminología común; barrera para comunicación.	Se obtuvo un 80% o más en los niveles de consensos en todas las categorías de todos los componentes de la CIF.
------------------------------	---	--	--	--	---	--	--

Tabla 4. Enumeración y descripción de los artículos sobre CIF y Fisioterapia seleccionados.

5. RESULTADOS y DISCUSIÓN

5.1. Elementos que configuran el proceso histórico-conceptual de la configuración del diagnóstico en Fisioterapia.

La Fisioterapia, desde el inicio de su trayectoria académica y su proceso de profesionalización (en España, desde el año 1957), ha desarrollado un cuerpo de conocimientos sólido que ahora, iniciando de forma significativa la etapa científica, está adquiriendo un gran valor de evidencia que ya no tiene marcha atrás, pues la Fisioterapia Basada en la Evidencia es el futuro inmediato^(6, 7, 22). Del mismo modo, **el diagnóstico de Fisioterapia ha sido objetivo de investigación por algunos autores desde hace relativamente poco tiempo^(1, 13), aunque esto es una cuestión variable dependiendo del país donde contextualicemos el análisis de la Fisioterapia**, pues en países que han vivido la Fisioterapia siempre desde la autonomía disciplinar y profesional, ha sido más fácil hablar de Diagnóstico en Fisioterapia. En España, habiendo estado históricamente vinculados a los estudios de Enfermería hasta 1980, la situación ha sido más compleja. Recordemos que en estos años 80 estaban muy presente en el tema de los diagnósticos los modelos de Wood y de Nagi⁽¹⁴⁾ que habían sido descritos en décadas anteriores y que, en gran medida, estos modelos que categorizan la salud y que hacen que la limitación funcional y la discapacidad adquiera una nueva identidad, marcarán también la trayectoria de los distintos modelos diagnósticos.

En 1984 la Asociación Americana de Terapia Física (APTA) dijo que “los fisioterapeutas podemos establecer un diagnóstico dentro del alcance de nuestros conocimientos y experiencia” ⁽¹⁾; además, lo definió como una práctica pertinente de la Fisioterapia. Sin embargo, este hecho de etiquetaje por parte del fisioterapeuta, no tiene la suficiente evidencia científica que lo respalde, y aún hoy día, todavía hay autores que cuestionan la capacidad de que el fisioterapeuta haga diagnósticos y de ponerlos en práctica⁽⁵⁾, lo que indica claramente que no se tiene claro aún qué es el diagnóstico, pues entendemos que sólo los fisioterapeutas pueden identificar y hacer juicios críticos en Fisioterapia. Sin embargo, el número de publicaciones sobre temas diagnósticos en Fisioterapia es mucho menor, en comparación con la eficacia de determinados métodos, procedimientos y técnicas en distintos procesos de salud. No obstante, **se está dando un crecimiento en la literatura sobre el cuerpo de materia diagnóstica en Fisioterapia, fundamentalmente, los diagnósticos de Fisioterapia sobre el sistema músculo-esquelético y, más concreto, de dolor lumbar** ⁽⁴⁵⁻⁴⁸⁾.

Después de la declaración de la APTA, la literatura científica ya hablaba de que los fisioterapeutas habían recibido la aprobación social, no exclusiva, para identificar y abordar problemas neuromusculares, músculo-esqueléticos y cardiopulmonares. Y es, además, por esta amplia cartera de servicios donde la Fisioterapia tiene un rol importante, por lo que se sugiere que el proceso de desarrollo y aprobación de la taxonomía requerirá recursos muy extensos. Además, el proceso de hacer diagnóstico no es secuencial, ni unidireccional, sino que su construcción se va ir realizando en base al desarrollo de nuevas hipótesis que eliminen hipótesis previas a medida que haya más información disponible. **En España, la ley 528 de 1999 ya recogía que “siempre que el fisioterapeuta desarrolle su trabajo profesional, con individuos o grupos, es su obligación partir de una evaluación integral, destinada a establecer un diagnóstico fisioterapéutico, como fundamento de su intervención profesional”** ⁽¹⁾.

En este estudio, queremos vincular la legislación que ya se ha desarrollado en nuestro país en relación a la implementación diagnóstica con las grandes expectativas que asociaciones como la APTA esperan para 2020, y las mismas que los fisioterapeutas deseamos, por ejemplo, una accesibilidad más espontánea y fácil a los servicios de Fisioterapia. **Desde 1995 ya se trabaja en la idea de que el fisioterapeuta sea “puerta de entrada” en los servicios sanitarios, siendo ya un número de fisioterapeutas importante con capacidad para prestar asistencia primaria, número que va en aumento, sin un previo filtrado de una evaluación médica** ^(11, 12, 16). Y si bien es cierto que en los momentos actuales de crisis sociosanitaria pudiera verse mermada esta

idea, no es menos cierto que hay grupos de trabajo a nivel nacional e internacional que siguen trabajando en esta línea, pues hay países, como Suecia o Alemania que tienen claramente instaurada esta figura. Así, como vemos, se vincula en gran medida el desarrollo diagnóstico en fisioterapia con el hecho de ser “puerta de entrada” en los servicios sanitarios, porque, realmente, desde el ejercicio libre de la profesión, la tradición de la valoración diagnóstica está más instaurada, sin embargo, no existe un consenso taxonómico, aunque sí una mayor responsabilidad y compromiso con el diagnóstico. Las limitaciones ante el acceso directo a los servicios de Fisioterapia, suponen un obstáculo para la realización de un diagnóstico de Fisioterapia o diagnóstico funcional.

Y es que, en gran medida, la década de los noventa fue clave para iniciar diferentes procesos de investigación en el contexto del diagnóstico en Fisioterapia. En un primer momento, Rose SJ⁽¹⁷⁾ conceptualiza el proceso de diagnosis en Fisioterapia vinculándolo con los roles del fisioterapeuta y sus distintas funciones profesionales, siendo Heerknes Y. et al⁽¹²⁾ la que abunda en el concepto de diagnóstico intentando establecer una implementación dentro del modelo previo a la Clasificación Internacional de Funcionamiento, es decir, dentro de un modelo lineal del que, partiendo de la anomalía se llega a categorías como la limitación funcional o la discapacidad, aunque ella misma, en artículos posteriores, rebate alguno de estos argumentos previos, considerando que el modelo lineal es limitado y restrictivo, es más, sus experiencias con la implementación de los códigos CIF en el ámbito de la pediatría han sido algunas de sus aportaciones más significativas en décadas posteriores.

