

TEMA 2

MODELOS TEÓRICOS DE EVALUACIÓN EN FISIOTERAPIA Y KINESIOLOGÍA

1.1. Introducción

Los servicios de salud siguen siendo una prioridad para todos los gobiernos, esto precisamente se pretende en nuestro país a propósito de la implementación del nuevo modelo de salud familiar comunitario e intercultural (SAFCI). Actualmente, los cambios son constantes, por tanto, es un reto clave para los fisioterapeutas desarrollar nuestros procesos de intervención para responder a las demandas y necesidades que garanticen en primera instancia, la prestación de servicios integrales de alta calidad a los pacientes, y segundo, la incorporación de nuestra profesión en el equipo de salud.

Más concretamente, en lo que respecta a la evaluación fisioterapéutica y kinesiológica se debe mostrar una cualificación permanente para valorar las disfunciones y tomar decisiones terapéuticas en tiempo real, que no solo compruebe la correspondencia de los datos con el diagnóstico médico, sino que más bien permita transcender en el análisis desde una dimensión clínico hasta lo funcional. Para llegar a esto, se debe precisamente adquirir las competencias necesarias en la valoración de pacientes, como en la mayor parte de los procesos, requiere de práctica, perfeccionamiento y reflexión. La capacidad de analizar y valorar a los pacientes de manera eficaz es una aptitud esencial que tiene que poseer todo fisioterapeuta.

En este tema se presenta algunos principios generales del proceso de evaluación en Fisioterapia y Kinesiología en cuanto a los procedimientos basados en modelos teóricos que actualmente se vienen desarrollando.

1.2. Naturaleza de la práctica en Fisioterapia (WCPT)

En el contexto de la salud, este término se considera como "... un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". Por eso los fisioterapeutas proporcionan servicios a las personas y poblaciones para desarrollar, mantener y restablecer el movimiento y la máxima capacidad funcional durante toda la vida. La práctica fisioterapéutica incluye la prestación de servicios en circunstancias en que se ven amenazada el movimiento y la función debido a los procesos de envejecimiento o en todo caso por efecto de las lesiones, trastornos o enfermedades. El movimiento funcional es fundamental para lo que significa ser saludable.

En la práctica el fisioterapeuta se ocupa de identificar y maximizar la calidad de vida y el potencial de movimiento funcional, dentro de los ámbitos de la promoción, prevención,

mantenimiento, tratamiento, habilitación y rehabilitación. Esto consiste en la interacción entre, el fisioterapeuta y los pacientes o clientes, familias, cuidadores, otros proveedores de atención de salud y el mismo ambiente social o comunitario, en un proceso de evaluación del potencial de movimiento y en el establecimiento de las metas acordadas y los objetivos con los conocimientos y habilidades únicas para los fisioterapeutas.

Los fisioterapeutas están capacitados para desarrollar los siguientes procedimientos:

- Realizar un examen y evaluación completa del paciente o de las necesidades de un grupo de población determinada.
- Formular el diagnóstico y pronóstico fisioterapéutico
- Elaborar el plan de intervención
- Ofrecer consultas dentro de su competencia y determinar cuando los pacientes tienen que ser referido a otro profesional de la salud
- Implementar un programa de tratamiento e intervención fisioterapéutica
- Determinar los resultados de los tratamientos e intervenciones.
- Hacer recomendaciones para la autogestión

El amplio conocimiento del fisioterapeuta del cuerpo y sus necesidades de movimiento y el potencial funcional es fundamental para determinar las estrategias de diagnóstico y tratamiento o intervención. El escenario de práctica variará en función de si la fisioterapia se refiere a la promoción de la salud, la prevención, el mantenimiento, intervención / tratamiento, habilitación o rehabilitación.

1.3. Nociones generales de evaluación en Fisioterapia

Históricamente, desde hace un tiempo atrás los fisioterapeutas pueden trabajar como profesionales autónomos, de manera que toman decisiones terapéuticas con independencia de otros profesionales en salud. Dicha autonomía profesional hace que nuestra disciplina resulte estimulante, a la vez que conlleva un alto grado de responsabilidad. No se debe olvidar que la evaluación Fisioterapéutica debe ser realizada por un profesional una vez obtenido su título y la licencia respectiva.

Pero ¿cuándo tienen que examinar y evaluar los Fisioterapeutas y Kinesiólogos? Esta interrogante se responde de la siguiente manera:

