



CENTRO ESTUDIO
OPOSICIONES



@centroestudiooposiciones



centroestudiooposiciones



Centro Estudio Oposiciones

SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

FISIOTERAPIA

TEMA 36

Diagnóstico de Fisioterapia basado en la Clasificación Internacional de la Funcionalidad (CIF).

Ver. 2025

I. Modelos que sustentan el marco conceptual de la Fisioterapia¹

A lo largo de los últimos años han surgido diferentes modelos teóricos que pueden servir como base para encuadrar la actuación de la Fisioterapia en los distintos campos que definen una disciplina científica.

Estos modelos abren la puerta a la conceptualización del **diagnóstico de fisioterapia** y a distinguirlo del diagnóstico médico, paso que resulta imprescindible para poder considerar la Fisioterapia como una disciplina independiente de otras, aunque interrelacionada con ellas.

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

La OMS en 1972, implementó un esquema preliminar, contemplando las consecuencias de la enfermedad, denominado: Clasificación Internacional de la Enfermedad (CIE), que incluye los términos de minusvalía, incapacidad, enfermedad y deficiencia.

En 1980 la OMS publicó la **Clasificación Internacional de Deficiencias (Impairments), Discapacidades (Disabilities) y Minusvalías (Hándicaps) (CIDDM)**. Este instrumento, traducido a más de 14 idiomas y cuya versión española fue publicada en 1983 por el Instituto Nacional de Servicios Sociales tenía por objeto, ofrecer un marco conceptual para la información relativa a las consecuencias a largo plazo de las enfermedades, los traumatismos y otros trastornos. Debe la mayor parte de su desarrollo al profesor Philip Wood ("*Clasificación de Wood*") y, tras varias revisiones de la misma, derivó en 2001 en la actual Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (**CIF**).

A pesar de la importancia que supusieron estos modelos en la década de 1980, 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*, 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. A pesar de su coherencia conceptual y epistemológica, pocos son los fisioterapeutas que utilizan este modelo en la actualidad.

II. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)²⁻⁴

1. Antecedentes



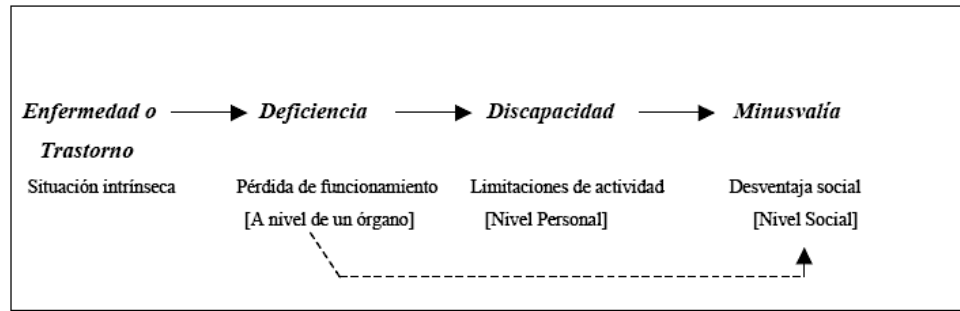
Píldora 36.1

En la citada CIDDM se introdujeron los **conceptos** de:

- **Deficiencia:** en el ámbito de la CIDDM el término “deficiencia” hacía referencia a las anormalidades de la estructura corporal, de la apariencia, así como de la función de un órgano o sistema, cualquiera que fuese su causa; en principio, las deficiencias representaban trastornos en el **ámbito del órgano**. La CIDDM, dentro de la experiencia de la salud definía, por tanto, a la deficiencia como: *“Toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica”*. Estas deficiencias son clasificadas en 9 apartados: intelectuales, psicológicas, del lenguaje, auditivas, visuales, musculoesqueléticas, viscerales, desfiguradoras y un último apartado denominado “generalizadas, sensitivas y otras”.
- **Discapacidad:** la discapacidad reflejaba la **consecuencia de la deficiencia** desde el punto de vista del rendimiento funcional y de la actividad del individuo; representaba, por tanto, trastornos en el **ámbito de la persona**. La CIDDM dentro de la experiencia de la salud la definía como: *“Toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano”*. Distingue también 9 apartados: discapacidades de la conducta, de la comunicación, del cuidado personal, de la locomoción, de la disposición del cuerpo, de la destreza, de “situación”, de una determinada aptitud y “otras restricciones de la actividad”.
- **Minusvalía:** este término hacía referencia a las desventajas experimentadas por el individuo como **consecuencia de las deficiencias y discapacidades**, así pues, la minusvalía reflejaba una interacción y adaptación del individuo a su **entorno**. La CIDDM dentro de la experiencia de la salud, la definió como: *“Una situación de desventaja para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de su edad, sexo y factores sociales y culturales)”*. Divididas en 7 apartados: de orientación, de independencia física, de movilidad, ocupacional, de integración social, de autosuficiencia económica y “otras minusvalías”.