Rose SJ⁽¹⁷⁾, además, investigó sobre el diagnóstico de Fisioterapia en el contexto político-legal de la Fisioterapia, para poder demostrar que éste es diferente al diagnóstico médico y que no hubiese cambios en los objetivos del médico en cuanto a diagnosticar la enfermedad, dejando claro que los fisioterapeutas no tenemos intención de realizar diagnósticos médicos, pues nuestra línea diagnóstica no es sobre la anomalía en sí misma, sino sobre los deterioros, disfunciones, limitaciones funcionales y discapacidades de las personas, es más, también deberíamos considerar otros elementos de carácter ambiental y personal. Por ello, la CIF es una propuesta que debemos considerar de forma seria, pues nos alejaría de modelos más antiguos que relacionan sí o sí la limitación funcional con una anomalía previa de forma causal y lineal, cuando sabemos que hay muchos problemas de salud que desde la medicina no son objetivables como una anomalía o patología, sin embargo, cursan con clínica, en muchos casos, grave y durante un tiempo prolongado.

Sin duda, uno de los autores más referenciados en el ámbito del diagnóstico en Fisioterapia ha sido E. Viel⁽¹²⁾; pues su propuesta sobre como conceptualizar, realizar y aplicar el diagnóstico en Fisioterapia tanto en el ejercicio libre como en la práctica hospitalaria, fueron un referente a finales de los noventa. Sin embargo, en gran medida, las aportaciones de Viel se centran en el ámbito de la determinación y establecimiento de un proceso de valoración en Fisioterapia exhaustivo, sin embargo, tras este proceso, no se delimitaban las categorías diagnósticas de forma explícita. A pesar de las limitaciones de su propuesta diagnóstica, debemos decir que Viel ha sido un referente a través de un modelo de trabajo basado, fundamentalmente, en la completa valoración analítica y funcional del individuo.

Además, a finales de los ochenta y principios de los noventa, también debemos destacar el cuidadoso trabajo que ya empezaba a presentar y desarrollar Sahrman⁽²⁰⁾ desde su análisis sobre la especial relación y comunicación que existía entre el fisioterapeuta y el paciente y cómo era fundamental y requisito previo el diagnóstico antes del tratamiento. Su preocupación sobre el diagnóstico está presente desde estos momentos y hasta la actualidad, y hay muchos autores que piensan que en sus propuestas diagnósticas están las opciones más claras y con mayor evidencia de trabajo en Fisioterapia. Además de Sahrman, a principios de los noventa, Guccione⁽²¹⁾ y Dekker⁽²⁶⁾ suponen un paso adelante en la adaptación de los nuevos conceptos de salud al proceso de intervención en Fisioterapia, conceptos que buscan respuestas fuera del modelo biomédico y que incentivan la investigación necesaria para alcanzar los objetivos pertinentes en materia diagnóstica. Por tanto, desde principios de los noventa se empieza vislumbrar esta vertiente de evidencia imprescindible en los procesos de valoración en Fisioterapia que deben culminar con la taxonomía diagnóstica.

Quizá uno de los conceptos más importantes en el proceso diagnóstico en Fisioterapia es el razonamiento clínico. Autores como Doddy C y McAteer M⁽¹⁵⁾ analizaron las dimensiones de análisis que fisioterapeutas expertos y más noveles utilizaban para establecer los criterios diagnósticos en Fisioterapia. Sin duda alguna, estos autores entendían que la experiencia clínica y la formación continuada podían influir en la certeza diagnóstica tras un proceso de razonamiento clínico, aunque no encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a los resultados diagnósticos, teniendo en cuenta que sólo se enmarcaron estas actuaciones en problemas de salud de tipo traumatológico y ortopédico.

Asimismo, la responsabilidad diagnóstica asociada al fisioterapeuta es algo que realmente tiene sentido en modelos donde la autonomía profesional es explícita y está amparada también por la legislación. Sahrman⁽¹⁹⁾ ya ponía de manifiesto que aunque el diagnóstico de Fisioterapia es una realidad, no lo es para todos, y que, en gran medida, los fisioterapeutas no cumplían con su responsabilidad de implementar y registrar el diagnóstico, ni siquiera en temas en los que está especialmente, según esta autora, especializado, como son los problemas ortopédicos y traumatológicos. Luego, entendemos, que no sólo hay que legislar y desarrollar modelos teóricos, sino que hay que buscar la forma de lograr cambios cualitativos que cambien la cultura existente en relación con la no realización del diagnóstico por parte de los fisioterapeutas.

En este proceso de configuración diagnóstico, es necesario discernir entre los términos evaluación y diagnóstico se han tratado de forma indistinta en la literatura, lo que creemos puede fomentar el error conceptual. Autoras como Sahrman considera la definición de evaluación como “determinar o fijar los valores de algo” mientras que el diagnóstico se define como el “conjunto de signos y síntomas importantes”⁽¹⁸⁾. Según Sahrman, la falta de una definición general sobre diagnóstico está retrasando el desarrollo de esquemas de clasificación diagnósticos. Jette⁽²⁹⁾ se refiere a la evaluación como la determinación de la naturaleza del fenómeno clínico mediante exámenes y clasificación⁽²⁹⁾, distinguiendo la taxonomía diagnóstica como un elemento más profundo y concreto. En gran medida, las definiciones de Sahrman parecen estar ampliamente aceptadas centralizando el diagnóstico en Fisioterapia en modelos patocinesiológicos de carácter funcional global^(19, 20).

Sahrman y Gorgon^(19, 34) definieron las posibilidades y contenido del diagnóstico de Fisioterapia. Así, decidieron hacerlo según los límites externos de la profesión y no según las tareas del profesional. De esta forma, el programa de los criterios de clasificación diagnóstica deberá ajustarse a los límites de la profesión, las medidas y pruebas usadas para la validación del diagnóstico tienen que estar concebidas dentro de las competencias legales de la profesión y, finalmente, la etiqueta particular usada para categorizar la condición del paciente deberá de implicar a los procedimientos del tratamiento propios de la Fisioterapia y de nuestro marco legal.

Por otro lado, ser fisioterapeuta especializado en alguna materia concreta, parece que fomenta la elaboración de un diagnóstico propio y acertado. Destacados son los estudios sobre diagnóstico en Fisioterapia en el ámbito de la Ortopedia^(23, 27), donde no solamente

dejan muy claro que los fisioterapeutas pueden y deben realizar un diagnóstico, sino que, además, estos diagnósticos se ajustan en gran medida al problema real que presenta el paciente.