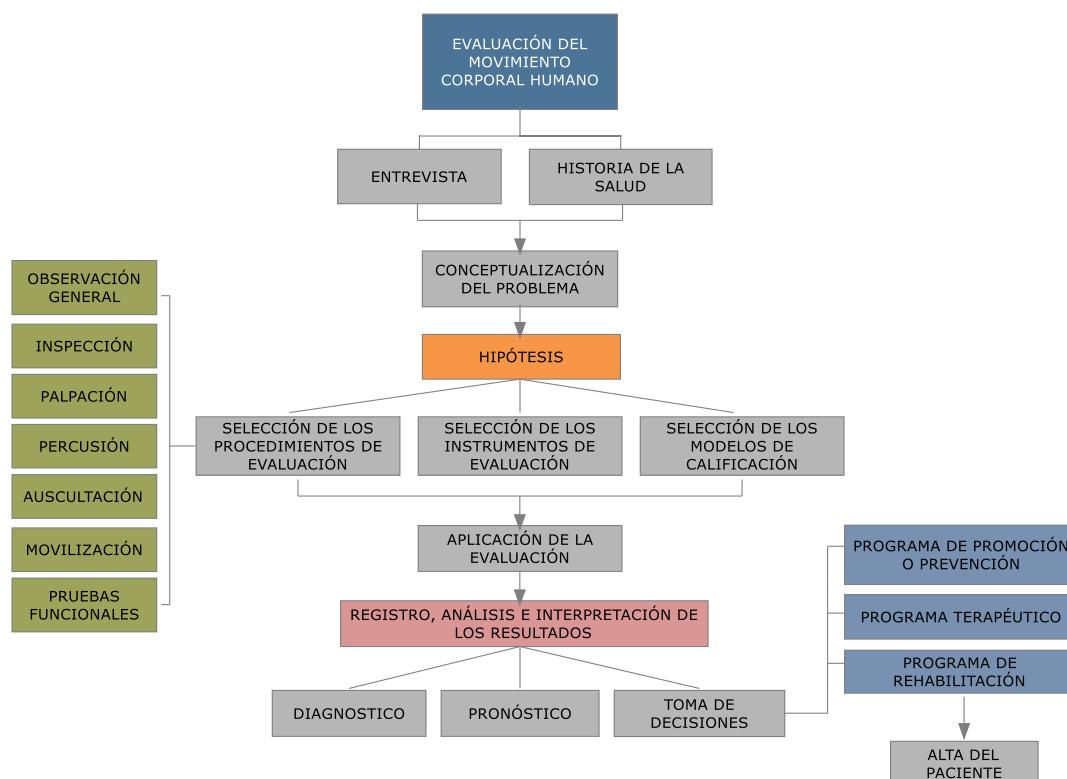
- En el primer contacto con el paciente ya que resulta esencial realizar una valoración inicial para determinar los problemas y definir el plan de tratamiento.
- Durante el tratamiento, puesto que la valoración resulta especialmente apropiada mientras se realizan las intervenciones, ya que los síntomas y signos del paciente pueden variar con bastante rapidez.
- Después de cada tratamiento se tiene que reevaluar al paciente mediante indicadores subjetivos y objetivos a fin de juzgar la eficacia de la intervención.

- Al comienzo de cada nuevo tratamiento, tomando en cuenta que la valoración debe determinar los efectos duraderos del tratamiento o los efectos que otras actividades podrían haber tenido sobre los síntomas y signos del paciente.

1.4. Modelo de evaluación basado en la investigación

Según Daza Lesmes (2007) el proceso de valuación fisioterapéutica llevado al campo clínico funcional, se plantea como un proceso de investigación. Esta se inicia con la estructuración de una hipótesis referida a la alteración del funcionamiento o de la discapacidad a partir de los datos obtenidos en la entrevista y la observación inicial.

Figura N°1
Proceso de evaluación del movimiento corporal humano



Fuente: Daza Lesmes, 2007

Por otra parte, se destaca también la trascendencia de escuchar con atención y confiar en lo que el paciente o los familiares refieren sobre la historia de la salud para obtener la mayor cantidad de información valiosa que conduzca al enunciado de la hipótesis directriz de este proceso.

Una vez registrada y analizada la mayor cantidad de información valiosa sobreviene la conceptualización del problema para conseguir estructurar la hipótesis y posteriormente poder entrar a confirmarla o a desecharla mediante la observación sistemática, la selección cuidadosa de un

conjunto de exámenes, instrumentos y procedimientos válidos. A continuación, sobreviene la aplicación de dichos instrumentos con la idea clara de controlar el mayor número de variables, en la cual el dominio de la técnica evaluativa juega un papel significativo.

Finalmente, esta el registro, el análisis y la interpretación de los resultados, donde se establecen relaciones con los datos obtenidos a partir de un modelo conceptual que proporciona coherencia y permite proponer explicaciones e inferir conclusiones pertinentes al caso. Así mismo, se tiene que elaborar juicios clínicos para elaborar un diagnóstico y un pronóstico que respalde el mismo proceso evaluativo y para la toma de decisiones que conlleven a una acción terapéutica que responda a los requerimientos actuales de la persona y promuevan un trabajo interdisciplinario con el ánimo de garantizar la total rehabilitación e inclusión social de la persona con su nueva condición de salud.

1.5. Modelo de evaluación según la APTA

Durante la revisión de la literatura mundial existente al respecto, los investigadores buscando brindar las herramientas que soportaran la esencia del fisioterapeuta iberoamericano, llegaron a la conclusión que la propuesta descrita por la Association American of Physical Therapy (APTA) entre 1997 a 2001 proporciona los elementos esenciales que facilitan el abordaje del movimiento corporal humano debido a que dicha propuesta, aporta al desarrollo disciplinar como a la calidad y consolidación de las prácticas profesionales. Además, propicia en el estudiante un proceso de organización mental estructurado y sistemático, que le permite hacer una toma de decisiones adecuada al realizar un abordaje fisioterapéutico (Alejo de Paula y Heredia Gordo: Asociación Colombiana de Facultades de Fisioterapia, 2011).

