

DIAGNÓSTICO KINÉSICO ENFOQUE BIOPSIICOSOCIAL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD:
ESCUELA DE KINESIOLOGÍA. CENTRO
DE INVESTIGACIÓN EN EDUCACIÓN
SUPERIOR CIES-USS.

KLGO. GONZALO ARIAS ÁLVAREZ
KLGO. NICOLE CAREAGA ROMERO
KLGO. ANNA BALOCCHI MACCHIAVELLO
KLGO. RICARDO ARRIAGADA GARRIDO
KLGO. FRANCISCO VERA BARRIGA

Los Documentos de Trabajo son una publicación del Centro de Investigación en Educación Superior (CIES) de la Universidad San Sebastián que divulgan los trabajos de investigación en docencia y en políticas públicas realizados por académicos y profesionales de la universidad o solicitados a terceros.

El objetivo de la serie es contribuir al debate de temáticas relevantes de las políticas públicas de educación superior y de nuevos enfoques en el análisis de estrategias, innovaciones y resultados en la docencia universitaria. La difusión de estos documentos contribuye a la divulgación de las investigaciones y al intercambio de ideas de carácter preliminar para discusión y debate académico.



En caso de citar esta obra:

Serie Creación documento de trabajo n°89. Arias, G., Careaga N., Balocchi, A., Arriagada, R. y Vera, F. (2020). Diagnóstico Kinésico: Enfoque Biopsicosocial. Facultad de Ciencias de la Salud: Escuela de Kinesiología. Centro de Investigación en Educación Superior CIES-USS.

SERIE CREACIÓN 
DOCUMENTO DE TRABAJO N°89

Diagnóstico Kinésico enfoque Biopsicosocial.

Facultad de Ciencias de la Salud: Escuela de Kinesiología. Centro de
Investigación en Educación Superior CIES-USS.

INDICE

	Página
1. Introducción	3
2. Modelo de razonamiento clínico	4
3. Anamnesis biopsicosocial	4
4. RPS Form	6
5. Clasificación internacional del funcionamiento (CIF)	7
6. Modelo conceptual CIF	7
7. Codificación y calificación con CIF	9
8. Diagnóstico Kinésico	13
9. Objetivos de tratamiento	17
10. Desarrollo situación de salud Músculo esquelética	21
11. Desarrollo situación de salud Neurología adulto	25
12. Desarrollo situación de salud Neurología infantil	30
13. Desarrollo situación de salud Respiratorio	35
14. Referencias bibliográficas	39

1. INTRODUCCIÓN

Las carreras de la salud han presentado una constante evolución en el tiempo adaptándose a distintas realidades y contextos sociales, abarcando no sólo aspectos biomédicos sino que también biopsicosociales, viendo al usuario no como una patología si no, como una persona que presenta una situación de salud, que debe ser abordada con el más alto grado de conocimiento además de una cercanía y empatía que le permita entender no sólo la condición de salud sino que también como los factores tanto personales como contextuales pueden modificar su pronóstico.

Esta situación nos obliga como clínicos, a desarrollar un razonamiento clínico lo suficientemente flexible para entender todos los hallazgos obtenidos en el acercamiento del usuario, pero también estructurado para generar un lenguaje unificado entre los profesionales de la salud, y sobre todo en el profesional Kinesiólogo.

Por lo anterior, este manual brindará las pautas a desarrollar para obtener la mayor cantidad de información y organizar todos estos datos basado en las directrices de la CIF para poder orientar de mejor manera el razonamiento kinesiológico.

2. MODELO DE RAZONAMIENTO

El modelo que se propone comienza con una detallada anamnesis biopsicosocial, donde no sólo se dará énfasis en la patología médica por la que consulta, sino que también en factores contextuales, ya sean personales o ambientales. Esto posteriormente debe ser complementado con el RPS FORM, donde la situación de salud incorporará el relato del usuario. Este paso es crucial para poder entender las reales apreciaciones que presenta, al igual que sus limitaciones y restricciones. Finalmente esta información debe ser traspasada al modelo conceptual CIF donde se analizará en detalle las deficiencias, limitaciones y restricciones asociadas a factores personales y contextuales.

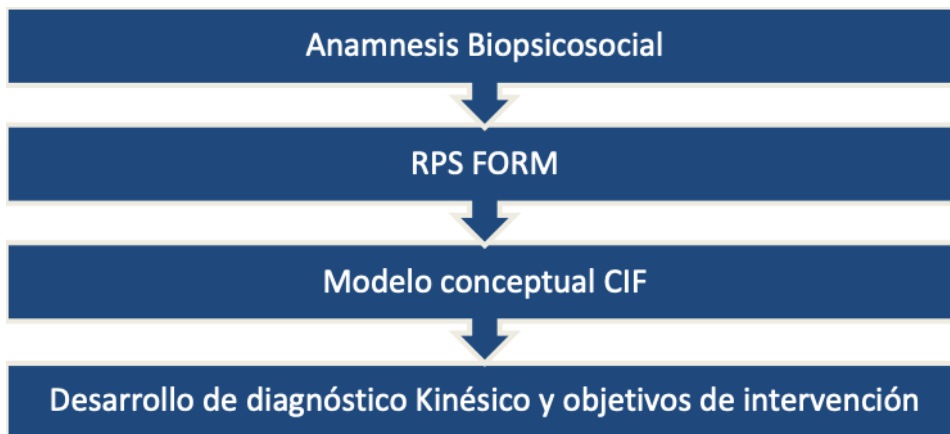


Figura 1 Modelo de razonamiento

3. ANAMNESIS BIOPSICOSOCIAL

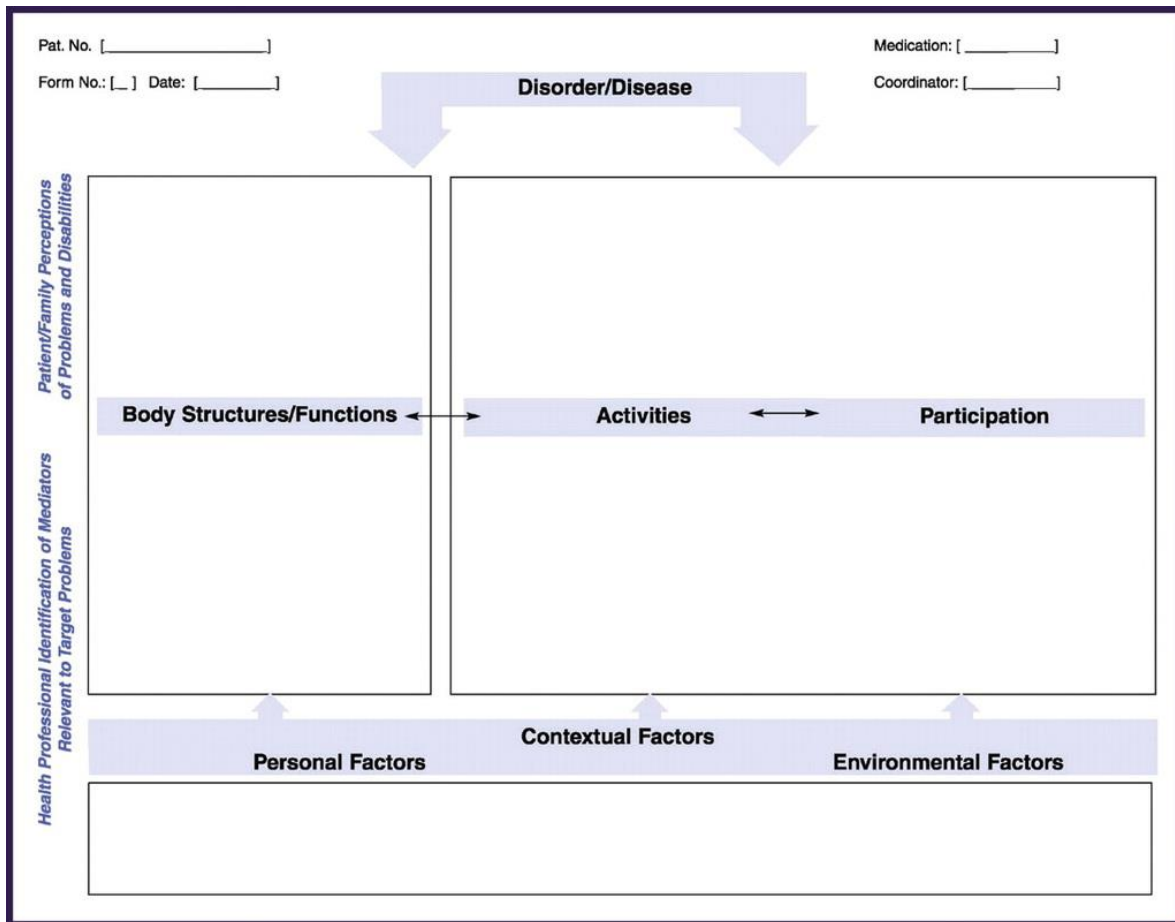
Es fundamental en el proceso de anamnesis dar un enfoque biopsicosocial, a través de un buen interrogatorio que permita indagar desde el aspecto social y no solo desde lo biológico, así nuestro esquema de razonamiento clínico tendrá menores errores, ya que muchas veces el problema principal tiene su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

El contexto donde se desarrolla el paciente marca la diferencia, ya que pueden presentar la misma condición clínica, pero contextos diferentes, por ejemplo, poder acceder a licencias de trabajo frente a un trabajador informal que no puede acceder y necesita con urgencia retomar la vida laboral o poder contar con una silla de ruedas.