Además, también podemos decir, en relación con el diagnóstico médico y el proceso de intervención en Fisioterapia, que el médico tiene la responsabilidad de proporcionar un diagnóstico médico lo más exacto posible, y comunicar dicho diagnóstico, en el ámbito de la anomalía y establecido con sus herramientas concretas, tanto al paciente como al fisioterapeuta⁽³¹⁾. Sin embargo, conocemos que en muchas ocasiones se derivan a fisioterapia pacientes con diagnósticos confusos, generalistas, poco específicos que, sin duda alguna, poco ayudan a entender el proceso de enfermedad del paciente, valga como ejemplo los famosos diagnósticos de “lumbalgia, cervicalgia, dorsalgia, coxalgica, gonalgia, etc”, que de forma frecuente vemos escritos en las Historias Clínicas de muchos pacientes en Atención Primaria y Atención Especializada en España. A esto, debemos añadir, que si no existe una oportuna derivación en el momento adecuado, lo que a veces supone ciertas controversias diagnósticas en las que el proceso de atención en Fisioterapia, en muchos casos, se ve mermado de calidad. Un diagnóstico médico no quirúrgico, en cierta medida y en determinadas ocasiones suele tener escaso valor para el fisioterapeuta a la hora de tomar una decisión acerca del tratamiento de Fisioterapia más indicado para el paciente. Esto suele ser debido, a la inexactitud del diagnóstico médico, limitándose a indicar los síntomas, el mecanismo de lesión o el área de dolor. Por tanto, sólo con una valoración detallada del paciente, un análisis profundo de la información obtenida en dicha valoración y la posterior elaboración de un buen diagnóstico de Fisioterapia proporcionarán unos datos más detallados de la patología y, simultáneamente, asegurarnos una eficacia del tratamiento fisioterapéutico.

La realización de un diagnóstico diferencial por parte del fisioterapeuta, según Jette et al.⁽²⁹⁾, es muy importante ante diagnósticos médicos generalistas, y además, esa responsabilidad del médico acerca del diagnóstico diferencial, no debe ni puede eliminar la del fisioterapeuta de asegurarse de que el diagnóstico médico sea correcto y que la consulta y los servicios de Fisioterapia estén realmente indicados⁽⁶⁾, sosteniendo este autor también que los fisioterapeutas suelen tomar las decisiones correctas cuando se trata del diagnóstico de problemas músculo-esqueléticos y susceptibles de tratamiento fisioterapéutico. Por otro lado, en muchas ocasiones, existe consenso entre diagnósticos médicos y fisioterapéuticos. Moore et al.,⁽³⁰⁾ comprobaron que entre las decisiones⁽³⁰⁾ de los fisioterapeutas y los cirujanos ortopédicos no existían diferencias cuando se referían a lesiones músculo-esqueléticas. No

obstante, un estudio reciente afirma que el fisioterapeuta se preocupa más porque su intervención se origine de un diagnóstico adecuado. Tanto es así que, progresivamente se ha ido instaurando una estrategia de medición denominada “laboratorio de marcha y de análisis de movimiento”, que facilite el diagnóstico y tratamiento en Fisioterapia⁽²⁴⁾. Precisamente, es la objetividad de estas actuaciones y herramientas las que favorecerán el curso favorable y científico de la Fisioterapia^(7, 22).

En este sentido, algunos autores afirman que la Fisioterapia vive en la actualidad una fase de crecimiento, debiendo imitar el éxito de la Medicina, por ejemplo, en su clasificación internacional de enfermedades (CIE 10), mediante la puesta en práctica de nuestras capacidades clínicas, conocimientos e inteligencia, para el desarrollo de las categorías diagnósticas concretas de nuestra disciplina. Rose⁽¹⁷⁾ apoya que los esfuerzos destinados a esta tarea, permitirán el desarrollo de una tecnología más sofisticada para la gestión de los registros en Fisioterapia, registros que incluyan también los diagnósticos funcionales. Mejores programas de análisis y software, con una utilidad renovada, así como métodos más poderosos con capacidad de identificar rápidamente las clasificaciones de los datos clínicos. Jette^(29,32) puntualiza, no obstante, que no se puede desarrollar un sistema de las observaciones hasta que no hayamos pasado por esa larga etapa de análisis conceptual y consenso de forma progresiva y sistemática⁽¹⁶⁾. En esta línea, Bronowski afirmaba que *“una ciencia la cual ordena sus pensamientos demasiado pronto, está ahogada”*. En lo que no hay duda es que el fisioterapeuta debe de ser capaz de clasificar todos los datos obtenidos durante las valoraciones objetivas y subjetivas para llegar a un diagnóstico que facilite la creación de un plan de tratamiento racional. Además, el hecho de no tener una tecnología desarrollada para diagnóstico de Fisioterapia, es una ventaja actualmente en el estado en que se encuentra la Fisioterapia en “evolución”. Puesto que, como dijo Sharmann⁽²⁰⁾, la carencia de esta nos permite a los fisioterapeutas demostrar nuestras habilidades en materia de diagnóstico.

Desde que el proceso de clasificación de datos clínicos fue definido en el contexto del método científico para establecer un diagnóstico, se provocaron ciertas inquietudes entre los fisioterapeutas, siendo el objetivo final la asignación de un nombre significativo y descriptivo para cada categoría de la clasificación, resulte una taquigrafía específica. Casi la totalidad de los autores consultados sostienen que esta taxonomía característica favorece la comunicación entre profesionales, además de que el hecho en sí mismo de aportar una determinada denominación ante un problema de salud hace percibir seguridad y confianza tanto al profesional como al paciente^(31, 33, 34). **Pero Jette et al⁽²⁹⁾ señalaban que las clasificaciones de**

las distintas categorías de salud son pobres para las necesidades de la Fisioterapia pues están basadas, en gran medida, en el diagnóstico de la patología/anomalía/enfermedad; o sea, en diagnósticos médicos. De hecho, Meroño ⁽²²⁾ encuadra a la Fisioterapia en un punto primitivo de la Ciencia, de forma que afirma que la Fisioterapia continua estando impregnada de subjetividad en muchas de sus etapas de análisis. Esto es debido a que basa muchas de sus actuaciones en el conocimiento común y en las etiquetas médicas previas. Muchas de las pruebas clínicas de exploración que se utilizan en Fisioterapia derivan directamente de las evaluaciones y diagnósticos de los médicos; de hecho, antes los fisioterapeutas basaban su actuación en diagnósticos realizados por otros profesionales sanitarios y, por consiguiente, una intervención basada en la etiología de la patología y no en la funcionalidad y características del movimiento, especialmente de patrones funcionales que permitan el desarrollo de capacidades. Con lo cual, a parte de dotar esta actuación en Fisioterapia como subjetiva, es insuficiente para el planteamiento de un plan terapéutico completo e idóneo. Esto, sumado al empirismo, en general, de nuestras actuaciones terapéuticas, enfatizan las lagunas en la literatura científica de nuestra práctica clínica. Y, como dice Meroño, aunque la experiencia clínica sea tenida en consideración en nuestro quehacer clínico, no debe de suponer el fundamento de nuestras actuaciones.

Sin duda alguna, el análisis de los procesos diagnóstico en todas las áreas sanitarias y sociales viene determinado por la publicación de la CIF en el año 2001, periodo que describiremos en el tercer apartado de resultados y que, en gran medida, supone una nueva etapa de actuación e investigación en Fisioterapia que aún está por descubrir.