Así, la interacción de todos estos conceptos quedó reflejada en el modelo teórico adoptado en la CIDDM, el cual incorporó un esquema lineal de Discapacidad (Figura 1) que, en cierta medida replicaba el Modelo Clínico de Enfermedad, estableciendo una secuencia que iba desde el trastorno a la minusvalía, pasando por la discapacidad y la deficiencia.

Figura 1. Modelo adoptado en la Clasificación Internacional de Discapacidades (CIDDM).



Aunque la representación del modelo descrito, daba la impresión de que existía una progresión lineal unidireccional, la situación era en realidad más compleja dado que la secuencia de pasos podía ser incompleta o bidireccional, como por ejemplo, lo demostraba el hecho de que una minusvalía podía ser consecuencia de una deficiencia sin que mediase un estado de discapacidad.

Las cuatro dimensiones definidas conllevan un nivel de actuación profesional diferenciado. La Fisioterapia actúa más concretamente sobre la deficiencia y la discapacidad, y en menor medida, sobre las minusvalías. Wood da una importancia particular a la discapacidad en cuanto al trabajo de los fisioterapeutas. La define como «bisagra entre la atención biomédica y la atención psicosocial».

Desde su instauración en 1980 la CIDDM fue ampliamente utilizada en todo el mundo, y por supuesto también en nuestro país, sirviendo de base para un amplio desarrollo de medidas legislativas y de actuaciones en el campo de la provisión de servicios para las discapacidades.

Sin embargo, a lo largo de más de dos décadas de utilización, se identificaron en la CIDDM una serie de **limitaciones y críticas** que analizaremos a continuación:

- La **principal crítica** fue la relacionada con el modelo en el que se sustentaba. Dicho modelo, aun cuando permitía distinguir entre deficiencia, discapacidad y minusvalía, no informaba suficientemente sobre la relación existente entre dichos conceptos. Así, se echaba de menos la presencia de una formulación que:
 1. Fuese menos lineal y que incorporara una interacción más clara entre los distintos elementos;
 2. No sugiriera de manera tan directa una causalidad;
 3. Fuese más compleja, de forma que en ella se incorporasen de manera más activa otros elementos que, como los factores contextuales, se había visto que eran relevantes para las discapacidades.
- La **segunda crítica** que se planteó hacía referencia al “abordaje negativo” que aportaba al estudio y clasificación del estado de salud de la persona. Así, por ejemplo, en la mayoría de las ocasiones resultaba más interesante saber qué habilidades estaban conservadas en la persona, que el describir de manera detallada aquellos aspectos que se habían perdido o estaban limitados.
- **Otro tipo de críticas** se referían a:
 - Falta de una estructura clara y que cumpliese todas las reglas de una clasificación jerárquica.
 - Problemas en la definición y organización de los conceptos incorporados. Así, por ejemplo:
 - Las definiciones para los conceptos de deficiencia y discapacidad se prestaban a confusión, generando problemas a la hora de separar discapacidades y deficiencias;

- De esta falta de claridad en la definición derivaban problemas de aplicación y utilización práctica de dichos conceptos;
- Se apreciaba una importante limitación debida al solapamiento entre sus distintas secciones, sobre todo en lo que se refería a la de las deficiencias, y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE).