En resumen, el problema principal no siempre es kinésico, a veces existen otros factores como económicos que no permiten que el paciente acceda a un centro de rehabilitación de forma constante, por lo tanto, es muy importante tomar la información entregada por el paciente durante la anamnesis biopsicosocial y contrarrestarla con nuestra observación.

4. RPS-FORM (Formulario de planeamiento rehabilitación)

EL RPS-Form proviene del inglés *Rehabilitation Problem Solving*. Esta herramienta se basa en el cuadro de modelamiento de la CIF. Consiste en dividir en dos este cuadro, y en la parte superior se anotan los elementos descritos desde la perspectiva del paciente y en la parte inferior se introduce lo evaluado por parte del profesional de la salud. El objetivo es desarrollar en forma conjunta el plan de acción desde una propuesta del terapeuta, pero con la perspectiva del usuario.



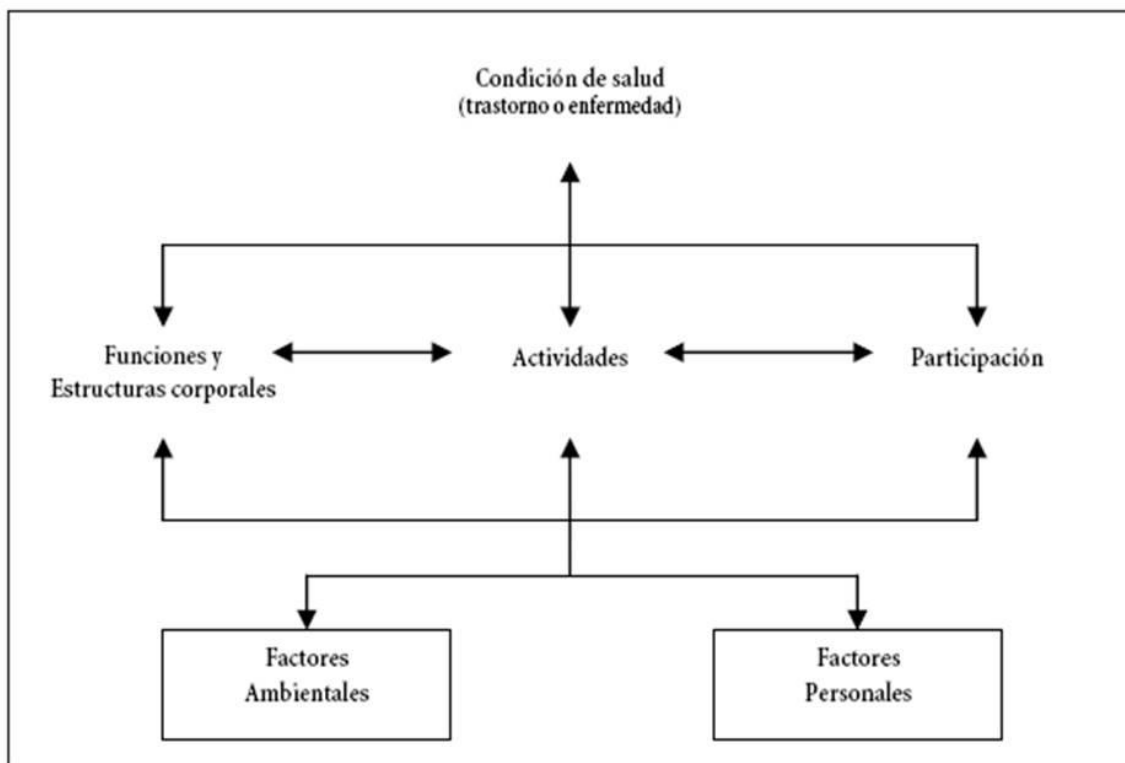
5. CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO (CIF)

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud aprobada en 2001, más comúnmente conocida como CIF, constituye la base para una nueva comprensión del funcionamiento, la discapacidad y la salud¹.

Establece un marco y un lenguaje estándar para describir la salud y las dimensiones relacionadas con ella. Se la denomina habitualmente CIF porque pone el acento más en la salud y el funcionamiento que en la discapacidad, entendiendo *funcionamiento* como lo referente a las funciones corporales, las actividades y la participación y la *discapacidad* como lo relativo a deficiencias, limitación de actividades o restricción de la participación. Es, pues, una perspectiva corporal, individual y social. Adicionalmente la CIF, también considera los *factores contextuales* (ambientales y personales) que interaccionan con estos componentes.

6. MODELO CONCEPTUAL CIF

La CIF está basada en un modelo integral del funcionamiento, la discapacidad y la salud. Consta de tres componentes esenciales. El primero de ellos, funciones y estructuras corporales, tiene que ver con las funciones fisiológicas/psicológicas y los elementos anatómicos, y es su ausencia o alteración lo que concebimos como *deficiencias* en las funciones y las estructuras. El segundo componente, la actividad, se refiere a la ejecución individual de tareas y las dificultades que tiene una persona para realizarlas son las *limitaciones*. El tercer componente, la participación, se refiere al desenvolvimiento de las situaciones sociales y los problemas que el individuo experimenta en tal desenvolvimiento constituyen las *restricciones*⁶.



Los tres componentes están integrados bajo los términos funcionamiento y discapacidad y dependen tanto de la condición de salud como de su interacción con los factores personales y ambientales. *Discapacidad* es el término genérico que incluye déficits, limitaciones y restricciones e indica los aspectos negativos de la interacción entre el individuo (con una condición de salud dada) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales). Por el contrario, *funcionamiento* es el término genérico que incluye función, actividad y participación, indicando los aspectos positivos de esa interacción. Son las dos caras de una misma moneda dependiente de la condición de salud y de la influencia de los factores contextuales. En una visión más amplia, la discapacidad se presenta cuando los factores ambientales de tipo barreras restringen la participación de un individuo en una o varias esferas. Si la participación social es efectiva, entonces el individuo no tendría discapacidad, tendría sólo déficit y o limitaciones.

Los factores contextuales pueden ser externos (*ambientales*) o internos (*personales*). Ambientales son las actitudes sociales, las características arquitectónicas, el clima, la geografía, las estructuras legales y sociales, etc. Personales son la edad, el sexo, la biografía personal, la educación, la profesión, los esquemas globales de comportamiento, el estilo *coping*, el carácter, etc.

El impacto de los factores contextuales es tan importante que respecto al *funcionamiento* pueden actuar como facilitadores o como barreras. Hasta la fecha se han podido clasificar los factores ambientales mientras que los factores personales están en vía de serlo. Pero hasta el momento han sido muy difíciles clasificarlos, porque por esencia, son personales y no entran en una escala valórica con la que se pueda medir a todos los sujetos por igual y es por eso que la CIF propone no calificarlo.

7. CODIFICACIÓN Y CALIFICACIÓN CON CIF

La CIF-IA utiliza un sistema de codificación alfanumérico. Las letras “b” para las Funciones Corporales, “s” para las Estructuras Corporales, “d” para Actividades /Participación y la “e” para Factores Ambientales. Llevan a continuación un código descriptor numérico que empieza con el número de capítulo (un dígito), seguido por el título de segundo nivel (dos dígitos), y el tercer y cuarto nivel de título (de un dígito cada uno). El calificador universal puede tomar los valores de 0 = no hay problema hasta 4 = problema completo, se introduce después de la coma decimal para especificar en qué medida una función o actividad difiere de un estado esperado o típico.

Los aspectos negativos de los factores ambientales son calificados en términos de barreras mientras que los valores positivos del calificador universal se usan para indicar la función facilitadora de los entornos.

Codificación: proceso por el cual se seleccionan los códigos CIF atinentes para la descripción posterior de un caso o de un grupo de en estudio. Cuando se estudia un grupo en particular, puede que un código no sea pertinente para algunos de los sujetos en estudio.

Calificación: proceso mediante el cual se valora cada código CIF seleccionado según las reglas de calificación definidas para cada componente CIF.