5.2. Rasgos que definen actualmente el concepto de Diagnóstico en Fisioterapia.

Las definiciones acerca de diagnóstico son diversas, desde las más generales, que de forma global hablan del diagnóstico como la denominación que se le da un conjunto de signos y síntomas importantes; hasta otras más concretas, como la de Sahrman, que afirma que el ***“diagnóstico es el término que denota a la disfunción primaria hacia la cual los fisioterapeutas van a dirigir el tratamiento. La disfunción es identificada por el fisioterapeuta basada en la información obtenida desde la historia de la enfermedad, signos, síntomas, exámenes y test físicos que el mismo fisioterapeuta ejecuta o solicita*** ⁽¹⁸⁻²⁰⁾”. Esta definición de Sahrman fue la primera que se hizo para el concepto de diagnóstico fisioterápico en 1988 y que se considera una definición aceptada y reconocida por la comunidad internacional de fisioterapeutas. Esta última definición es específica pero, a la vez, lo suficientemente amplia

como para poder acoger futuras incorporaciones de especialidades de Fisioterapia, técnicas o test de valoración; no refleja la exclusividad del diagnóstico de Fisioterapia, al carecer de etiquetas diagnósticas en Fisioterapia y, además, esta definición expresa de manera implícita los roles y las funciones del diagnóstico de Fisioterapia, pues **los fisioterapeutas no diagnosticarán ninguna patología que esté fuera de la posibilidad de detectarla con las herramientas diagnósticas de la Fisioterapia.**

Otros autores, como Capurro y Rada⁽²⁸⁾, definen el diagnóstico como un **proceso inferencial, a raíz de un cuadro clínico, cuyo contenido define la enfermedad acontecida en una persona.** Así, en un cuadro clínico de un paciente confluyen tres vertientes: **síndrome**, que se define como el conjunto de síntomas y signos que presenta el paciente a raíz de la enfermedad; **enfermedad**, entendida como tal, **y contexto**, donde se integra el ambiente social, económico y psicológico de la enfermedad.

La Asociación Americana de Terapia Física (APTA) definió el **diagnóstico** de Fisioterapia según una etiqueta que abarca un grupo de signos y síntomas, síndromes o categorías, **con el objetivo de guiar al terapeuta físico en la determinación de la mayoría de estrategias apropiadas de intervención para cada paciente** ⁽¹⁾.

La definición proporcionada por la **Ley 528 de 1999**, dice que el **diagnóstico fisioterapéutico se refiere a la determinación de las capacidades y/o discapacidades, deficiencias y limitaciones funcionales como resultado de una enfermedad, lesión, intervención quirúrgica u otras condiciones de salud directamente relacionadas con el campo específico.** Esta definición está asociada a los conceptos más tradicionales y lineales, previos a la publicación de la CIF que, en gran medida parten de la conceptualización diagnóstica en el marco de la anomalía.

El Comité Permanente de Unión para la Fisioterapia también aporta su definición: ***“Diagnóstico establecido por el fisioterapeuta que le dará las indicaciones sobre las cuales basar su programa de intervención y sus modalidades de aplicación”.*** Y, también, los fisioterapeutas holandeses lanzaron a Europa la definición acerca del diagnóstico de Fisioterapia en la que consideraban que *“el diagnóstico es el juicio profesional de un fisioterapeuta sobre el estado de salud de un enfermo, partiendo de la observación del proceso patológico subyacente y de elementos anexos constituidos por los datos aportados con la llegada del paciente, el historial de su enfermedad, los datos que se deducen del examen médico y demás elementos médicos y psicosociales”.* Una definición que aboga claramente por

la interdisciplinaridad, pero que no representa realmente el concepto de diagnóstico en Fisioterapia.

Así, parece ser que todas las definiciones van encaminadas a lo que se pretende en Fisioterapia y que nos diferencia de otros profesionales sanitarios, que es la capacidad de identificar el movimiento patológico, partiendo de los conceptos globales de movimiento global y funcional. Del mismo modo, hacer un diagnóstico en Fisioterapia es la expresión de nuestras habilidades y conocimientos para identificar los problemas mecánicos, que no sean sistemáticos, y la causa de la sintomatología en cualquier estructura del cuerpo.

Además de los conceptos en sí mismos, también se habla en relación con el Diagnóstico de la de las **clasificaciones diagnósticas**, es decir, de lo que se entiende por taxonomía. Un término que aún puede resultar extraño en Fisioterapia, pero que lleva siendo usado durante tiempo en otras ciencias con mayor recorrido, como por ejemplo, la Biología. El objetivo de las taxonomías en Fisioterapia es que éstas reflejen las consecuencias de la enfermedades, incluyéndose las interacciones de la enfermedad con el medio ambiente y las del paciente con el proceso de Salud-Enfermedad.

Respecto a la conceptualización, debemos decir que los términos de “evaluación” y “diagnóstico” no significan lo mismo ^(1, 20, 21). La evaluación es *“determinar o fijar valores de algo”* o *“el proceso de recogida de informaciones subjetivas y objetivas, la suma de las observaciones y medidas acumuladas que sirven para establecer la etapa siguiente o para reformular los objetivos del tratamiento.”* Y, como llevamos viendo hasta ahora, el diagnóstico es un proceso complejo que requiere reflexión y planificación, y que permite combinar dos realidades: las mediciones de los balances y las lecciones de la experiencia que constituyen el sentido clínico.

Es interesante, en el concepto de definición diagnóstica, subrayar los pasos definidos para elaborar un diagnóstico en Fisioterapia. Así, y en primer lugar, debemos abordar la formulación de hipótesis diagnósticas. Para ello, se han definido distintos métodos en función del contenido o temática que se va a bordar. Se distinguen la aproximación gestáltica al diagnóstico, con el cual el médico se hace una imagen en su mente de lo que le ocurre a su paciente tras conocer los síntomas y signos. Para obtener resultados adecuados con este método, se precisa la experiencia del médico. Otra forma de elaboración de hipótesis es **mediante la heurística**, que se trata de asignar probabilidades de manera subjetiva, y se hace

en función a tres principios heurísticos que son la representatividad de los casos, la disponibilidad, y el tercer principio, el anclaje y ajuste, donde se estima una probabilidad inicial (ancla), que después puede estar sujeta a cambios con la nueva información. Sin embargo, en Fisioterapia aplicar un proceso de búsqueda como la heurística, esto es al azar, no se aconseja, pues no nos asegura la elaboración de un diagnóstico adecuado. Es imprescindible que el fisioterapeuta que diagnostica tenga cierta predicción mental y le permita adelantarse, en cierto modo, a los acontecimientos. **El tercer método de generación de hipótesis es el de la probabilidad previa o prevalencia del cuadro**, con una probabilidad previa que es el pretest, el test sería la información nueva encontrada y el posttest es la nueva información que ha sido modificada por el test. **En segundo lugar, se afrontará el proceso de refinamiento de las hipótesis diagnósticas**, una vez recopilada toda la información, permitiendo ya discriminar entre hipótesis. En este punto, también se realiza el pretest-test-posttest, para valorar la nueva información que se incorpore. **En tercer lugar y último lugar, tiene lugar la verificación del diagnóstico**, para lo cual se necesitan unos niveles de certeza, conocidos como “umbrales de decisión”. Otro es el “umbral terapéutico” que indica que los valores por encima de este no se consideran necesarios para realizar nuevos tests. Y el “umbral de estudio adicional” o “umbral diagnóstico”, aquel por debajo del cual no se requieren más test por estimar que la probabilidad es tan baja que no se justifica. Estos umbrales varían, no obstante el proceso será eficiente cuidando la correcta estimación de la probabilidad pretest y un adecuado conocimiento acerca del rendimiento de los test usados ^(13, 17, 28).