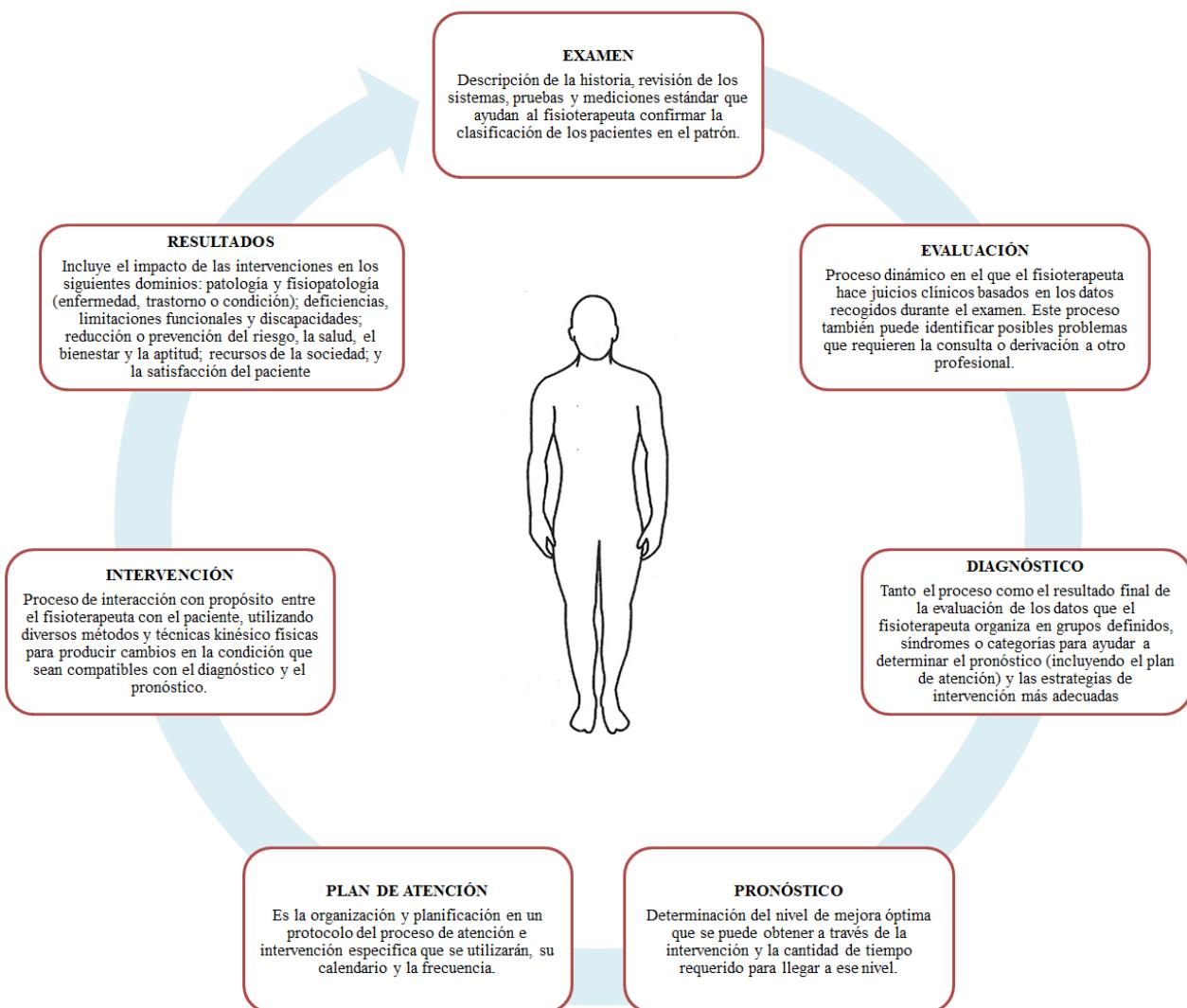
La APTA propuso una guía la cual es un documento que describe la práctica de fisioterapia para los miembros de la profesión y para quienes emiten las políticas de salud en Norteamérica. Esta guía se basa en tres conceptos fundamentales:

- El primero es el modelo de discapacidad
- El segundo la práctica fisioterapéutica orientada a las necesidades de los pacientes y clientes teniendo en cuenta su entorno y condición, por medio de la intervención, asesoría profesional, actividades de promoción y prevención para el bienestar y la condición física.
- Finalmente, el tercer concepto es el modelo de atención que contempla los cinco elementos esenciales del manejo del paciente\cliente, los cuales son examen, evaluación, diagnóstico, pronóstico e intervención.

Por tanto, esta guía es la piedra angular en la formación de los estudiantes en la actualidad y es a partir de esta, que se plasman los procesos académicos y se demarcán los lineamientos del perfil profesional, logrando periódicamente la incorporación de diversos procesos innovadores fundamentados en el análisis, deducción y ajuste de dicha propuesta en la consolidación de una identidad en la formación y práctica profesional.