2. Proceso de revisión de la CIDDM

Con objeto de subsanar las deficiencias apuntadas, en 1993 la OMS puso en marcha el proceso de revisión de la CIDDM para generar lo que provisionalmente se denominó la CIDDM-2. Los principios esenciales sobre los que se fundamentaba dicho proceso estaban dirigidos a posibilitar que con la nueva clasificación fuese posible:

- Aplicar el modelo bio-psico-social de Discapacidad.
- Introducir en el modelo teórico el concepto de Universalidad de la Discapacidad.
- Crear un instrumento que enfatizase los elementos positivos de la persona y no los aspectos estigmatizantes.
- Establecer un lenguaje común, aplicable trans-culturalmente, que permitiera describir de manera fiable y replicable los estados funcionales inherentes a las “condiciones de salud” de las personas.

Tras varios borradores y estudios de aplicabilidad transcultural (Estudio CAR), este proceso culminó con la presentación de la Clasificación a la 54ª Asamblea Mundial de la Salud, la cual aprobó la nueva clasificación, con el título *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*, en la resolución WHW54.21 del 22 de mayo del 2001.

3. CIF

La razón de ser de la nueva Clasificación, puede ser resumida como: *aportar un lenguaje estandarizado, fiable y aplicable transculturalmente, que permita describir el funcionamiento humano y la discapacidad como elementos importantes de la salud, utilizando para ello un lenguaje positivo y una visión universal de la discapacidad, en la que dichas problemáticas sean la resultante de la interacción de las características del individuo con el entorno y el contexto social.*



Píldora 36.2

Bajo este cambio de nombre subyacen además una serie de **innovaciones terminológicas y taxonómicas fundamentales**:

- “**Bienestar**” es uno de los términos aportados por la CIF y entendido como un **concepto general** que engloba todo el universo de dominios de la vida humana, incluyendo los aspectos físicos, mentales y sociales que componen lo que se considera como tener una “buena vida”. La CIF define tanto componentes de la salud como algunos componentes “relacionados con la salud” y el “bienestar” (tales como educación, trabajo, etc.). Por lo tanto, los dominios incluidos en la CIF pueden ser considerados como **dominios de salud** y **dominios “relacionados con la salud”**.
- Otros de los términos importantes y novedosos aportados por la CIF es el de “**Condición de salud**”. Se entiende por “condición de salud” toda alteración o atributo del estado de salud de un individuo que puede generar dolor, sufrimiento o interferencia con las actividades diarias, o que puede llevar a contactar con servicios de salud o con servicios comunitarios/sociales de ayuda. Se trata de un **término genérico** que incluye enfermedad (aguda o crónica), trastorno, traumatismo y lesión. Una “condición de salud” puede incluir también otras circunstancias como

embarazo, envejecimiento, estrés, anomalías congénitas o predisposiciones genéticas. Las “condiciones de salud” se codifican utilizando la CIE-10.

- La nueva conceptualización del término “discapacidad” también es fundamental. **Discapacidad es asumido como un término genérico** que abarca las distintas dimensiones de:
 - “Deficiencias de función y deficiencias de estructura” (antes deficiencias);
 - Limitaciones en las “actividades” (antes discapacidades)
 - Restricciones en la “participación” (antes minusvalía).

3.1. Objetivos



PREGUNTA RECURRENTE: Objetivos de la CIF

La CIF es una clasificación diseñada con un propósito múltiple para ser utilizada en varias disciplinas y diferentes sectores. Sus objetivos específicos pueden resumirse en:

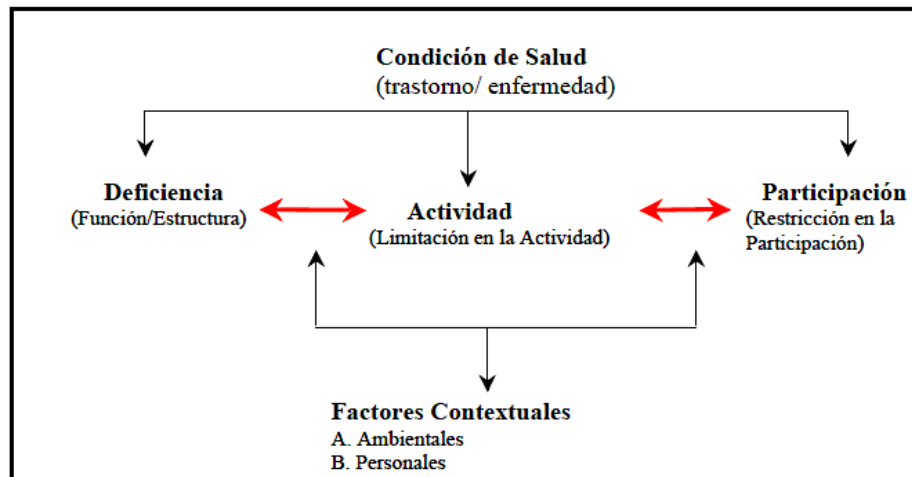
- Proporcionar una **base científica para el estudio y la comprensión de la salud** y los estados relacionados con ella, los resultados y los determinantes.
- Establecer un **lenguaje común para describir la salud** y los estados relacionados con ella, para mejorar la comunicación entre distintos usuarios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

Estos objetivos están relacionados entre sí, ya que la necesidad y el uso de la CIF requiere la construcción de un sistema de codificación relevante y útil que pueda aplicarse en distintos ámbitos: en política sanitaria, en evaluación de la calidad asistencial, y para la evaluación de consecuencias en diferentes culturas.

3.2. Modelo conceptual de la CIF

En un intento de subsanar las limitaciones inherentes al modelo excesivamente lineal de la CIDDM, se ha establecido para la CIF un **modelo más sofisticado y multidireccional** que contempla de manera más exhaustiva la complejidad de la discapacidad.

Modelo explicativo incorporado en la CIF



De acuerdo con ese diagrama, el funcionamiento de un individuo en un dominio específico se entiende como una **relación compleja** o interacción **entre la condición de salud y los Factores Contextuales** (factores ambientales y personales). Existe una **interacción dinámica** entre estos elementos: las intervenciones en un elemento tienen el potencial de modificar uno o más de los otros elementos.

Esta interacción entre la condición de salud del individuo y los factores contextuales se articula a través 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 realización de una tarea o acción por parte de un individuo. Representa la perspectiva del individuo respecto al funcionamiento. Las **limitaciones** en la actividad son dificultades que un individuo, con un determinado estado de salud, puede tener en el desempeño/realización de diversas actividades.
El término “limitaciones en la actividad” sustituye al de “discapacidad” utilizado en la CIDDM, ya que, en la CIF, como se ha comentado anteriormente el término “discapacidad” ha pasado a ser un término global.
- El tercer componente, la **Participación**, es el acto de involucrarse en una situación vital. Representa la perspectiva de la sociedad respecto al funcionamiento. Los problemas que el individuo experimenta en tal desenvolvimiento constituyen las **restricciones**.

Los tres componentes están integrados bajo los términos *funcionamiento* y *discapacidad* (Parte 1 de la CIF) reflejando el carácter genérico y dinámico de ambos términos. Así:

- **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. Tradicionalmente la salud y la discapacidad se han definido como conceptos excluyentes. Así, la discapacidad se entendía como un estado que empieza donde termina la salud, pasando entonces a constituir una categoría separada (modelo biomédico). En este punto la CIF supone un cambio conceptual radicalmente distinto. Asume que todos podemos experimentar en un

momento determinado *de* nuestra vida un deterioro de la salud y, por tanto, un cierto grado de discapacidad. Así, **salud y discapacidad** se extienden por igual a lo largo del *continuum* de nuestra vida y de todas sus facetas y **no son, por tanto, categorías separadas**. *Discapacidad no es, pues, la característica de algunos grupos sociales, sino que se trata de una experiencia humana universal, un concepto dinámico bidireccional* fruto de la interacción entre estado de salud y factores contextuales (modelo biopsicosocial).

Los **Factores Contextuales** (Parte 2 de la CIF) 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* (estrategias de afrontamiento), el carácter, etc. Los Factores Personales no se clasifican en la versión actual de la CIF. Su evaluación, si fuese necesario, se deja a la iniciativa del usuario.