Las **ventajas de estandarizar un sistema de clasificación diagnóstica** son diversas. En primera instancia es importante clarificar las intervenciones apropiadas para cada grupo de pacientes, para lo cual se necesitaría previamente unos criterios de homogeneidad, y, así, el uso de unas categorías diagnósticas consistentes permitirá a los investigadores manejar una gran cantidad de datos, proporcionando evidencia que apoye las intervenciones fisioterapéuticas. También, enseñar un marco común de diagnóstico a los estudiantes y futuros fisioterapeutas, mejorará la educación en Fisioterapia, facilitando el desarrollo de fisioterapeutas que diagnostiquen ^(19, 25).

Con respecto a los **requisitos para la elaboración de un buen diagnóstico, éste precisa de objetividad, homogeneidad y fiabilidad** ^(28, 31, 38). La objetividad, se consigue estableciendo una descripción precisa de los signos y síntomas, y mediante el uso predeterminado de análisis del movimiento humano. La homogeneidad, se logra agrupando los casos parecidos en los que el plan terapéutico sea similar para todos y, si acaso, modificar características objetivas que

distinguen a un paciente de otro; también puede conseguirse la homogeneidad mediante el uso de categorías específicas para el análisis de los movimientos humanos. El objetivo final de la homogeneidad en el diagnóstico es reducir al mínimo la variabilidad inter-observadores. Y, por último, la fiabilidad se afirma cuando diferentes profesionales, utilizando el mismo aparato de medida en el mismo paciente y en el mismo estadio de la evolución, deberían obtener resultados similares o los mismos.

Por tanto, como **el diagnóstico de Fisioterapia se basa fundamentalmente en las disfunciones en el movimiento de las personas**, son importantes las condiciones y características relacionadas con el movimiento corporal humano y, así mismo, establecer categorías específicas que comprendan al sistema músculo-esquelético, sistema tegumentario, sistema neuromuscular, cardiovascular y pulmonar. Son a estas categorías a las que un buen diagnóstico de Fisioterapia dará respuesta en cada paciente.

La suma de todo puede servir para el avance y consolidación de la profesión ^(6, 7, 22) de la mano de la evidencia científica, más incluso que para la institucionalización del propio diagnóstico de Fisioterapia, determinando nuestra idiosincrasia e identidad profesional en el contexto de las demás profesiones sanitarias.

5.3. Aportación de la Clasificación Internacional de Funcionamiento para la configuración del Diagnóstico en Fisioterapia.

En relación con el uso de la CIF para la realización del Diagnóstico en Fisioterapia, Jette ⁽¹⁶⁾ destaca la relevancia de la “Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud” (*International Classification of impairments, disabilities and handicaps -ICIDH-*), como una fórmula para que nos facilite la clasificación según la función clínica de los órganos específicos y del sistema del cuerpo, la función individual, y las relaciones entre el individuo y su medio ambiente. En especial, Jette señaló tres importantes aspectos de los que resultaría un diagnóstico de Fisioterapia aceptado profesional y legalmente: las deficiencias, las discapacidades y los hándicaps. Es por este motivo, por el que hay un punto y aparte que, aunque todavía poco definido claramente, marca una tendencia en la toma de conciencia de una clasificación de reconocimiento internacional. Así, el diagnóstico de Fisioterapia desea comunicar un deterioro primario, discapacidad o hándicap hacia los cuales, cada sanitario dirigirá su actuación en función a su alcance teórico-práctico. Además, el uso universal de esta clasificación promoverá la comunicación entre profesionales. **Guccione**,

sin embargo, sigue defendiendo el modelo conceptual de Nagi, para el desarrollo de la clasificación y diagnóstico de Fisioterapia ^(2, 4, 10). Este modelo propone la inclusión y evaluación de cuatro términos en el diagnóstico de Fisioterapia, que son: anomalía, deterioro, limitación funcional y discapacidad. Así, Guccione afirma que el modelo de Nagi permite a los fisioterapeutas proporcionar datos que pueden ayudar a otros profesionales para establecer diagnósticos de la enfermedad, acerca del deterioro y/o de la discapacidad; así como, entiende que la clasificación de estas categorías según el modelo de Nagi, deberían de ser comprensibles por los demás profesionales. Además, dice que el modelo de Nagi no obliga a los fisioterapeutas a usar una lista ya preestablecida de los deterioros, a diferencia del modelo que propone la CIF. Lo cual piensa que es una imprecisión para la práctica.

Ante este dilema sobre si el uso o no de la CIF es más apropiado, autores Jette y Wagstaff ⁽⁴⁾ **siguen apoyando la taxonomía de la CIF, no sólo por su uso generalizado entre sanitarios, sino también por su eficiencia a la hora de hacer diagnóstico.** Puesto que sostienen que considerar la limitación funcional como un punto del diagnóstico de Fisioterapia no es útil, porque la limitación funcional no previene vivir de forma independiente y, además, es fácilmente solucionada con el tratamiento. También, la literatura científica habla de que el modelo de Nagi puede ser insuficiente cuando aparezcan factores que puedan alterar la trayectoria de la discapacidad. **Otros autores, como Harris y Dyrek, propusieron un modelo hpara la disfunción ortopédica, modificando el esquema de clasificación de la CIF.** De forma que sustituyen el concepto de enfermedad, para proponer un nuevo concepto que se refiera a la noción del estímulo y su respuesta consecuente por los tejidos internos que explican el desarrollo del deterioro del sistema músculo-esquelético; puesto que, no todas las disfunciones resultan de una enfermedad. **Por otro lado, Schenkman y Butler propusieron un diagnóstico de Fisioterapia que siguiese las líneas de un modelo que reflejase la clasificación de lo que es susceptible de tratamiento de Fisioterapia,** desde lo que puede ser tratado de una persona con un déficit permanente hasta una persona con una simple limitación o una discapacidad total.

Así, podemos decir que los modelos que generan más discusión son el modelo de Nagi ⁽⁴⁾ y el esquema clasificación que propuso la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Dekker et al ⁽¹⁰⁾ han realizado un análisis comparativos entre ambos modelos, observando aspectos positivos y negativos en la implementación diagnóstica de Fisioterapia en ambos. Aunque Dekker considera limitado el modelo de Nagi, también sufre importantes críticas la clasificación de la CIF, con la propuesta para el diagnóstico de

Fisioterapia de considerar tres términos: deterioro primario, discapacidad y hándicap, parece carecer de importantes categorías diagnósticas para los fisioterapeutas, a pesar de la modificación que hizo Heerkens sobre la misma⁽¹⁰⁾. Además, también considera que la modificación de la CIF no varía en gran medida el modelo de Nagi⁽¹⁰⁾.