En el marco de este modelo, se plantea a continuación los elementos esenciales que orientan el proceso de intervención:

Figura N°2
Modelo de práctica de la APTA



Fuente: Adaptado de la guía de práctica en fisioterapia, APTA

1.5.1. Proceso de registro de la evaluación fisioterapéutica

Según la APTA las directrices sobre el manejo fisioterapéutico del paciente en lo que respecta a la evaluación, se plantea como un proceso en donde se incluye los siguientes elementos de documentación: el examen y evaluación inicial, visita o encuentro, reevaluación y el informe de alta o interrupción de la terapia.

1.5.1.1. El examen y evaluación inicial

Normalmente el examen y evaluación inicial tiene como objetivo establecer en una sola sesión y hasta dos sesiones, el estado de la situación en la que se encuentra el paciente, es decir una impresión diagnóstica lo más objetiva posible. Los elementos de documentación de esta etapa son los siguientes:

- *Examen:* Incluye los datos obtenidos en la historia, el examen de los sistemas y las pruebas y medidas.
- *Evaluación:* La evaluación es un proceso de pensamiento que incluye la documentación de la evaluación de los datos recogidos en el examen e identificación de los problemas pertinentes para el manejo del paciente o cliente.
- *Diagnóstico:* Indica el nivel de deterioro, limitación de la actividad y la restricción de participación determinado por el fisioterapeuta. Puede estar indicado mediante la selección de uno o más patrones de práctica preferidas de la Guía de Práctica Fisioterapeuta.
- *Pronóstico:* Proporciona documentación del nivel previsto de mejora que podría alcanzarse a través de la intervención y la cantidad de tiempo requerido para llegar a ese nivel. El pronóstico no suele ser una serie de elementos de documentación separadas, pero los componentes están incluidos como parte del plan de atención.
- *Plan de atención:* Por lo general se indica en términos generales, incluye objetivos, las intervenciones planificadas, propuesta frecuencia, duración y planes de alta

1.5.1.2. Visita o encuentro

La documentación de una visita o encuentro, a menudo se llama como nota de progreso o nota diaria. Es un documento de ejecución secuencial del plan de atención establecido por el Fisioterapeuta, incluyendo cambios en el estado del paciente o cliente, variaciones y progresiones de intervenciones específicas utilizadas. También puede incluir planes específicos para la próxima visita o visitas.

1.5.1.3. Reevaluación

Corresponde a una documentación del nuevo examen o evaluación que incluye datos de los elementos de exámenes o evaluaciones repetidas o nuevas y se proporciona para evaluar el progreso y modificar o reorientar la intervención.

1.5.1.4. Informe del alta o interrupción de la intervención

Es una documentación en la que se requiere lo siguiente: informe de conclusión o interrupción del episodio actual en la secuencia de intervención en Fisioterapia, para resumir la progresión hacia las metas y planes de alta.

1.5.2. Dominios

Según la APTA se organiza y desarrolla la intervención Fisioterapéutica en función a las siguientes 4 áreas de dominio según los sistemas corporales:

- Osteomuscular o músculo esquelético
- Neuromuscular
- Cardiovascular – respiratorio
- Tegumentario

1.5.3. Patrones de prácticas

1.5.3.1. Patrones de práctica preferidos a nivel músculo esquelético

PATRÓN A: Prevención primaria/reducción de riesgo para desmineralización esquelética.

PATRÓN B: Deficiencia en postura

PATRÓN C: Deficiencia en el desempeño funcional

PATRÓN D: Deficiencia en movilidad articular, función motora, desempeño muscular y rango de movimiento articular asociado a disfunción de tejido conectivo.

PATRÓN E: Deficiencia en movilidad articular, función motora, desempeño muscular y rango de movimiento asociado con inflamación localizada.

PATRÓN F: Deficiencia en movilidad articular, función motora, desempeño muscular rango de movimiento e integridad refleja asociado con desordenes espinales.

PATRÓN G: Deficiencia en movilidad articular, función motora, desempeño muscular y rango de movimiento asociado con fracturas.

PATRÓN H: Artroplastia

PATRÓN I: Cirugía tejidos blandos

PATRÓN J: Amputaciones

1.5.3.2. Patrones de práctica preferidos a nivel neuromuscular

PATRÓN A: Prevención primaria/reducción de riesgo para perdida de balance y caídas.

PATRÓN B: Deficiencia en el desarrollo neuromotriz.

PATRÓN C: Deficiencia en la función motora e integridad sensorial asociada con desordenes no progresivos del SNC de origen congénito o adquirido en la infancia.

PATRÓN D: Deficiencia en la función motora e integridad sensorial asociada con desordenes no progresivos del SNC de origen congénito o adquirido en la adolescencia o edad adulta.

PATRÓN E: Disminución en la función motora e integridad sensorial asociada con desorden progresivo del sistema nervioso central

PATRÓN F: Disminución en la integridad de nervio periférico y ejecución muscular asociado con lesión de nervio periférico

PATRÓN G: Disminución en la función motora e integridad sensorial asociada con polineuropatía aguda o crónica

PATRÓN H: Disminución en la función motora, integridad de nervio periférico e integridad sensorial asociada con desorden no progresivo de la medula espinal

PATRON I: Disminución, rango de movimiento y control motor asociado a coma, cerca del coma o estado vegetativo.