El impacto de los **factores contextuales** es tan importante que respecto al funcionamiento **pueden actuar como facilitadores o como barreras**.

Ejemplos de las interacciones plasmadas en el modelo explicativo de la CIF:

- Un individuo puede presentar deficiencias sin tener limitaciones en la capacidad: una desfiguración como consecuencia de la lepra puede no tener efecto en la capacidad de la persona.
- Un individuo puede tener limitaciones en la capacidad y problemas de desempeño/realización sin presentar deficiencias evidentes: reducción en el desempeño/realización de las actividades diarias que se asocia con muchas enfermedades comunes.
- Una persona puede tener problemas de desempeño/realización sin deficiencias o limitaciones en la capacidad: persona VIH positiva o un antiguo paciente recuperado de una enfermedad mental que se enfrentan a la estigmatización o la discriminación en las relaciones interpersonales o el trabajo.
- Una persona puede presentar limitaciones en la capacidad sin asistencia, y ausencia de problemas de desempeño/realización en un entorno facilitador: un individuo con limitaciones en la movilidad, puede ser provisto por la sociedad de ayudas tecnológicas que faciliten su desplazamiento.

3.3. Estructura operacional de la CIF

La CIF se organiza en un **esquema jerárquico**.



Píldora 36.3

En su estructura reconoce **dos partes** que constituyen el término de máximo nivel.

- La Parte 1 se relaciona con el Funcionamiento y Discapacidad
- La Parte 2 se relaciona con los Factores Contextuales

Los **componentes** son cada una de las dos subdivisiones principales de las Partes:

- Los componentes de la Parte 1 son:
 - Funciones y Estructuras corporales
 - Actividades y Participación
- Los componentes de la Parte 2 son:
 - Factores Ambientales
 - Factores Personales (actualmente no están incluidos en la CIF)

Los **constructos** son **calificadores** empleados para describir y/o modificar cada uno de los componentes de la CIF. Nos **sirven para interpretar los componentes**, es decir, para poder saber cuál es el funcionamiento o la discapacidad de un individuo en cuanto a sus Funciones y Estructuras Corporales, su Actividad y Participación, sus Factores Ambientales y sus Factores Personales. Existen cuatro constructos para la Parte 1 y uno para la Parte 2

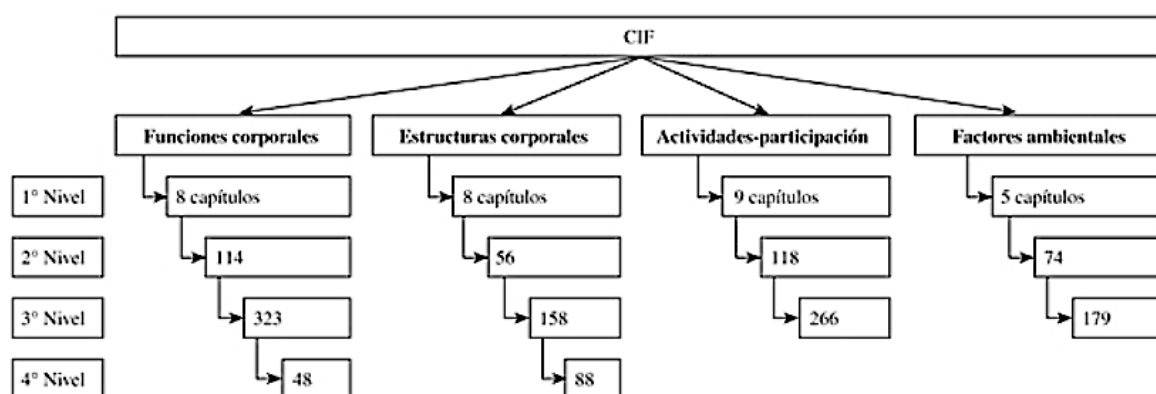
- Los "constructos" de la Parte 1 son:
 - Cambio en funciones corporales
 - Cambio en estructuras corporales
 - **Capacidad**: máximo nivel posible de funcionamiento que una persona puede alcanzar en un momento dado en Actividad y Participación
 - **Desempeño/Realización**: lo que la persona hace en su entorno/ambiente real
- El "constructo" de la Parte 2 es:
 - **Facilitadores o barreras**: factores en el entorno de la persona que cuando están presentes o ausentes mejoran/limitan el funcionamiento y reducen/generan la discapacidad.