Calificador de Funciones Corporales

0	No hay problema	(ninguno, insignificante,...)	0 - 4%
1	Problema LIGERO	(poco, escaso,...)	5 - 24%
2	Problema MODERADO	(medio, regular,....)	25% - 49%
3	Problema GRAVE	(mucho, extremo,....)	50 - 95%
4	Problema COMPLETO	(total,...)	96% - 100%
8	Sin especificar		
9	No aplicable		

Guía para codificar la CIF

CIF

Ejemplo:

- Capítulo 7: Funciones neuromusculoesqueleticas y relacionadas con el movimiento
- Funciones relacionadas con el movimiento
- Funciones relacionadas con el control de los movimientos voluntarios.
- Coordinación de movimientos voluntarios

b760. 2 → calificador genérico de la deficiencia (moderado)

Calificación Estructuras Corporales

Primer calificador Extensión de deficiencia	Segundo calificador Naturaleza de deficiencia	Tercer calificador (sugerido) Localización de deficiencia
0 NO existe deficiencia 1 Deficiencia LEVE 2 Deficiencia MODERADA 3 Deficiencia GRAVE 4 Deficiencia COMPLETA 8 no especificada 9 no aplicable	0 no hay cambio en la estructura 1 ausencia total 2 ausencia parcial 3 parte adicional 4 dimensiones aberrantes 5 discontinuidad 6 posición desviada 7 cambios cualitativos en la estructura, incluyendo acumulación de fluido 8 no especificado 9 no aplicable	0 más de una región 1 derecha 2 izquierda 3 ambos lados 4 parte delantera 5 parte trasera 6 proximal 7 distal 8 no especificado 9 no aplicable

Ejemplo

- Capítulo 7: Estructuras relacionadas con el movimiento
- Estructura de la extremidad superior
- Estructura del brazo

S7300. 103

- Calificador genérico de deficiencia (leve)
- Calificador naturaleza del cambio (no hay cambios de estructura)
- Calificador de la deficiencia (ambos lados)

Calificación

Actividad y Participación

Calificador de desempeño/realización		Calificador de capacidad	
0	No existe deficiencia	0	No existe deficiencia
1	Deficiencia leve	1	Deficiencia leve
2	Deficiencia moderada	2	Deficiencia moderada
3	Deficiencia grave	3	Deficiencia grave
4	Deficiencia completa	4	Deficiencia completa
8	No especificada	8	No especificada
9	No aplicable	9	No aplicable

Ejemplo:

- Educación escolar
- Incorporarse a el programa educativo o alguno de sus niveles

D8201.12

- Calificador genérico deficiencia (leve)
- Calificador genérico capacidad (moderado).

Calificación Factores Ambientales

0	No hay barrera	0	No hay facilitador
1	Barrera LIGERA	1	Facilitador LIGERO
2	Barrera MODERADA	2	Facilitador MODERADO
3	Barrera GRAVE	3	Facilitador GRAVE
4	Barrera COMPLETA	4	Facilitador COMPLETO
8	Barrera, no especificada	8	Facilitador, no especificado
9	No aplicable	9	No aplicable

Ejemplo

- Productos y tecnología para uso personal en la vida diaria
- Productos y tecnología utilizados para el juego

e 11520 +3

8. DIAGNÓSTICO KINÉSICO

La APTA (American Physical Therapy Association) en su guía para la práctica de terapia física, en 1995 propone el siguiente concepto como diagnóstico kinésico (DK): “Un diagnóstico es una etiqueta que abarca un grupo de signos y síntomas, y síndromes o categorías”. Esto se relaciona directamente con la información obtenida en el proceso de evaluación y anamnesis.

“juicio que se emite con base en el proceso evaluativo de la disciplina que se emite con base en el proceso evaluativo que identifica y categoriza la condición de funcionamiento o la discapacidad del usuario, enmarcado en un contexto que influye el aspecto corporal, individual y social dentro de su actual condición de salud, con el cual el profesional se fundamenta para planificar, diseñar, ejecutar, seguir, evaluar y reevaluar un plan estratégico de interacción, que según el nivel de atención en salud, sea apropiado para cada caso en particular”

El propósito del diagnóstico es ser una guía para determinar las estrategias apropiadas de intervención por parte del kinesiólogo. Además, dentro de sus beneficios permite mejorar la comunicación entre colegas, con el equipo y con el usuario. Fortalece el quehacer profesional y clarifica el accionar del profesional. Facilita la toma de decisiones para la elaboración del diseño, planificación ejecución seguimiento y reevaluación de los planes estratégicos encaminados en enseñar, prevenir, mejorar o reestablecer funciones corporales para así influir en el desempeño y participación social, para mejorar el bienestar y calidad de vida de las personas.

Según la guía práctica el proceso de elaboración del DK debe incluir cuatro aspectos:

- 1) Obtención de datos relevantes de la historia (anamnesis)
- 2) Desarrollo de la revisión de sistemas corporales
- 3) Selección y ejecución de medidas y pruebas específicas
- 4) Interpretación de datos
- 5) Organización de datos

Varios autores de diferentes países participaron realizando modificaciones y adaptaciones al proceso de elaboración del DK. Dentro de estas destaca la asociación francesa para la investigación y la evaluación en fisioterapia en 1996, se suma Holanda en 1999, Colombia y la APTA.

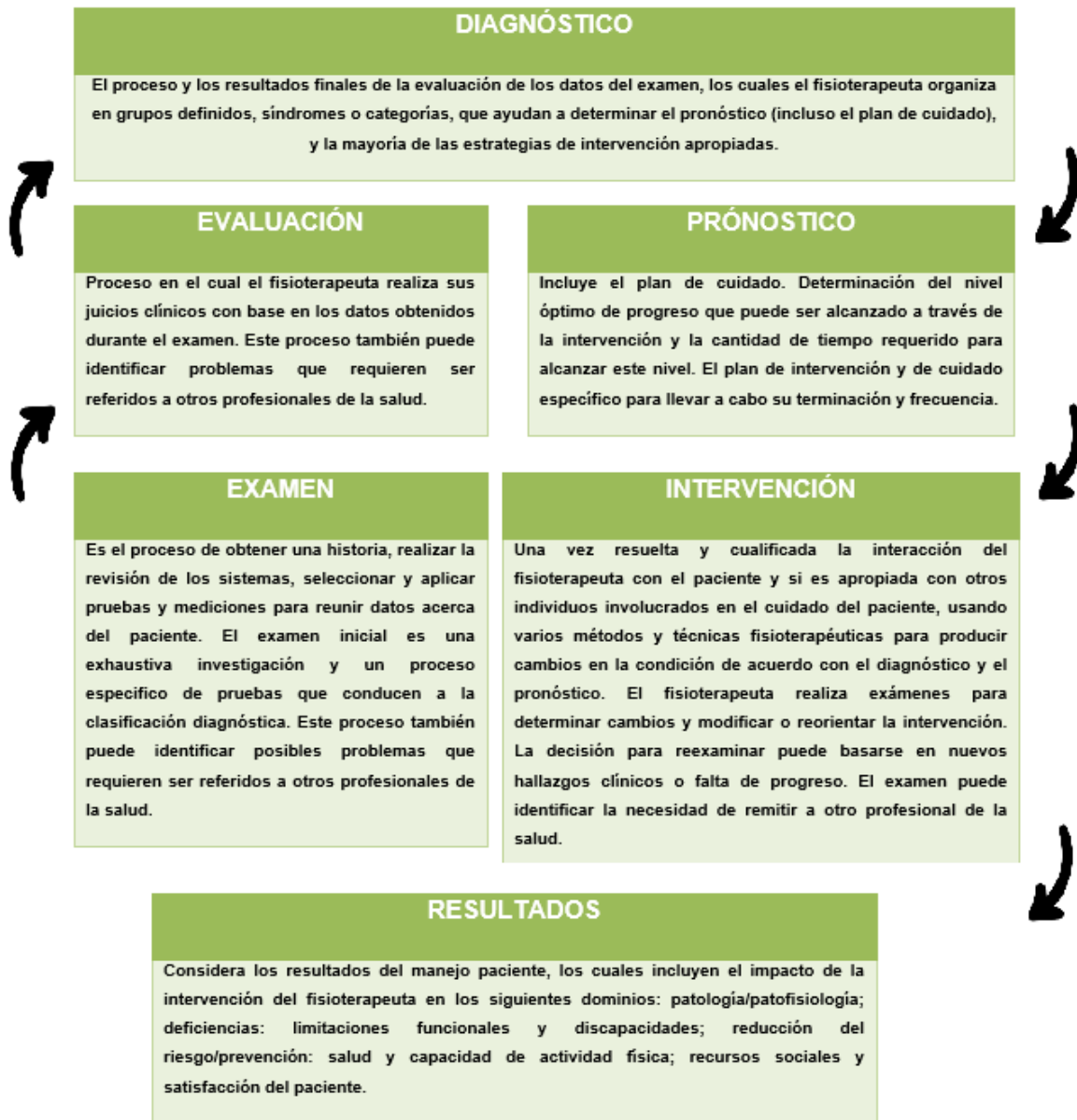
El consenso para llegar al DK se encuentra en propiciar un espacio conceptual, reflexivo y dialógico, encaminado en clarificar y asumir la evaluación como un proceso clínico investigativo, dinámico, emancipador e integral, con propósitos definidos. Esto permite realizar un diagnóstico, pronóstico y orientación en la toma de decisiones para el diseño, ejecución y seguimiento de programas terapéuticos con el fin de mejorar la calidad de vida de la persona, contemplando diferentes estrategias según el nivel de atención en salud y la reevaluación como medida importante en el replanteamiento del programa terapéutico. Es importante considerar no solo la disfunción, sino las capacidades y el movimiento corporal humano dentro de un contexto integrador como agente relevante para el desarrollo de capacidades, generación de aprendizajes, adaptación al mundo, interactuando con el por medio del desplazamiento.