1.5.3.3. Patrones de práctica preferidos a nivel tegumentario

PATRÓN A: Prevención primaria/reducción de riesgo para desordenes tegumentarios.

PATRÓN B: Deficiencia en la integridad tegumentaria asociada con compromiso superficial de la piel.

PATRÓN C: Deficiencia en la integridad tegumentaria asociada con engrosamiento parcial de la piel en la formación de cicatrices.

PATRÓN D: Deficiencia en la integridad tegumentaria asociada con engrosamiento total de la piel en la formación de cicatrices.

PATRÓN E: Deficiencia en la integridad tegumentaria asociada con recubrimiento de la piel, fascias, músculos o huesos y formación de cicatrices.

1.5.3.4. Patrones de práctica preferidos a nivel cardiovascular respiratorio

PATRÓN A: Prevención primaria/reducción de riesgo para desordenes cardiovasculares y pulmonares.

PATRÓN B: Deficiencia de la capacidad aeróbica/resistencia asociada a desacondicionamiento.

PATRÓN C: Deficiencia de la ventilación, respiración/intercambio gaseoso y capacidad aeróbica/resistencia asociada con disfunción de la permeabilidad de la vía aérea.

PATRÓN D: Deficiencia de la capacidad aeróbica/resistencia asociada con disfunción o falla cardiopulmonar.

PATRÓN E: Deficiencia de la ventilación, respiración/intercambio gaseoso asociada con falla ventilatoria.

PATRÓN F: Deficiencia de la ventilación, respiración/intercambio gaseoso asociada con falla respiratoria.

PATRÓN G: Deficiencia de la ventilación, respiración/intercambio gaseoso y capacidad aeróbica/resistencia asociada con falla respiratoria en el neonato.

PATRÓN H: Deficiencia en la circulación y medidas antropométricas asociado con desordenes del sistema linfático.

1.5.4. Indicadores del examen y evaluación inicial

A continuación, se describe de forma general la estructura del examen y evaluación inicial planteada por la APTA. Esto corresponde a un primer nivel de descripción, precisamente para introducir y orientar en este novedoso proceso, de todas formas, para desarrollar el componente práctico del tema, se expone en detalle toda la estructura de este examen y evaluación inicial en una lectura complementaria.

A. Examen (historia, revisión de sistemas y pruebas / medidas)

- *Historia.* Documentación de la historia de salud del paciente

- *Revisión de los sistemas.* Documentación de la revisión de los sistemas, que puede incluir la recolección de los sistemas que son parte de los dominios de la fisioterapia.
- *Información complementaria:* Documentación de la revisión de los sistemas también puede abordar la capacidad de comunicación, el afecto, la cognición, el lenguaje y el estilo de aprendizaje:
- *Pruebas y Mediciones.* Documentación de los exámenes y mediciones que puede incluir hallazgos para los siguientes aspectos:
 - Capacidad aeróbica.
 - Características antropométricas.
 - La activación, la atención y la cognición.
 - Los dispositivos de ayuda y de adaptación.
 - Circulación (arterial, venosa, linfática).
 - Integridad del nervio craneal y periférico.
 - Barreras ambientales, el hogar y el trabajo (Trabajo / Escuela / Juego)
 - Ergonomía y mecánica corporal en el desempeño ocupacional
 - Herramientas, dispositivos, equipos y de trabajo relacionados con las estaciones o secuencias de acciones, tareas o actividades ocupacionales.
 - Marcha, locomoción y equilibrio.
 - Integridad tegumentaria
 - Herida
 - Integridad articular y movilidad
 - Función motora
 - Rendimiento muscular
 - Desarrollo neuromotor e integridad sensorial
 - Ortesis, dispositivos de protección y de apoyo
 - Dolor
 - Postura
 - Requerimientos protésicos
 - Rango de movimiento
 - Integridad refleja
 - El cuidado personal y la administración del hogar
 - Integridad sensorial
 - Ventilación y respiración
 - Integración o reintegración en el trabajo, la comunidad y el ocio

A. Evaluación

La evaluación es un proceso de pensamiento que puede conducir a la documentación de las deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación utilizando formatos como:

- Una lista de problemas

- Una declaración de los factores clave de la evaluación (por ejemplo, los factores cognitivos, morbilidades, apoyo social) que influyen en el estado del paciente / cliente.

B. Diagnóstico

La documentación de un diagnóstico determinado por el Fisioterapeuta puede incluir deficiencia, limitación de la actividad y restricciones en la participación.

C. El pronóstico

Documentación del pronóstico suele ser incluido en el plan de atención.