Los **dominios** son un conjunto práctico y lógico de funciones fisiológicas, estructuras anatómicas, acciones, tareas, o áreas de la vida. Los dominios constituyen los distintos capítulos y bloques en cada componente.

Las **categorías** son clases y subclases dentro del dominio de un componente. Las categorías son las unidades de clasificación (la CIF no clasifica personas).

Hoy por hoy la CIF consta de **1.424 categorías** mutuamente excluyentes que tomadas en conjunto cubren un espectro exhaustivo e integral de la experiencia humana y que están **organizadas como una estructura jerárquica de 4 niveles de menor a mayor precisión**.

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



Las **categorías están indicadas por medio de códigos alfanuméricos** en el que las letras b, s, d y e se utilizan para indicar Funciones Corporales, Estructuras Corporales, Actividades y Participación, y Factores Ambientales. Las letras van seguidas de un código numérico que empieza con el número del capítulo (un dígito), seguido del segundo nivel (dos dígitos) y del tercer y cuarto nivel (un dígito para cada uno). Ejemplo:

Capítulo / 1 ^{er} Nivel	b2	Funciones sensoriales y dolor
2º nivel	b280	Sensación de dolor
3º nivel	b2801	Dolor en una parte del cuerpo
4º nivel	b28013	Dolor de espalda

Según esta estructura jerárquica la categoría de nivel más alto (4º) comparte los atributos de la categoría de menor nivel (1º) a la cual pertenece. Así, en nuestro ejemplo, el uso de una categoría de más nivel (b28013, Dolor de espalda) implica automáticamente que es aplicable a una categoría de nivel inferior (b2801, Dolor en una parte del cuerpo).

Para cuantificar la magnitud de un problema en las diferentes categorías se usan los calificadores, los cuales son descriptores de calidad ponderados matemáticamente que registran la presencia o severidad de un problema a nivel corporal, personal o social. Así, un problema puede suponer un deterioro, una limitación o una restricción que puede calificarse desde 0 (no problema: 0-4%), 1 (problema leve: 5-24%), 2 (problema moderado: 25-49%), 3 (problema severo: 50-95%) hasta 4 (problema total: 96-100%).

Por su parte, **los factores ambientales son cuantificados con una escala negativa o positiva que indica la medida en la cual un factor ambiental actúa como barrera o facilitador.**

0 - No barrera	0 - No facilitador
-1 - Barrera Leve	+1 - Facilitador Leve
-2 - Barrera Moderada	-2 - Facilitador Moderado
-3 - Barrera Severa	+3 - Facilitador Severo
-4 - Barrera Completa	+4 - Facilitador Completo

Los calificadores **se codifican como uno, dos o más números tras el punto decimal del código de la categoría. El uso de cualquier código debe acompañarse de por lo menos un calificador.** Sin calificadores los códigos no tienen sentido.

El primer calificador para Funciones corporales y Estructuras Corporales, los calificadores de desempeño/realización y capacidad para Actividad y Participación, y el primer calificador para los Factores Ambientales describen la extensión de los problemas en los respectivos componentes.

3.4. Desarrollos metodológicos

Con la estructura operativa descrita más arriba los componentes del modelo CIF (excepto los factores personales) quedan clasificados de modo que nos proporcionan una comprensión estandarizada y una descripción integral de la salud y de los estados relacionados con ella. Ahora bien, un compendio integral de la clasificación al completo resulta poco práctico en la clínica diaria, a menos que lo transformemos en una herramienta más manejable.

Para facilitar su uso en la clínica diaria se ha puesto en marcha un proyecto cuyo objetivo es desarrollar grupos de categorías CIF útiles para la clínica práctica, la provisión de servicios y la investigación, así como para vincular la CIF a las condiciones de salud codificadas con la CIE. Con este fin, se han desarrollado los llamados **núcleos básicos de la CIF (ICF Core Sets)**.