Sharmann, sometió a una visión más amplia y consensuada tanto el modelo de Nagi como la propia CIF con el desarrollo y publicación de la Guía Práctica Fisioterapéutica⁽²⁾. En el estudio de Miller y Collins,⁽⁷⁾ se puso de relieve que el modelo más cercano y estandarizado que usan los fisioterapeutas de los Estados Unidos se encuentra en el uso de guías de prácticas clínicas y que el 66% de los fisioterapeutas utilizaban un sistema de clasificación diagnóstica distinto al que usan los médicos para su diagnóstico, en los casos de dolor lumbar. Siendo el modelo de diagnóstico de Fisioterapia más usado (38%) el basado en un sistema de clasificación basado general de patofisiología. Así, se llegaron a las conclusiones de que los fisioterapeutas deben enfocar sus criterios diagnósticos en los análisis del movimiento,^(2, 8) así como, hacer el diagnóstico a nivel de deterioros y de las limitaciones funcionales. Por ello, Sharmann se cuestiona un cambio de paradigma promovido por la formación de los fisioterapeutas como Doctores, al disponer de mayores conocimientos sobre los síndromes de limitaciones en el sistema de movimiento de la persona⁽⁹⁾

En este apartado de resultados, y tal y como recogemos en la tabla, queremos subrayar la importancia de cuatro trabajos que, realizados en el marco de la implementación de la CIF en Fisioterapia, están publicados en revistas de impacto y, ahora, suponen un punto de referencia fundamental para continuar con el trabajo sobre el diagnóstico en Fisioterapia desde el modelo conceptual de la CIF. Así, Steiner et al.⁽³⁷⁾ apuestan por el método de casos para el registro de la historia clínica en Fisioterapia, dando al paciente la posibilidad de integrar en su historia la perspectiva que presenta ante su problema de Salud, por tanto, los factores internos a los que hace alusión la CIF y, además, entiende que la CIF permite explicar desde distintas hipótesis diagnósticas un mismo problema, así, estos autores trabajan con la idea de que la CIF es un marco ideal para analizar un proceso de Salud desde diferentes perspectivas en las que se integren la estructura y función, la actividad y participación y los factores externos (ambientales y personales).

Por su parte, Jelsma et al.⁽³⁸⁾ correlaciona educación, formación pregrado, pediatría y asesoramiento para apostar por un modelo de trabajo con la CIF en el que parece que se aporta más información y de forma más completa a las familias de niños con problemas

neuropediátricos. Es decir, la CIF permite el análisis y/o valoración de la situación de una forma más global, más integral, tanto es así, que incluso los estudiantes de Fisioterapia son más sensibles a este tipo de información, pudiendo profundizar de forma más significativa en cada caso, perfeccionando las labores de asesoría y consejería a las familias, lo que es de vital importancia en estos casos. Es frecuente el uso de la CIF en la población infantil, así, Goldstein et al.⁽³⁶⁾ la CIF en Fisioterapia Pediátrica obteniendo mejorías significativas en los niveles de participación de los niños, es decir, al valorar y considerar la participación en niños y registrarla a través de la CIF, se observa una mejoría en estos niveles de participación, lo que supone un mayor grado de integración social de estos niños e incluso mayores niveles de calidad de vida, bienestar, felicidad y desarrollo personal.

Finger et al.⁽³⁹⁾ han sido innovadores en la investigación sobre la CIF, pues utilizando las técnicas Delphi de investigación, muy presentes en estudios de este tipo⁽⁵⁰⁾, recurren a las categorías de la CIF para describir los problemas más relevantes y comunes de la Fisioterapia, obteniéndose en torno a un 80% de consenso en todas las categorías de todos los componentes de la CIF (las funciones del cuerpo, las estructuras del cuerpo, actividades y participación, factores medioambientales y factores personales). Este dato es particularmente importante y entendemos que supone un punto de partida fundamental para continuar investigando en la implementación de la CIF, pues, a pesar de su cierto desconocimiento actual y de la dificultad de su implementación, cuando se utiliza, el razonamiento clínico fisioterapéutico unifica muchas formas de análisis, encontrando altos niveles de consenso en cuestiones fundamentales para el desarrollo del diagnóstico en Fisioterapia. Aunque, no en todos los estudios se obtienen estos resultados tan optimistas; Starrost et al.⁽⁴⁰⁾ trabajan la implementación de la CIF en neurorehabilitación, y, a pesar de la naturaleza de estos procesos de salud de tipo múltiple, diversa, global, social y compleja, y que es la CIF la que más puede ajustarse en su inmersión diagnóstica, realmente, el consenso entre dos fisioterapeutas expertos sólo llegó a ser moderado. En cualquier caso, se consiguió categorizar problemas de salud complejos basados sólo en un diagnóstico médico (ICTUS), como un proceso de salud definido por 56 categorías en el marco de la Fisioterapia.

En estudios como los desarrollados por Zanca et al.⁽⁴⁰⁾, Rauch et al.⁽⁴²⁾ y Kahler et al.⁽⁴⁴⁾ la CIF aparece como herramienta útil en los procesos de rehabilitación, pero más desde la óptica de la medicina en rehabilitación y, entendemos, que estos modelos se pueden alejar de las pretensiones más esenciales de la Fisioterapia, si bien es cierto que puede existir una complementación diagnóstica, no son trabajos que nos ayuden a implementar categorías

propias, pues en gran medida es fundamental no confundir el concepto de “rehabilitación” y el de “Fisioterapia”, diferencias que se han trabajado de forma recurrente pero que, debido a diferentes y variados conflictos de intereses, a veces se pretende solapar.

Además de estos artículos, existen otros referentes que podemos tener en consideración en el uso de la CIF en Fisioterapia. Así, Wahlgren A y Palambaro K ⁽³⁵⁾ implementan la CIF en el ámbito de la Fisioterapia en Geriatría, y aunque sólo se implemente en un caso clínico, el uso del método de casos y la implementación muy adecuada de la CIF, hacen que la comunidad de personas mayores de tercera incluso de cuarta edad sea un objetivo también prioritario en el uso de la CIF.

Además, queremos destacar que en los ensayos clínicos llevados a cabo utilizando la CIF como herramienta diagnóstica⁽⁴⁷⁾, ha existido consenso en los diagnósticos y, en gran medida, los principales problemas en cuanto a los posibles sesgos que pudieran existir en estos procesos, vienen derivados de la existencia de múltiples variables extrañas que contaminan los análisis interpretativos del etiquetaje diagnóstico de la CIF, aunque ya se están perfeccionando estos análisis y en implementaciones de la CIF en procesos de dolor lumbar y su análisis cualitativo, existe ya un amplio consenso ⁽⁴⁸⁾. Tanto es así, que ya se ha publicado, por parte de la sección de Ortopedia de la APTA la Guía de Práctica clínica aplicada a la región lumbar⁽⁴⁶⁾.