D. Plan de Intervención

Documentación del plan de intervención incluye lo siguiente:

- Objetivos generales establecidos en términos medibles que indican el nivel previsto de mejora en el funcionamiento
- Una declaración general de las intervenciones que se utilizará
- Duración y frecuencia del servicio propuesto necesario para alcanzar los objetivos
- Planes de descarga previstos

1.6. Modelo patokinesiológico

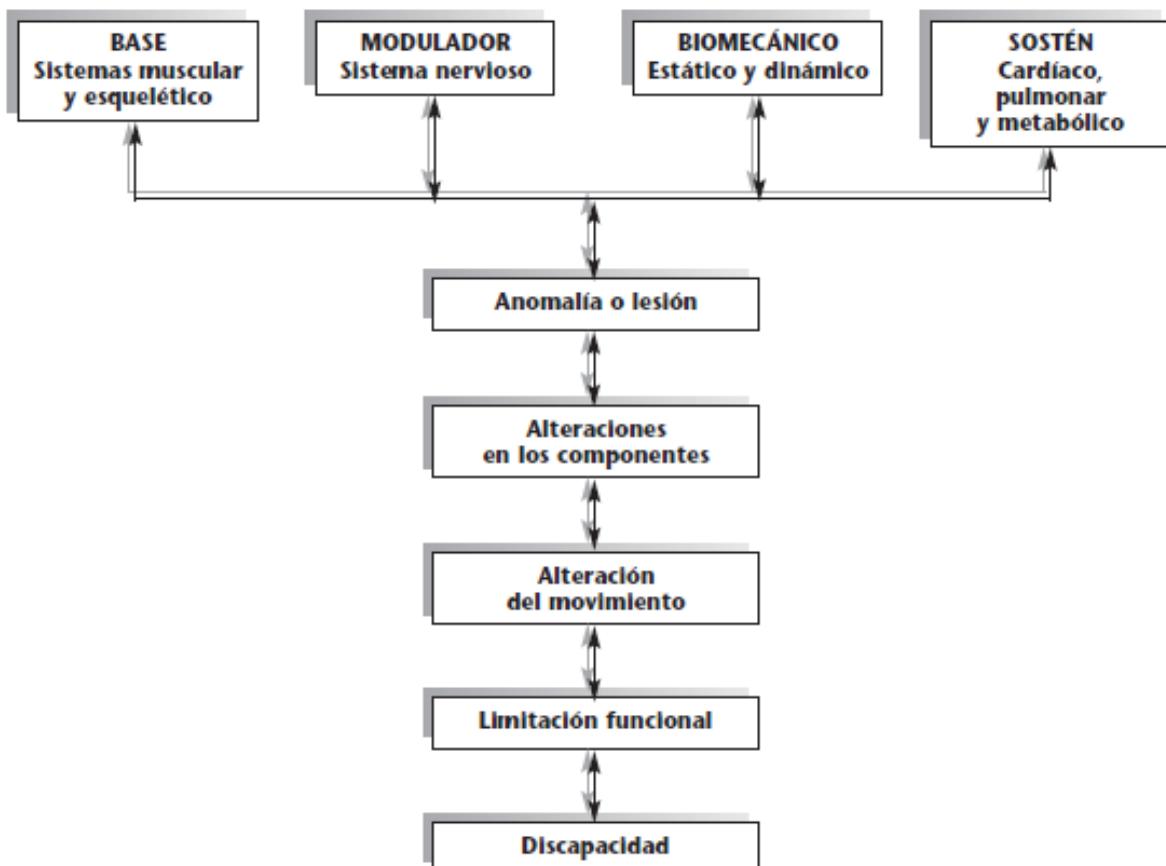
Hislop (citado por Sahrmann, 2002) describe la patokinesiología como la ciencia clínica diferencial de la fisioterapia, y la define como el estudio de la anatomía y la fisiología en su relación con movimientos anómalos. Basada en parte en una construcción semántica y en parte en una clarificación de factores causales, la patokinesiología enfatiza las anomalías del movimiento como resultado de un estado patológico.

El modelo patokinesiológico (ver figura 2) describe el papel de la enfermedad o la patología como productores de cambios en los integrantes del movimiento, lo que da como resultado anomalías del movimiento. Las anomalías patológicas son el origen de las alteraciones de los integrantes, lo que provoca, posteriormente, alteraciones del movimiento, limitación funcional y, con frecuencia, discapacidad.

Debido a la interacción de los sistemas de componentes como se ha descrito en el modelo, identificar los cambios secundarios de cada sistema es tan importante como entender el efecto patológico primario de un integrante del sistema. Por ejemplo, en el caso de hemiparesia, la alteración del movimiento es el resultado de una anomalía que afecta al sistema nervioso. Los factores que participan en la alteración del movimiento comprenden:

- Una incapacidad del sistema nervioso central para reclutar y dirigir unidades motoras a una frecuencia elevada.
- La coactivación de músculos antagonistas
- Una atrofia muscular secundaria que dificulta la capacidad contráctil.
- La rigidez muscular
- Una pérdida del grado de movilidad debido a la contractura.
- Las alteraciones biomecánicas como resultado de una sincronización insuficiente o inapropiada de la actividad muscular.
- Una desorganización sensorial interna.
- Alteraciones de las demandas metabólicas durante la actividad y el estado aeróbico del paciente.