Los núcleos básicos CIF son listas consensuadas de categorías relevantes de la CIF que cuando son específicas para enfermedades concretas o para contextos sanitarios se denominan núcleos básicos abreviados (*Brief ICF Core Sets*), y pueden usarse en estudios clínicos o estadísticas sanitarias. Consisten en el menor número necesario de categorías CIF para describir un problema prototípico de

Muestra de temario de Centro Estudio

funcionamiento y salud en pacientes con una determinada condición. Por el contrario, para cuando necesitamos realizar una evaluación integral multidisciplinaria y multiprofesional se han desarrollado listados más extensos de categorías relevantes. Son los llamados núcleos básicos extensos (*Comprehensive ICF Core Sets*).

3.5. Implicaciones sanitarias

La CIF complementa los indicadores que tradicionalmente se han utilizado para medir la mortalidad o las enfermedades. Esta complementariedad se hizo necesaria porque tales datos no recogen adecuadamente los resultados de salud en individuos o poblaciones (por ejemplo, **los diagnósticos por sí solos no explican lo que son capaces de hacer las personas que padecen las enfermedades**, cuál es su pronóstico, qué necesitan o cuál es el coste de sus tratamientos). En este sentido la CIF es útil para evaluar el diferencial existente entre el funcionamiento real y el potencial del enfermo (con ayuda de los calificadores). Asimismo, identifica facilitadores y/o barreras ambientales que deben ser objeto de intervención y sirve de guía para la evaluación multidisciplinaria de personas con una determinada patología.

El uso de categorías CIF en la descripción del funcionamiento de las personas ofrece una excelente oportunidad para mejorar la comunicación médico-paciente acerca del nivel de función y de los objetivos terapéuticos. También es muy útil en la evaluación multidisciplinar del proceso rehabilitador y en las evaluaciones de expertos legales.

En nuestro medio se han descrito los fundamentos de la CIF en diversa forma y se ha podido demostrar en la práctica un alto grado de equivalencia con otras medidas ampliamente utilizadas en el ámbito sociosanitario para valorar la dependencia, como el Índice de Barthel o de Actividades de la Vida Diaria Básicas, y una mejor clarificación de las áreas de estudio.

La CIF complementa los indicadores que tradicionalmente se han utilizado para medir la mortalidad o las enfermedades. Esta complementariedad se hizo necesaria porque tales datos no recogen adecuadamente los resultados de salud en individuos o poblaciones (por ejemplo, **los diagnósticos por sí solos no explican lo que son capaces de hacer las personas que padecen las enfermedades**, cuál es su pronóstico, qué necesitan o cuál es el coste de sus tratamientos). En este sentido la CIF es útil para evaluar el diferencial existente entre el funcionamiento real y el potencial del enfermo (con ayuda de los calificadores). Asimismo, identifica facilitadores y/o barreras ambientales que deben ser objeto de intervención y sirve de guía para la evaluación multidisciplinaria de personas con una determinada patología.

El uso de categorías CIF en la descripción del funcionamiento de las personas ofrece una excelente oportunidad para mejorar la comunicación médico-paciente acerca del nivel de función y de los objetivos terapéuticos. También es muy útil en la evaluación multidisciplinar del proceso rehabilitador y en las evaluaciones de expertos legales.

Centro Estudio se reserva todos los derechos sobre este material, que es de uso exclusivo e intransferible del alumno/a matriculado/a en el centro y en esta categoría. Queda prohibida la venta y/o reproducción total o parcial del material protegido por estos derechos de propiedad intelectual, o su uso en cualquier forma, o por cualquier medio, ya sea electrónico o mecánico, incluyendo fotocopiado, transmisión o cualquier sistema de almacenamiento y recuperación de información, sin el permiso por escrito de Centro Estudio Oposiciones.

Muestra de temario de Centro Estudio



CENTRO ESTUDIO
OPOSICIONES

www.centroestudio.es

info@centroestudio.es

604 001 567