En este sentido, la APTA ha dado un paso adelante, pues no sólo ha publicado esa guía, sino también la Guía de Práctica Clínica realizada por la sección de Ortopedia y aplicada para el dolor en la región cervical⁽⁴⁵⁾, lo que sitúa a esta institución como un referente en el liderazgo de la utilización de la CIF en Fisioterapia.

Las debilidades de esta investigación son las generales dentro de ser una revisión de la literatura que como estudio observacional tiene cierta susceptibilidad de sesgos tanto en la selección como en la medición de la calidad o del efecto de los estudios. Además, somos conscientes que pueden existir sesgos de publicación en algunos y, de alguna forma, está claro que los hallazgos, si los hubiere, tendrán sesgos al tratarse, en algunos casos, de estudios publicados en revistas de menor calidad. En gran medida, muchas de estas debilidades pueden convertirse en auténticas amenazas de la investigación, sin embargo, entendemos que en una aproximación teórica a los fundamentos de una forma de entender la Fisioterapia, todos los avances implican éxito.

La prospectiva de este análisis podría centrarse en las oportunidades de futuro que este estudio presenta. Sin duda, entendemos que los aspectos teóricos de este estudio podrían

integrarse en la asignatura troncal denominada “Fundamentos de Fisioterapia” en el Título de Grado en Fisioterapia, pues el tema del Diagnóstico en Fisioterapia es imprescindible y cada día va a alcanzar un mayor grado de exigencia, desarrollo y perfeccionamiento. Por tanto, que los futuros profesionales de la Fisioterapia tengan la sensibilidad y los conocimientos necesarios y suficientes para abordarlo es una cuestión fundamental. Asimismo, creemos que la CIF es una oportunidad en sí misma: una oportunidad para cambiar la cultura profesional, para realmente pasar a modelos ecosociales de salud reales y para, sin duda alguna, llevar a cabo estrategias interdisciplinares realmente significativas para todos.

6. CONCLUSIONES

Los elementos que configuran el proceso histórico-conceptual de la configuración del diagnóstico en Fisioterapia se perfilan desde el paso de modelos tradicionales a modelos de autonomía profesional que existen en la actualidad, desde el uso del diagnóstico para diferenciarse de otras disciplinas a la configuración de una taxonomía que realmente aporta información completa y válida del paciente, desde modelos lineales de diagnóstico desde la anomalía a modelos globales de incardinación de diferentes elementos.

Actualmente, los rasgos más importantes que caracterizan el Diagnóstico en Fisioterapia son su complejidad, su contaminación por otras parcelas del saber, su incipiente desarrollo desde la CIF y sus posibilidades como estrategia de actuación profesional desde la Ciencia, la Tecnología y la Sociedad.

La aportación de la Clasificación Internacional de Funcionamiento para la configuración del Diagnóstico en Fisioterapia ya se ha producido en Fisioterapia, fundamentalmente a nivel teórico, existiendo algunas experiencias clínicas, especialmente en Pediatría, Neurología y Geriatría, aunque los estudios se limitan fundamentalmente a la investigación según el método de casos, existiendo un déficit importante de ensayos clínicos que puedan aportar información válida y fiable.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Gallego T. Bases teóricas y fundamentos de la fisioterapia. Colombia: Ed. Médica Panamericana; 2007.
2. Rebollo J. Libro blanco: Título de grado en fisioterapia. Agencia nacional de evaluación de la calidad y acreditación. Madrid: Omán Impresores. 2004.
3. Orden CIN / 2135. Requisitos para la verificación de los Títulos Universitarios Oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Fisioterapeuta. BOE núm. 174, de 19 de julio de 2008
4. Raposo I, Fernández R, Martínez A, Sáez JM, Chouza M, Barcia Seoane M. La Fisioterapia en España durante los siglos XIX y XX hasta la integración en escuelas universitarias de fisioterapia. *Fisioterapia*. 2001; 23 (4):206-17.
5. Fernández JA, Fernández M, Geoffrey R, Stucki G, Cieza A. Functioning and Disability: the international classification of functioning, disabilities and health (ICF). *Rev.Esp.Salud Pública*. 2009; 83 (6).
6. Chillón R, Rebollo J, Meroño J, Rebollo MA. Estudio histórico sobre la conformación de la fisioterapia española en la segunda mitad del siglo XX a través de los acontecimientos más relevantes. *Cuestiones de fisioterapia: revista universitaria de información e investigación en Fisioterapia*. 2009;38(2):101-17.
7. Chillón R, Rebollo J, Suárez C, Jiménez J, Gallego T, Chamorro G. Description of physiotherapy professional practice in Spain according to generational criteria. En: I Congreso Internacional de Fisioterapia. Sevilla. Lugar de Publicación: Sevilla/ ponencia. 2013:267.
8. Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF). Organización Mundial de la Salud. 2001.
9. Jiménez MT, González P, Martín JM. La clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF) 2001. *Rev.Esp.Salud Pública*. 2013; 41 (6).
10. Crespo M, Maribel C, Verdugo Alonso MÁ. Historia de la clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud (CIF): Un largo camino recorrido. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 2012; 34 (205): 20-26
11. Omega E, Tobler A, Gloor T, Grill E, Gubler B. The ICF as a way to specify goals and to assess the outcome of physiotherapeutic interventions of acute hospital. *J Rehabil Medicine* 2011; 43: 174–177
12. Heerknes Y, Xim J, Lakenverl-Heylo K, Van Revensberg D. Deterioros e incapacidades. La diferencia propuesta de ajuste de la Clasificación Internacional de Deterioros, Incapacidades y Hándicaps. *Phys Ther*. 1994; 74: 430-42.