Figura N°2
Modelo Patokinesiológico



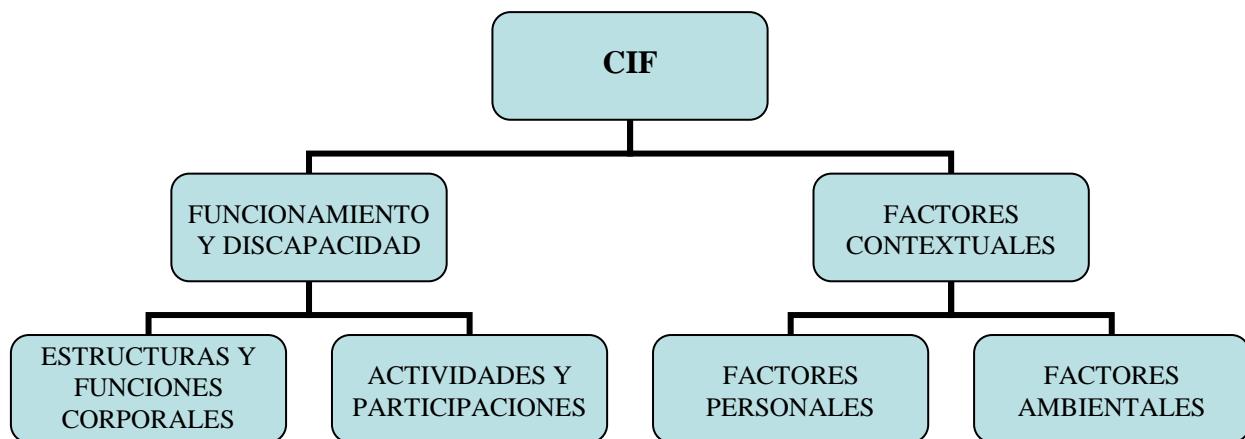
Fuente: Sahrmann, 2002

Siguiendo este modelo teórico desde la evaluación fisioterapéutica y kinesiológica propiamente dicha, resulta importante rescatar la importancia de centrar este proceso en el análisis de los efectos y consecuencias funcionales en lo que respecta al movimiento humano, sea de forma temporal y permanente, en todas las patologías que se tienen registrados en la Clasificación Internacional de Enfermedades, más aún aquellas prevalente en nuestro medio.

1.7. Modelo de evaluación según la CIF

En muchos países ya se vienen incorporando en los procesos de intervención en Fisioterapia y Kinesiología la estructura de la Clasificación Internacional de Funcionamiento y la Discapacidad (CIF) propuesta por la OMS como un marco de referencia que orienta en la práctica, fundamentalmente en el diagnóstico. La CIF proporciona un marco idóneo para estudiar y analizar la interacción entre el estado de salud de una persona y el contexto en que se desenvuelve en todas las actividades de la vida diaria. En el siguiente grafico se presenta los componentes de la CIF como parte integrante de un modelo biopsicosocial, los cuales se explican en términos operacionales más adelante (CIF: 2001, Pág. 8).

Figura N°3
Modelo de la CIF



Fuente: Adaptado de la CIF: 2001

4.1.1.1. *Estructuras y funciones corporales*

- *Estructuras corporales:* Son las partes anatómicas del cuerpo tales como los órganos, los miembros y sus componentes
- *Funciones corporales:* Son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales, incluyendo las funciones psicológicas

Cuando se presentan algunas alteraciones en cualquiera de estos dos componentes, se denomina como deficiencias, que son los problemas en las funciones y/o estructuras corporales como una desviación significativa o una perdida.

- Las deficiencias representan una desviación de la norma en el estado biomédico del cuerpo y sus funciones.
- Las deficiencias pueden ser temporales o permanentes; progresivas, regresivas, estáticas, intermitentes o continuas. La desviación puede ser leve o severa y pueden fluctuar en el tiempo.
- Las deficiencias no tienen una relación causal con la etiología ni con el modo en que se desarrolla el estado de salud.
- Las deficiencias deben ser parte o una expresión de un estado de salud, pero no necesariamente indica que la enfermedad esté presente o que el individuo deba ser considerado como enfermo.

4.1.1.2. *Actividad y participación*

- *Actividad:* Es el hecho de llevar a cabo una tarea o acción por parte de una persona. Cuando existe limitación en la actividad se puede concebir como dificultades que una persona puede tener para llevar a cabo actividades.
- *Participación:* Es el acto de involucrarse en una situación vital. Puede haber restricciones en la participación cuando son problemas que una persona experimenta al involucrarse en una situación vital.

Los dominios para los componentes de actividad y participación aparecen en un único listado que cubre todo el rango de áreas vitales que van desde el aprendizaje básico o la mera observación hasta las interacciones interpersonales o empleo. Los dominios de este componente son calificados por los criterios de capacidad y desempeño – realización

- El calificador de capacidad describe la habilidad de un individuo para realizar una tarea o acción en su máximo nivel probable de funcionamiento.
- El calificador de desempeño - realización describe lo que una persona hace en su propio contexto actual.

Tanto el calificador de capacidad como el de desempeño – realización pueden ser usados con o sin dispositivos de ayuda o con asistencia de terceras personas. Se puede distinguir entre actividad y participación basándose en los dominios de individual y social. Sin embargo, la CIF proporciona una única lista que puede ser utilizada diferenciando ambos aspectos o incluso unificarlos en uno solo.

4.1.1.3. Factores contextuales

Los factores contextuales representan el trasfondo total tanto de la vida de un individuo como de su estilo de vida. Incluyen los factores ambientales y los factores personales que pueden tener un impacto en la persona con una condición de salud y sobre la salud y los estados relacionados con la salud de esta persona.