Por lo anterior es extremadamente relevante saber identificar aspectos no solo competentes al movimiento, si no indagar en la esfera cognitiva, afectiva, social, y económica que impactan en los proyectos personales del individuo.

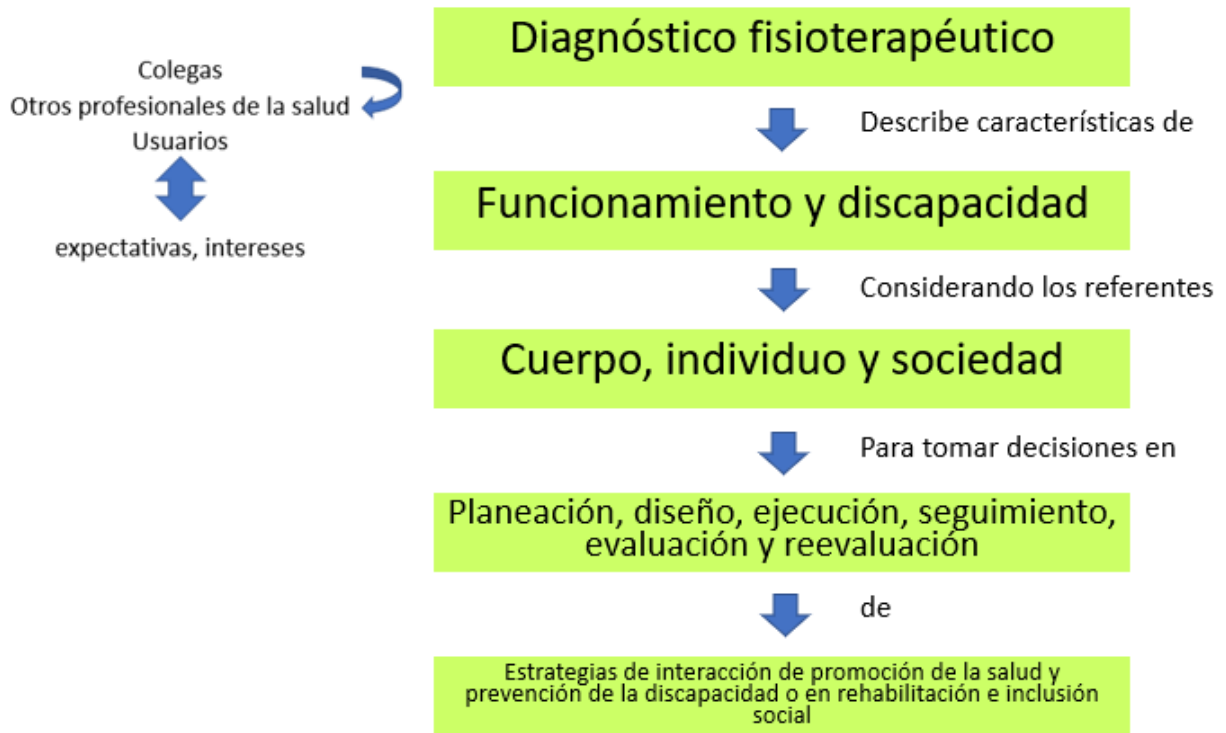
El kinesiólogo debe ser capaz de identificar las **deficiencias** que se encuentran ligadas con la **limitación funcional** del paciente y que asumidas en la intervención influirán directamente para que el paciente logre sus propósitos.

Los calificadores de cada componente de la CIF son necesarios para describir aspectos esenciales de la condición de discapacidad del usuario en el contexto donde se desenvuelve. Estos calificadores debieran ser extraídos de los diferentes instrumentos de valoración aplicados al usuario. Indicar la localización, extensión y magnitud son elementos mínimos para determinar una deficiencia, a su vez, la capacidad, desempeño/realización, el grado de asistencia o independencia en actividad y participación social son elementos esenciales por considerar.

En el diagnóstico se recomienda precisar las características primordiales que identifican la discapacidad real del usuario, vale decir, las alteraciones más importantes o primarias que lo afectan.



Elementos direccionales del paciente, que deben ser considerados para su abordaje exitoso. Adaptado de Physical Therapy (APTA) 2001.



Factores asociados a la propuesta de diagnóstico kinésico

9. PLANTEAMIENTO DE OBJETIVOS

Los objetivos terapéuticos son fundamentales dentro del proceso de rehabilitación. Su planteamiento brinda claridad respecto al abordaje terapéutico que se realizará para mejorar la condición de salud del usuario. Un objetivo es la descripción de un comportamiento observable, que se espera que la persona logre como resultado de la intervención kinésica. Se expresan en términos de actividades o tareas, principalmente asociadas a lo que el paciente quiere realizar.

La formulación de objetivos debe abordar lo que es significativo y relevante para el paciente, por lo que su participación debe considerarse desde el principio para su establecimiento. Esto se consigue mediante una escucha activa en el proceso de entrevista clínica en la cual simplemente se puede consultar sobre cuáles son sus objetivos con la terapia, o que es lo que quiere lograr, para de esta forma tener un contexto mucho más cercano sobre las metas que se quieren alcanzar.

En el caso del paciente pediátrico o con déficit cognitivo, es importante establecer las necesidades y por lo tanto las metas con la familia o tutores.

Objetivo general

El objetivo general debe estar orientado a la mirada global de la persona y su contexto. Generalmente se basan en la funcionalidad que el usuario desea recuperar, es por esto que apunta a las actividades que están limitadas y a la participación que se encuentra restringida. Si bien se recomienda el establecimiento de un solo objetivo general, esto puede flexibilizarse considerando más objetivos generales dependiendo del usuario y su situación de salud.

Para su redacción se establecen 3 pasos relevantes. La primera corresponde al “verbo”. Este debe ser planteado de acuerdo con el contexto del paciente. *Mantener, recuperar, mejorar* son algunos ejemplos que se pueden utilizar. El segundo paso es la función que se quiere mejorar. Para esto se puede

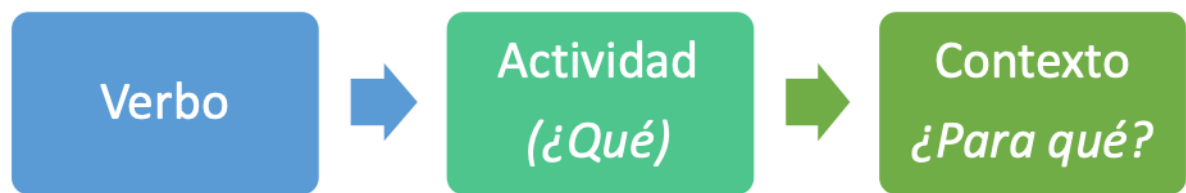
considerar la actividad que se quiere recuperar o el hito motor que se quiere alcanzar. Finalmente se debe tener en cuenta el contexto o la participación que se encuentra restringida (actividad laboral, deportiva, social etc).

Pasos a seguir para la redacción de un objetivo:

- Especificar la actividad funcional objetivo (Caminar, subir escaleras, gatear, escribir etc.)
- Especificar el soporte necesario (si para lograr la actividad requiere de algún elemento externo como batones, carro, OTP , etc., considerar también la ayuda de personas y el entorno donde se desenvuelve el usuario.)
- Cuantificar la actividad; se debe medir, ya sea distancia, cantidad de repeticiones etc.
- Especificar el periodo de tiempo para lograr el estado deseado, por lo anterior hay que previamente realizar un pronóstico funcional de los avances que el paciente puede lograr, para ello es necesario realizar una certera evaluación y también tener un conocimiento acabado de la condición de salud que presente el usuario.