13. Viel E, Plas F, Trudelle P. Diagnóstico fisioterápico: Concepción, realización y aplicación en la práctica libre y hospitalaria. Masson; 1999.
14. Nagi SZ. Some conceptual issues in disability and rehabilitation. En: Sussman MB, editor. *Sociology and rehabilitation*: Washington: American Sociological Association; 1965: 100-13
15. Doody C, McAteer M. Clinical reasoning of expert and novice physiotherapists in an out-patient orthopaedic setting. *Physiotherapy*. 2002; 5: 258-68.
16. Martínez A. *Fisioterapia en Atención Primaria*. Madrid: Editorial Síntesis; 2008.
17. Rose SJ. Physical therapy diagnosis: Role and function. *Phys Ther*. 1989 Jul;69(7):535-7
18. Sharmann S. Diagnóstico y tratamiento de las alteraciones del movimiento. Madrid: Paidotribo; 2005.
19. Sahrman S. Are physical therapists fulfilling their responsibilities as diagnosticians? *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*. 2005;35 (9):556-8.
20. Sahrman SA. Diagnosis by the physical therapist--a prerequisite for treatment. A special communication. *Phys Ther*. 1988 Nov;68(11):1703-6.
21. Guccione AA. Physical therapy diagnosis and the relationship between impairments and function. *Phys Ther*. 1991 Jul;71(7):499,503; discussion 503-4.
22. Meroño Gallut, J. Desarrollo científico de la Fisioterapia en España (1979-2006). Tesis Doctoral. Sevilla: Secretariado de Publicaciones; Universidad de Sevilla; 2010.
23. Spoto MM, Collins J. Physiotherapy diagnosis in clinical practice: A survey of orthopaedic certified specialists in the USA. *Physiotherapy Research International*. 2008;13(1):31-41.
24. Hincapié SM, Muñoz DI. Physiotherapeutic approach to diagnosis: gait analysis. *Revista Facultad Ciencias de la Salud. Universidad del Cauca*. 2010;12(4).
25. Vaughn D, Shoemaker MJ, DaPrato D, Svhiria K, VanHuisen J. The ability of final-year doctor of physical therapy students to make keep-refer decisions. *Journal of Physical Therapy Education*. 2011;35(3):60-7.
26. Dekker J, van Baar ME, Curfs EC, Kerssens JJ. Diagnosis and treatment in physical therapy: An investigation of their relationship. *Phys Ther*. 1993 Sep;73(9):568,77; discussion 577-80.
27. Aiken AB, McColl MA. Diagnostic and treatment concordance between a physiotherapist and an orthopedic surgeon-A pilot study. *Journal of interprofessional care*. 2008;22(3):253-61.
28. Capurro D, Rada G. El proceso diagnóstico. *Revista médica de Chile*. 2007;135(4):534-8.

29. Jette DU, Ardleigh K, Chandler K, McShea L. Decision-making ability of physical therapists: Physical therapy intervention or medical referral. *Phys Ther.* 2006 Dec;86(12):1619-29.
30. Ramírez-Vélez R, Escobar Hurtado C, Florez López M. Análisis de la capacidad científica e investigativa de los profesionales en fisioterapia de Colombia, dificultades y oportunidades de desarrollo. *Revista Iberoamericana de Fisioterapia y Kinesiología.* 2010;13(1):37-45.
31. Davenport TE, Sebelski CA. The physical therapist as a diagnostician: How do we, should we, and could we use information about pathology in our practice? *Phys Ther.* 2011 Nov;91(11):1694-5.
32. Jette AM. Diagnosis and classification by physical therapists: A special communication. *Phys Ther.* 1989 Nov;69(11):967-9.
33. Tolosa-Guzmán IA, Trillos MC. Evaluación fisioterapéutica en el diagnóstico diferencial de la distonía ocupacional. *Revista Ciencias de la Salud.* 2010;8(3).
34. Gorgon EJR, Basco MDS, Manuel AT. Teaching evidence based practice in physical therapy in a developing country: A national survey of philippine schools. *BMC Medical Education.* 2013;13(1).
35. Wahlgren A, Palombaro K. Evidence-based physical therapy for BPPV using the international classification of functioning, disability and health model: A case report. *J Geriatr Phys Ther.* 2012 Oct-Dec;35(4):200-5.
36. Goldstein DN, Cohn E, Coster W. Enhancing participation for children with disabilities: Application of the ICF enablement framework to pediatric physical therapist practice. *Pediatr Phys Ther.* 2004 Summer;16(2):114-20.
37. Steiner WA, Ryser L, Huber E, Uebelhart D, Aeschlimann A, Stucki G. Use of the ICF model as a clinical problem-solving tool in physical therapy and rehabilitation medicine. *Phys Ther.* 2002 Nov;82(11):1098-107.
38. Jelsma J, Scott D. Impact of using the ICF framework as an assessment tool for students in paediatric physiotherapy: A preliminary study. *Physiotherapy.* 2011 Mar;97(1):47-54.
39. Finger ME, Cieza A, Stoll J, Stucki G, Huber EO. Identification of intervention categories for physical therapy, based on the international classification of functioning, disability and health: A delphi exercise. *Phys Ther.* 2006 Sep;86(9):1203-20.
40. Starrost K, Geyh S, Trautwein A, Grunow J, Ceballos-Baumann A, Prosiegel M, et al. Interrater reliability of the extended ICF core set for stroke applied by physical therapists. *Phys Ther.* 2008 Jul;88(7):841-51.

41. Steel EJ, Gelderblom GJ, de Witte LP. The role of the international classification of functioning, disability, and health and quality criteria for improving assistive technology service delivery in europe. *Am J Phys Med Rehabil.* 2012 Feb;91(13 Suppl 1):S55-61.
42. Rauch A, Cieza A, Stucki G. How to apply the international classification of functioning, disability and health (ICF) for rehabilitation management in clinical practice. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2008 Sep;44(3):329-42.
43. Zanca J, M., Dijkers M, P. Describing what we do: A qualitative study of clinicians' perspectives on classifying rehabilitation interventions. *Arch Phys Med Rehabil.* 2014 02;95:S55,s65.e2.
44. Kohler F, Connolly C, Sakaria A, Stendara K, Buhagiar M, Mojaddidi M. Can the ICF be used as a rehabilitation outcome measure? A study looking at the inter- and intra-rater reliability of ICF categories derived from an ADL assessment tool. *J Rehabil Med.* 2013 Sep;45(9):881-7.
45. Childs J, Cleland J, Elliot J, Teiden D, Wainner R, Whitman J, Sopcky B, Godges J, Flynn T. Neck Pain. Clinical Practice Guidelines linked to the International Clasification of functioning, disability and health. Ortophaedic Section. American Physical Therapy Asociation. *J Orthop Sports Phys Ther* 2008;38(9):A1-A34.
46. Delitto A, George S, Van Dillen L, Whitman J, Sowa G, Shekelle P, Denninger T, Godget J. Low Back Pain. Clinical Practice Guidelines linked to the International Clasification of functioning, disability and health. Ortophaedic Section. American Physical Therapy Asociation. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2012;42(4):A1-A57
47. Sara J. Mulroy, Carolee J. Winstein, Kornelia Kulig, Katherine J. Sullivan, David A. Brown and Christianne J. George J. Beneck, Eileen G. Fowler, Sharon K. Physical Therapy Intervention Trials of Functioning, Disability and Health Levels for Four Relationships Among the International Classification. *Phys Ther.* 2011; 91:1766-1779.
48. Bagraith K, Hayes J, Strong J. Mapping patient goals to the International Clasification of functioning, disability and health: examining the content validity of the low back pain core sets. *J Rehabil Med* 2013; 45: 481–487
49. Politz D, Hungler B. *Investigación científica en Ciencias de la Salud.* McGraw Hill, Méjico, 2000.
50. Van Tulder M, Furlan A, Bombardier C, Bouter L: Updated method guidelines for systematic reviews in the Cochrane Collaboration Back Review Group. 2003, 28(12):1290-1299.