- *Factores ambientales:* Constituye el ambiente físico, social y actitudinal en el que una persona vive y conduce su vida. Los factores son externos a los individuos y pueden tener una influencia negativa o positiva en el desempeño – realización del individuo como miembro de una sociedad, en la capacidad de un individuo o en sus estructuras y funciones corporales. Los factores ambientales están organizados en la clasificación contemplando dos niveles distintos:
 - *Individual.* Tiene que ver con el ambiente inmediato y personal del individuo incluyendo espacios como el hogar, lugar de trabajo o escuela. Incluye en este nivel las propiedades físicas del ambiente, así como también el contacto con familiares u otras personas.
 - *Servicios y sistemas.* Incluye organizaciones y servicios relacionados con el trabajo, actividades comunitarias, agendas gubernamentales, comunicación y servicios de transporte, redes sociales informales, así como leyes, normas y reglas, actitudes e ideologías.
- *Factores personales:* Son los antecedentes de la vida de un individuo y están compuestos por los aspectos que no forman parte de una condición de salud o estado de salud. Estos factores pueden incluir el sexo, la raza, la edad, el estilo de vida, los hábitos, los estilos de afrontamiento, los antecedentes sociales, la educación, la profesión, las experiencias actuales o pasadas, los patrones de comportamiento, los estilos de personalidad y los aspectos psicológicos.

1.8. Consideraciones específicas de evaluación en fisioterapia

1.8.1. El ámbito de evaluación

Si bien la importancia de considerar al paciente o usuario permanece estable en los ámbitos de práctica, algunos de estos presentan características únicas y determinan precisamente cómo las evaluaciones se deben llevar a cabo. Los ámbitos de intervención en Fisioterapia desde una perspectiva diversificada son los siguientes:

- Asistencial (Clínico – Hospitalario)
- Recreativo - Deportivo

- Educativo
- Social – Comunitario
- Artístico cultural
- Ocupacional – Laboral
- Infraestructura y urbanidad

1.8.2. La independencia funcional como parámetro de evaluación

La incorporación de una terminología apropiada para describir los niveles de independencia es uno de los aspectos más importantes a ser considerada cuando se tiene que evaluar el movimiento corporal vinculado con el desempeño funcional en las actividades de la vida diaria. Los criterios para la asignación de estos niveles de independencia pueden variar desde una a más opciones según las particularidades del paciente. Las características de cada uno de los niveles de independencia se describen a continuación:

Cuadro N°1
Niveles de independencia

NIVELES DE INDEPENDENCIA	CARACTERÍSTICAS
DEPENDIENTE	Requiere asistencia con más del 75% de la tarea o es incapaz de desempeñar cualquier aspecto de la tarea.
ASISTENCIA MÁXIMA	Requiere asistencia con el 50% a 75% de la tarea.
ASISTENCIA MODERADA	Requiere asistencia con el 25% a 50% de la tarea.
ASISTENCIA MÍNIMA	Requiere asistencia con el 25% de la tarea.
CONSIGNAS VERBALES	Capaz de desempeñar la tarea cuando se le entregan consignas verbales específicas.
SUPERVISIÓN	Capaz de desempeñar la tarea solo, pero requiere de supervisión por seguridad o cuando ocasionalmente lo necesite.
PREPARACIÓN DE LA TAREA	Puede desempeñar la tarea independientemente cuando el ambiente o materiales necesarios están organizados.
CON ADAPTACIONES	Es independiente con las adaptaciones y tecnologías apropiadas.
TOTALMENTE INDEPENDIENTE	Es independiente en todos los aspectos de la tarea sin el uso de adaptaciones o tecnologías.

Fuente: Willard & Spacman

1.8.3. El valor importante de la funcionalidad

El estudio de la capacidad funcional, más allá de ser un conjunto de pruebas y procedimientos aplicados según determinados objetivos, métodos o técnicas, se convierte en un elemento fundamental en el proceso de intervención. La evaluación de la capacidad funcional permite hacer extensible los procedimientos clínicos en el sentido de establecer en este momento la transferencia de los datos obtenidos en la exploración hacia las actividades corporales y los desempeños dentro de su contexto próximo que pueda tener el paciente como consecuencia de su condición de salud. Esto engloba el registro y análisis de las dificultades que tienen los pacientes

en el normal desenvolvimiento de las actividades corporales (postura y movimiento) y la restricción durante su participación en las actividades de la vida diaria. Se estudia y analiza el comportamiento motriz propio de cada individuo frente a una situación dada y en un contexto determinado.

Independientemente de las pruebas que se utilizarán, lo importante es que estas deben garantizar la puesta en evidencia de las posibilidades de actuación y de la capacidad para ejercer actividades cotidianas en un momento determinado, la voluntad e independencia para tomar parte en una situación vital, el potencial para el desarrollo de nuevas habilidades, la interacción de los factores ambientales y lo más importante, el estilo o hábitos de vida que tienen al momento de satisfacer sus necesidades.

Entonces la valoración de la capacidad funcional adquiere un carácter metodológico que permite integrar de forma coherente, implícita y explícitamente, la información obtenida en la historia de la salud y la interpretación de los hallazgos en todos y cada una de las exploraciones clínicas realizadas y pruebas desarrolladas, todo enmarcada dentro de un contexto personal, social y cultural planteadas en la vida cotidiana.