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

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



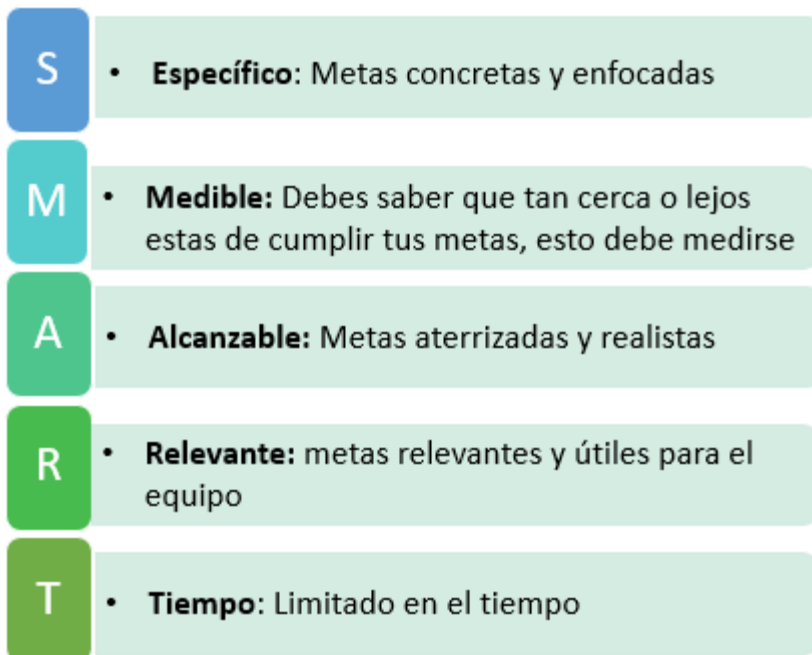
Objetivo específico

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

Se pueden utilizar los siguientes criterios para su formulación:

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

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



Esto brinda tener metas realistas y alcanzables y permite su constante evaluación para determinar modificaciones en la terapia en caso de ser necesario, además, es significativo par el usuario y/o familia.

Ejemplos:

Objetivo específico clásico	Objetivos SMART
<i>Mejorar ROM de codo</i>	<i>Mejorar ROM 10 grados en la extensión de codo derecho dentro de 3 semanas</i>
<i>Mejorar fuerza de cuádriceps</i>	<i>Mejorar fuerza muscular de cuádriceps izquierdo a un M4 dentro de 3 semanas</i>

10. EJEMPLOS DE RAZONAMIENTO POR ÁREA.

Situación de salud Musculoesquelético: Sra. Silvia Oses, dueña de casa, es una usuaria de 63 años, que consulta por dolor de cadera derecha. Refiere que hace 2 años tuvo un episodio similar y le diagnosticaron artrosis de cadera por el cual recibió tratamiento kinésico con buenos resultados. Es diabética diagnosticada hace 15 años por lo que toma glucophage. Desde hace 5 años comenzó a practicar “running”, lo cual la mantenía activa. Practicaba 2 veces por semana durante 1/2 hora, pero debió dejarlo hace 1 mes ya que le generaba gran molestia.

Su principal problema se relaciona con dolor de cadera derecha el cual lo califica con un ENA 5, refiere aumento de dolor al bajar escaleras y al caminar trechos largos siente la pierna cansada y sin fuerza, por lo que cada vez está caminando menos. Además, refiere que ocasionalmente presenta una sensación de hormigueo en cara post del glúteo derecho que tomando AINES se le pasa, aunque no del todo. En la evaluación, la marcha se observa una marcada inclinación lateral (Izquierda) de tronco durante la fase de apoyo. El rango de flexión de cadera se encuentra disminuido (90°). Fuerza del Cuádriceps (M3). La Sra. Silva vive con su esposo y sus 2 hijos (universitarios) que la ayudan con los quehaceres de la casa y con quienes practicaba actividades deportivas. Vive en un departamento en el 4º piso que arrienda junto a su esposo, el cual no cuenta con ascensor, por lo que se ve obligada a subir por las escaleras.

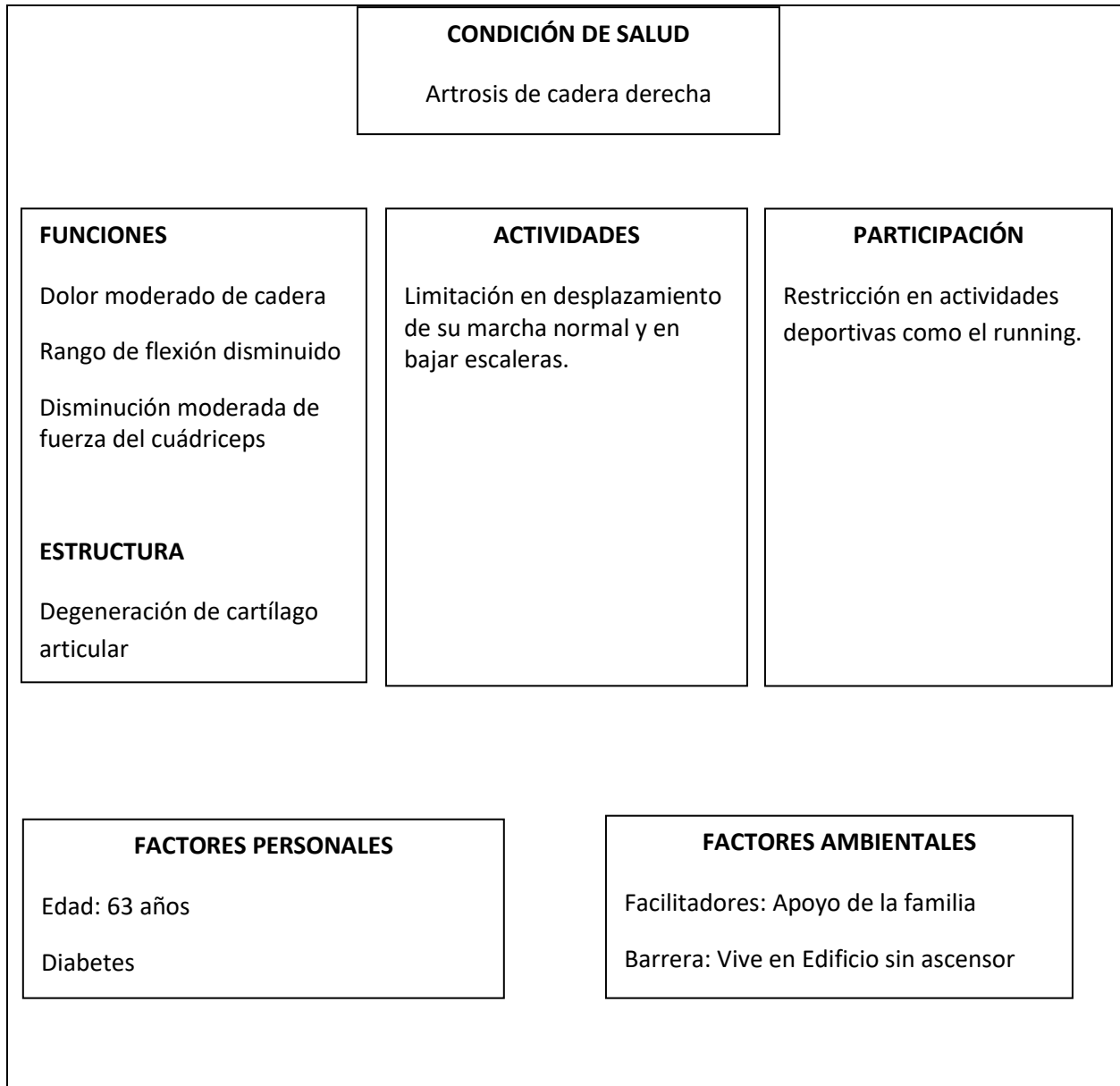
a) RPS FORM

	Paciente: Silvia Oses Edad: 55 años	Fecha 20/6/2020	Enfermedad/condición Artrosis cadera derecha	Medicación AINES Glucophage
Percepción del paciente	Dolor en cadera derecha. Hormigueo ocasional en cara posterior del muslo y glúteo derecho. Pierna cansada y sin fuerza.		Dificultad para bajar escaleras y trechos largos.	Dejó el running hace 1 mes.
	Funciones		Actividades	Participación
Perspectiva terapéutica	Dolor moderado de cadera derecha. Parestesias glúteo y muslo posterior. Rango de flexión disminuido. Disminución moderada de fuerza del cuádriceps.		Limitación en su desplazamiento en bajar escaleras y marcha en terreno plano.	Restricción en su actividad deportiva en el running.
	Factores personales Edad 63 años. Diabetes		Factores ambientales Vive en departamento en el cuarto piso sin ascensor. Recibe ayuda de su familia.	

	Paciente: Silvia Oses Edad: 55 años	Fecha 20/6/2020	Enfermedad/condición Artrosis cadera derecha	Medicación AINES Glucophage
Percepción del paciente	Dolor en cadera derecha. Hormigueo ocasional en cara posterior del muslo y glúteo derecho. Pierna cansada y sin fuerza.		Dificultad para bajar escaleras y trechos largos.	Dejó el running hace 1 mes.
	Funciones		Actividades	Participación
Perspectiva terapéutica	Dolor moderado de cadera derecha. Parestesias glúteo y muslo posterior. Rango de flexión disminuido. Disminución moderada de fuerza del cuádriceps.		Limitación en su desplazamiento en bajar escaleras y marcha en terreno plano.	Restricción en su actividad deportiva en el running.
	Factores personales Edad 63 años. Diabetes		Factores ambientales Vive en departamento en el cuarto piso sin ascensor. Recibe ayuda de su familia.	

Al cruzar la información se puede observar que el dolor de cadera que manifiesta el usuario es producido por deficiencias propias de la articulación, pero agravada por el factor contextual de vivir en el 4 piso de su edificio sin ascensor, esto genera dificultad para bajar escaleras y para su desplazamiento lo que repercute finalmente en la restricción de su actividad deportiva.

b) CIF Músculo esquelético



c) DIAGNÓSTICO KINÉSICO

Musculoesquelético: Usuario género femenino, de 63 años, con diagnóstico de artrosis de cadera, presenta una disfunción musculoesquelética se manifiesta con dolor moderado en cadera derecha asociada a parestesias ocasionales, rango disminuido a la flexión, disminución moderada de fuerza de cuádriceps que limitada su desplazamiento en su marcha y al bajar escaleras restringiendo sus actividades deportivas como el running.

d) PLANTEAMIENTO DE OBJETIVOS

Objetivo general: Mejorar la funcionalidad del miembro inferior derecho y marcha para reincorporarla a sus actividades de la vida diaria y deportivas.

Objetivos específicos:

- Disminuir dolor en un 50% dentro de 2 semanas
- Mejorar rango articular en 20° en la flexión de cadera dentro de 3 semanas
- Mejorar fuerza muscular a un M4 dentro de 3 semanas
- Mejorar desempeño de la marcha dentro de 3 semanas
- Educar al usuario y familiares sobre patología y ejercicios en casa en un plazo de 1 semana.
- Potenciar redes de apoyo en relación a desplazamiento, transporte y accesibilidad a su departamento.

11. Situación de salud Neurológica:

Daniel Paredes de 70 años, jubilado, vive con su esposa en el 3er piso de un departamento sin ascensor. Tiene 2 hijos de 30 y 34 años que ya no viven con él, pero lo apoyan diariamente. Le gusta hacer trabajos de carpintería dentro de su casa y juntarse con sus amigos de un Club de Adulto Mayor, asiste 2 veces a la semana a un CCR, donde participa de un plan de rehabilitación enfocado en su patología de base. Sus principales preocupaciones tienen que ver con evitar riesgo de caída y no perder la marcha.

No presenta otros antecedentes mórbidos, presenta hace aproximadamente 5 de años diagnóstico de enfermedad de Parkinson, tratamiento farmacológico con L-Dopa, cuadro caracterizado por bradicinesia, rigidez con signo en rueda dentada que se observa en ambas extremidades superiores, no presentar temblor de reposo. A la inspección se observa paciente poco expresivo (hipomimia), logra movilizarse de forma independiente, aunque con dificultad. Además, se observa enflaquecido dado que se alimenta con dificultad producto de una disfagia leve. Presenta rangos normales excepto en la dorsiflexión de tobillo, la ABD y flexión de hombro. En relación con la AVD básicas, el paciente presenta dificultad en alimentación, vestuario, transferencias, higiene, aunque lo hace de manera independiente (Hoehn Yahr 3). La sensibilidad se encuentra conservada. La postura en posición bípeda presenta inclinación anterior de tronco escasa base de sustentación, anteposición de cabeza, presentado un Romberg (+) con pies junto y ojos cerrados. Durante la marcha presenta disminución del braceo, no logra fase de apoyo inicial con talón, largo del paso disminuido, amplitud de los rangos de movimientos activos disminuidos de forma global, observándose una marcha festinante. (TUG: 17 seg).

a) RPS-form

	Paciente: Daniel Paredes Edad: 70 años	Fecha 20/6/2020	Enfermedad/condición Enfermedad de Parkinson	Medicación L-Dopa
Percepción del paciente	-Mi forma de caminar no es estable		Tengo miedo a caerme, no poder caminar y realizar mis actividades cotidianas. Me cuesta comer, bañarme y vestirme"	No puedo seguir realizando mis trabajos de carpintería por sí solo, ni poder ir a ver a mis amigos al club de AM
	Funciones		Actividades	Participación
Perspectiva terapéutica	-Bradicinesia -Hipomimia - Hipertonía (signo de rueda dentada) - Acortamiento del tríceps sural y el pectoral mayor - Disminución del ROM - Rigidez bilateral - Disfagia leve		- Transferencias - Marcha independiente - Subir y bajar escaleras - Vestuario (abrochar botones) - Comer (cortar la comida con un cuchillo) - Higiene (bañarse o cepillarse los dientes)	-Desplazamiento independiente - Realizar trabajos de carpintería en su hogar - Ir al club de AM con sus amigos
	Factores personales Edad 70 años. Jubilado. Poco expresivo.		Factores ambientales Facilitadores: Asiste a rehabilitación 2 veces por semana, pertenece a club de el adulto mayor. Recibe ayuda de su familia. Barreras: Vive en departamento en el tercer piso sin ascensor.	

	Paciente: Daniel Paredes Edad: 70 años	Fecha 20/6/2020	Enfermedad/condición Enfermedad de Parkinson	Medicación L-Dopa
Percepción del paciente	-Su forma de caminar no es estable		Tengo miedo a caerme, no poder caminar y realizar mis actividades cotidianas. Me cuesta comer, bañarme y vestirme"	No puedo seguir realizando mis trabajos de carpintería por sí solo, ni poder ir a ver a mis amigos al club de AM
	Funciones		Actividades	Participación
Perspectiva terapéutica	-Bradicinesia -Hipomimia - Hipertonía (signo de rueda dentada) - Acortamiento del tríceps sural y el pectoral mayor - Disminución del ROM - Rigidez bilateral - Disfagia leve		Transferencias -Marcha independiente - Subir y bajar escaleras - Vestuario (abrochar botones) - Comer (cortar la comida con un cuchillo) - Higiene (bañarse o cepillarse los dientes)	-Desplazamiento independiente Realizar trabajos de carpintería en su hogar Ir al club de AM con sus amigos
	Factores personales Edad 70 años. Jubilado. Poco expresivo.		Factores ambientales Positivos: Asiste a rehabilitación 2 veces por semana, pertenece a club de el adulto mayor. Recibe ayuda de su familia. Negativos: Vive en departamento en el tercer piso sin ascensor.	

Al cruzar la información se puede identificar que el principal problema del usuario corresponde al miedo a caerse, dificultad en su marcha y actividades cotidianas, los principales factores que indican en esta situación, son las deficiencias en las funciones como la bradicinesia, hipertensión, acortamiento muscular, disminución de rango y de fuerza y esto es agravado por el factor contextual de vivir en un departamento en el tercer piso sin ascensor, lo que genera limitación en actividades como transferencias, y actividades manipulativas comprometiendo su desplazamiento independiente y su trabajo de carpintería.

b) CIF Neurológica

CONDICIÓN DE SALUD Enfermedad de Parkinson		
FUNCIONES Y ESTRUCTURA <ul style="list-style-type: none">-Bradicinesia- Hipertonía (signo de rueda dentada)- Acortamiento del tríceps sural y el pectoral mayor- Disminución del ROM- Hipomimia- Disfagia leve	ACTIVIDADES <ul style="list-style-type: none">- Transferencias- Marcha independiente- Subir y bajar escaleras- Vestuario (abrochar botones)- Comer (cortar la comida con un cuchillo)- Higiene (bañarse o cepillarse los dientes)	PARTICIPACIÓN <ul style="list-style-type: none">-Desplazamiento independiente.- Realizar trabajos de carpintería en su hogar- Ir al club de AM con sus amigos
FACTORES PERSONALES <p>Edad: 70 años</p> <p>Jubilado</p> <p>Poco expresivo</p>	FACTORES AMBIENTALES <p>Facilitadores: Apoyo de la familia, asiste a rehabilitación 2 veces por semana, pertenece a club de el adulto mayor.</p> <p>Barrera: Vive en 3º piso de un edificio sin ascensor.</p>	

c) DIAGNÓSTICO KINÉSICO

Neurológica: Usuario género masculino de 70 años de edad, con diagnóstico de Enfermedad de Parkinson, presenta una disfunción neurológica, que se manifiesta con bradicinesia, hipertonia, acortamiento de tríceps sural y pectoral mayor, disminución del ROM, hipomimia, disfagia leve, lo que limita actividades como la marcha independiente, transferencias, subir y bajar escaleras, vestirse, alimentarse e higiene personal, generando una restricción en la participación de su desplazamiento dentro del departamento donde vive, realizar trabajos de carpintería en su hogar, toma de decisiones tanto en el ámbito personal como familiar e ir al club de AM y rehabilitación.

d) PLANTEAMIENTO DE OBJETIVOS

Objetivo general:

- 1) Mejorar el patrón de marcha para una mayor independencia en sus actividades de la vida diaria y poder participar tanto de el club de adulto mayor – CCR.
- 2) Inyectar facilitadores (como familiares y ayudas técnicas) para que participe en el club de adulto mayor

Objetivos específicos:

- Flexibilizar musculatura acortada del tríceps sural y pectoral mayor.
- Mejorar y/o mantener ROM.
- Mejorar el equilibrio estático y dinámico.
- Entrenar las reacciones posturales y las de balance.
- Mejorar la coordinación óculo-manual y óculo-pedal.
- Reeducar transferencias medias y altas.
- Educar al paciente sobre su patología de base y ejercicios en casa 1 vez en la semana.
- Potenciar redes de apoyo en relación a desplazamiento, transporte y accesibilidad en club de adulto mayor.

12. Situación de salud Neurología Infantil: A su servicio de Rehabilitación ingresa Daniel Guzmán de 5 años. Nace de 37 semanas pesando 2,500 gramos, por parto cesárea debido a diabetes gestacional. Permanece hospitalizado 5 días por una hipoglicemia, evolucionando favorablemente.

Cercano al año de vida es diagnosticado de parálisis cerebral mixta posiblemente por secuela de TORCH e hipoglicemia.

Como antecedentes del desarrollo, logra control cefálico cercano al año de vida y control de tronco parcial posterior al año.

Patologías secundarias: Asma bronquial

Mantiene atención de equipo multidisciplinario por Teletón, desde el año de vida. Actualmente sus controles son 3 veces al año.

Daniel vive con ambos padres y su hermano de 18 años. La madre es dueña de casa y el Padre se desempeña como soldador. Ambos muy preocupados por el menor. La madre le realiza una rutina de ejercicios de manera diaria.

Asiste a jardín infantil, con buen desarrollo cognitivo y social, participativo en clases, buena relación con sus compañeros. Se moviliza en silla de ruedas, y las profesoras lo trasladan desde la sala de clases al patio de juegos, ya que Daniel puede hacerlo, pero con bastante lentitud, no logra manejar adecuadamente la dirección de la silla al no controlar su mano derecha, además, requiere asistencia para subir y bajar de la silla.

La madre se encuentra preocupada porque el próximo año ingresa al colegio cursando 1ro básico y le solicitan que debe ingresar solo al baño. Él controla esfínter, teniendo accidentes de manera ocasional, pero su control y destreza no le permiten transferir desde la silla de ruedas al WC.

Referente a la funcionalidad, es independiente en la alimentación, requiere asistencia para el vestuario y aseo personal. Con respecto a la movilidad presenta un nivel 3 GMFCS. Y a nivel de MACS, nivel 2.

En cuanto al control de postura y movimiento logra sedente independiente, desde el supino por medio de patrón diagonal con apoyo de mano izquierda, adquiriendo sedente en anillo con bastante funcionalidad para manipular juguetes. Con asistencia logra transferir a rodillas y desde rodillas a bípedo con patrón de tracción de brazos.

En el suelo se desplaza en gateo tipo salto de conejo.

En el bípedo se mantiene con apoyo anterior, descargando peso mayor hacia derecha, cifosis dorsal, pelvis hacia la retroversión, semiflexión de rodillas, pies en eversión bilateral.

Logra marcha anterior, utilizando carro, requiere de mínima asistencia y supervisión, de manera frecuente suelta el apoyo con la mano derecha, y entrecruza el pie izquierdo.

A nivel manual manipula objetos, utilizando la mano izquierda como dominante y la derecha como asistente, ya que en esta extremidad existen movimientos involuntarios tipo fluctuantes, con inclusión del pulgar ocasional, dificultad para supinar la extremidad y realizar apoyo con carga de peso.

En la evaluación analítica se determina Ashworth de 1 para bíceps izquierdo, 1+ derecho. Isquiotibiales izquierdo 1+, derecho 1.

Reacción de apoyo anterior presente bilateral, apoyo lateral solo a izquierda, al igual que hacia posterior. Reacciones de enderezamiento insuficientes en sedente y bípedo.

	Paciente: Daniel Guzmán Edad: 5 años	Fecha 20/6/2020	Enfermedad/condición Parálisis cerebral mixta	Medicación Polivitaminico
Percepción del paciente	No puede extender bien sus piernas		Dificultad para manipular sus juguetes. Para pararse y caminar. Se cansa al caminar más de 5 minutos	Asiste al jardín.
	Funciones		Actividades	Participación
Perspectiva terapéutica	Cifosis de tronco en el sedente, tiende al colapso flexor. Movimientos involuntarios de EESS derecha. Acortamiento de isquiotibiales. Buena comprensión		Limitación en transferencias altas, marcha independiente. Trasferir a su silla de ruedas. Vestuario y aseo personal.	Restricción para movilizarse de manera autónoma en el jardín.
	Factores personales Edad 5 años. Participativo y entusiasta		Factores ambientales + Vive con sus padres y hermano en casa de 2 pisos +Recibe ayuda de su familia. -El jardín no cuenta con adaptaciones en el baño.	

	Paciente: daniel Guzmán Edad: 5 años	Fecha 20/6/2020	Enfermedad/condición Parálisis cerebral mixta	Medicación Polivitaminico
Percepción del paciente	No puede extender bien sus piernas		Dificultad para manipular sus juguetes. Para pararse y caminar. Se cansa al caminar más de 5 minutos	Asiste al jardín.
	Funciones		Actividades	Participación
Perspectiva terapéutica	Cifosis de tronco en el sedente, tiende al colapso flexor. Movimientos involuntarios de EESS derecha. Acortamiento de isquiotibiales.		Limitación en transferencias altas, marcha independiente. Trasferir a su silla de ruedas. Vestuario y aseo personal.	Restricción para movilizarse de manera autónoma en el jardín.
	Factores personales Edad 5 años. Participativo y entusista Buena comprensión		Factores ambientales + Vive con sus padres y hermano en casa de 2 pisos +Recibe ayuda de su familia. -El jardín no cuenta con adaptaciones en el baño.	

Al analizar la información se puede identificar que los problemas relacionados con la función y estructura dificultan actividades manipulativas y su desplazamiento, limitando de esta manera transferencias altas, vestuario y aseo personal, restringiendo principalmente su participación en el jardín.

CONDICIÓN DE SALUD

Parálisis cerebral mixta.

FUNCIONES

Cognitivo/ conductual:

Se distrae fácilmente

Perceptivo sensorial

Vestibular: deficiente noción de peligro

Somatosensorial: carga de peso asimétrica.

Musculoesquelético:

Cifosis dorsal

Retroversión pélvica

Pronación mano derecha

Acortamiento isquiotibiales EEII izquierda en patrón flexor aductor y rotador interno

Pies en eversión

Neuromuscular: Aumento de tono

ACTIVIDADES

Dificultad en las trasferencias altas.

No logra bipedestación independiente

No realiza marcha independiente

Requiere asistencia para el uso de Baño

Dificultad en el agarre con mano derecha.

Dificultad para desplazarse en silla de ruedas

PARTICIPACIÓN

Dificultad para desplazarse de manera independiente por las instalaciones del jardín.

No puede usar el baño del jardín de manera independiente.

FACTORES AMBIENTALES

Facilitadores: Apoyo de la familia

Barrera: Las instalaciones del colegio no le facilitan el uso del baño

FACTORES PERSONALES

Edad: 5 años

Motivado y cooperador

e) DIAGNÓSTICO KINÉSICO

Neurología Infantil: Usuario género masculino, de 5 años, con diagnóstico de parálisis cerebral mixta, presenta una disfunción neuromuscular por aumento de tono, asimetría postural y funcional, rango disminuido a la extensión de ambas rodillas, pies en eversión y carga de peso asimétrica. Dificultad en el control pélvico que limita las transiciones altas, y desplazamientos autónomos en bípedo, restringiendo su independencia en el jardín al no poder movilizar su silla de ruedas de manera independiente y requerir asistencia en el baño.

f) PLANTEAMIENTO DE OBJETIVOS

Objetivo general:

Mejorar el desplazamiento en bípedo con carro anterior para caminar de manera autónoma por 5 metros, en un plazo de 2 meses

Lograr subir y bajar de su silla de ruedas de manera independiente apoyándose de un banco y con supervisión, para ser autónomo en un plazo de 2 meses.

Objetivos específicos:

- Mejorar control pélvico en un plazo de 3 semanas
- Mejorar control flexoextensor de su mano derecha, en un plazo de 3 semanas
- Mejorar alineación corporal en sedente y bípedo
- Mejorar rango articular de rodillas, llegando a extensión completa.
- Mejorar la estabilidad en el bípedo, con apoyo de una mano, en un plazo de 3 semanas
- Educar a la familia sobre ejercicios que puede realizar en el hogar en un plazo de 1 semana.
- Potenciar redes de apoyo en relación a desplazamiento, transporte y accesibilidad en el colegio.

13. Situación de salud cardiorrespiratoria: Sr. Juan Oróstica. Comerciante, usuario de 72 años, dueño de un local de repuestos automotrices. En el que trabaja activamente de lunes a viernes en horario diurno. Casado, vive con su esposa. Diagnosticado hace 5 años de EPOC y fumador de 15 cigarrillos diarios. Hace 2 días comienza con tos irritativa con mayor intensidad a la habitual. Utilizó salbutamol, fármaco que utiliza regularmente y sin mayor control. Hoy relata que presenta una sensación de ahogo que relata en MRC 3 de 4 puntos (Escala de disnea) lo cual le generaba no respirar bien teniendo que dejar de lado su trabajo. Su esposa lo traslada a servicio de urgencia de Hospital Las Higueras. Ingres a box de atención donde se pesquiza:

Cooperador. Semi sentado. Sudoroso. Febril en 38,9°C.

Frecuencia cardíaca: 120x'. Ritmo sinusal.

Frecuencia respiratoria: 30x'. Uso de musculatura accesoria supraclavicular.

SpO2: 86%. Con 2 L de O2 por naricera.

Gasometría arterial en proceso de informe.

a) RPS FORM

	Paciente: Juan Oróstica Edad: 55 años	Fecha 13/7/2020	Enfermedad/condición Fumador crónico/activo. Enfermedad cardiorrespiratoria crónica reagudizada	Medicación Salbutamol
Percepción del paciente	Sensación de ahogo Tos irritativa No relata mayores alteraciones en su función diaria.		Dificultad para respirar	Impedimento en seguir trabajando en su local de repuestos automotrices
	Funciones		Actividades	Participación
Perspectiva terapéutica	Disnea Fiebre Taquicardia Taquipnea Desaturación		Limitación en funciones vitales como respirar y ejecutar un eficiente intercambio gaseoso.	Restricción absoluta en su participación social y laboral definida por cuadro de reagudización.
	Factores personales Edad 72 años. EPOC Fumador. Deficiente control de su medicación		Factores ambientales Vive con su esposa. Vida laboral activa.	

	Paciente: Juan Oróstica Edad: 55 años	Fecha 13/7/2020	Enfermedad/condición Fumador crónico/activo. Enfermedad cardiorrespiratoria crónica reagudizada	Medicación Salbutamol
Percepción del paciente	Sensación de ahogo Tos irritativa No relata mayores alteraciones en su función diaria.		Dificultad para respirar	Impedimento en seguir trabajando en su local de repuestos automotrices
	Funciones		Actividades	Participación
Perspectiva terapéutica	Disnea Fiebre Taquicardia Taquipnea Desaturación		Limitación en funciones vitales como respirar y ejecutar un eficiente intercambio gaseoso	Restricción absoluta en su participación social y laboral definida por cuadro de reagudización.
	Factores personales Edad 72 años. EPOC Fumador. Deficiente control de su medicación		Factores ambientales Vive con su esposa. Vida laboral activa.	

Al cruzar la información el principal problema del usuario radica en los factores personales, que al poseer una patología crónica respiratoria, un deficiente control en la dosificación de sus medicamentos más un hábito tabáquico constante generó una reagudización de su cuadro, generando disnea, taquipnea y una mayor desaturación provocando en el usuario una sensación de ahogo y tos irritativa, esto repercutió en una mayor limitación de su función respiratoria restringiendo de esta manera, su participación social y laboral en su taller automotriz.

b) CIF Músculo cardiorrespiratorio

CONDICIÓN DE SALUD Enfermedad cardiorrespiratoria crónica reagudizada que lo lleva a consultar a servicio de urgencia		
FUNCIONES Disnea Fiebre Taquicardia Taquipnea Desaturación ESTRUCTURA Alteración crónica/reagudizada en la membran alveolo-capilar, estructura bronquial y parénquima pulmonar. En adición probable alteración biomecánica del sistema musculo-osteo-articular del sistema ventilatorio.	ACTIVIDADES Limitación en funciones vitales como respirar y ejecutar un eficiente intercambio gaseoso y perfusión tisular	PARTICIPACIÓN Restricción absoluta en su participación social, definida por cuadro de reagudización.
FACTORES PERSONALES Edad 72 años. EPOC Fumador. Deficiente control de su medicación	FACTORES AMBIENTALES Facilitadores: Apoyo de la familia	

c) DIAGNÓSTICO KINÉSICO

Cardiorrespiratorio: Usuario género masculino, de 72 años, con diagnóstico de enfermedad cardiorrespiratoria crónica reagudizada, presenta, disnea, aumento de trabajo cardiorrespiratorio e hipoxemia, que limita funciones vitales como respirar y ejecutar un eficiente intercambio gaseoso y perfusión tisular. Con la consiguiente restricción absoluta en su participación social y laboral en su taller de repuestos automotrices.

d) PLANTEAMIENTO DE OBJETIVOS

Objetivo general: Disminuir el trabajo cardiorrespiratorio, evitando la progresión de la disoxia tisular con el consiguiente shock y morbimortalidad del sujeto para reincorporarlo a sus actividades sociales y laborales.

Objetivos específicos:

- Disminuir Frecuencia cardíaca a rangos normales dentro de 1 hora.
- Disminuir Frecuencia respiratoria a rangos normales dentro de 30 min.
- Mejorar oxigenación dentro de 30 min
- Disminuir uso de musculatura accesoria dentro de 1 hora
- Mejorar ventilación alveolar dentro de 30 min.
- Educación al usuario y familia sobre hábitos y medicación.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Fernández-López, Juan Antonio, Fernández-Fidalgo, María, Geoffrey, Reed, Stucki, Gerold, & Cieza, Alarcos. (2009). Funcionamiento y discapacidad: la clasificación internacional del funcionamiento (CIF). *Revista Española de Salud Pública*, 83(6), 775-783. Recuperado en 03 de junio de 2020.
2. Chaná C, Pedro, & Albuquerque, Daniela. (2006). La clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) y la práctica neurológica. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 44(2), 89-97.
3. Jiménez Tordoya, E. Jimmy. (2016). Guía metodológica para elaborar el diagnóstico fisioterapéutico según la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF), de la discapacidad y de la salud. *Gaceta Médica Boliviana*, 39(1), 46-52. Recuperado en 21 de junio de 2020.
4. Jeanette Melin, Åsa Nordin, Caroline Feldthusen & Louise Danielsson (2019): Goal-setting in physiotherapy: exploring a person-centered perspective, *Physiotherapy Theory and Practice*.
5. Werner A Steiner, Ryser L., Huber E., Uebelhart D., Aeschlimann A, Stucki G. (2002). Use of the ICF Model as a Clinical Problem-Solving Tool in Physical Therapy and Rehabilitation Medicine. *Physical Therapy*
6. Javier Daza Lesmes. (2007). Evaluación clínico-funcional del movimiento corporal humano. Ed. Médica Panamericana.
7. Werner A Steiner, Liliane Ryser, Erika Huber, Daniel Uebelhart, André Aeschlimann, Gerold Stucki, (2002). Use of the ICF Model as a Clinical Problem-Solving Tool in Physical Therapy and Rehabilitation Medicine, *Physical Therapy*.
8. Stucki, G., Cieza, A. & Melvin, J. (2007). The international classification of functioning, disability and health: A unifying model for the conceptual description of the rehabilitation strategy. *Journal of Rehabilitation Medicine*.
9. Rimmer, J. (2006). Use of the ICF in identifying factors that impact participation in physical activity/rehabilitation among people with disabilities. *Disability and Rehabilitation*.
10. APTA. (2011). Today's Physical Therapist: A Comprehensive Review of a 21st-Century Health Care Profession. The American Physical Therapy Association.

11. A. Santamaría Damián, E. García Cabrera, M.A. Pérez Marín, C.E. Pacheco Soto. (2020). El diagnóstico fisioterapéutico con fundamento en la Teoría General de los Sistemas. Fisiología.

12. Maya Hijuelos, Liliana. (2017). Importancia del proceso de evaluación fisioterapéutica en neurorrehabilitación. Rev. colomb. Rehabil.