



PROGRAMA DE DOCTORADO EN INVESTIGACIÓN EN
CIENCIAS DE LA SALUD

TESIS DOCTORAL:

**Aplicabilidad de la CIF en
las unidades de fisioterapia
en Atención Primaria del
Servicio de Salud de
Castilla y León**

Presentada por D. Héctor Hernández Lázaro
para optar al grado de
Doctor por la Universidad de Valladolid

Dirigida por:
Dra. Sandra Jiménez del Barrio
Dra. María Teresa Mingo Gómez
Dr. Luis Ceballos Laita

Esta Tesis Doctoral está dedicada:

A mis hijas, por lo mucho que las quiero y por el tiempo que no he podido dedicarles.

*A **Lyra**, gracias por esos abrazos que desbordan de energía;
y a **Iris**, por esas sonrisas que inundan el alma de alegría.*

*A **Goretti**, la persona que amo y con la que comparto el camino de la vida.
Gracias por plantar uno de los gérmenes de esta Tesis y estar a mi lado para
apoyarme, aconsejarme y siempre ver potencial en mí.*

*A mis padres, **Lorenzo** y **Herminia**, por haberme educado y haber sabido enseñarme el
valor de la honestidad, la bondad, el sacrificio y la constancia.
Siempre estáis a mi lado.*

*A mi hermana **Silvia**, por nuestra estrecha conexión y compartir, entre risas,
nuestra pequeña visión del mundo.*

*A mis suegros, **Ignacio** y **María Jesús**; y a **Chano** y a su familia,
por lo buenos momentos que compartimos cuando estamos juntos.*

A mis amigos, por ser mi otra familia.

*A **Edu** y a **David**, por ser valientes, racionales e irreductibles, y por estar conmigo pase
lo que pase. A **Diego**, por tantos momentos de risas y fatigas que hemos compartido. A
Pablo de Gracia, por andar este camino antes que yo y haberlo compartido conmigo.*

*A **Fer**, **Alfredo**, **Iván**, **Pablo Sanz**, **Carlos**, **Javi**, **Recio**, **Óscar** y **Juanma**,
por los buenos ratos de siempre y por que vuelvan a repetirse.*

A Soria y a las tierras de Castilla, por forjar mi carácter y dejar su impronta en mí.

*Comenzar es la mitad del trabajo,
comienza nuevamente con la mitad restante
y habrás terminado.*

Marco Aurelio

Agradecimientos

Quisiera mostrar mi gratitud hacia todas las personas que han contribuido al desarrollo de esta Tesis Doctoral y me han apoyado durante estos años:

A mis directores de Tesis, por el privilegio que para mí ha supuesto tenerlos a mi lado, y sin los cuales este trabajo no hubiera visto la luz. En particular, y muy especialmente, a la **Dra. Sandra Jiménez del Barrio**, cuyo extraordinario compromiso ha trascendido el plano académico y me ha impulsado en los momentos más difíciles. A la **Dra. María Teresa Mingo Gómez**, por su pragmatismo y por aportar mucho más de lo que ella piensa. Al **Dr. Luis Ceballos Laita**, por recordarme la magia de pensar a lo grande.

A **Ana Rodríguez Fernández**, mi alma gemela en la Fisioterapia, por siempre creer en mí, comprenderme y haberme inspirado en el desarrollo de esta idea. A **Paula Areso Bóveda**, por su enorme entusiasmo y por esa mezcla de energía y alegría que me ha animado y motivado en este tiempo. A **Alberto Simarro Martín**, no sólo por su ayuda durante del desarrollo de esta Tesis, sino por compartir conmigo su experiencia y forma de ver la vida.

A todos los compañeros que a lo largo y ancho de Castilla y León me han mostrado su apoyo y me han ayudado en la recogida de datos. En especial, a **Raquel García Ruiz**, **Alicia Prieto López**, **Marta Pérez Alonso** y **Bruno Blanco Varga**; por su papel en el trabajo de campo.

A mis compañeros de la **Universidad de Valladolid**, el **Dr. Ignacio Hernando Garijo**, el **Dr. Ricardo Medrano de la Fuente**, la **Dra. Marta Correjero León** y la **Prof. Silvia Lahuerta Martín**; por la ayuda que me han prestado para desarrollar esta Tesis, por estar siempre disponibles cuando lo que he necesitado y por contribuir a construir ese buen ambiente que me ha animado a continuar.

A mis compañeros del **SACYL**, por tenerme siempre en tan alta estima, aun siendo innmerecida.

Agradecimientos

En especial, a los fisioterapeutas de Atención Primaria de Soria: **Pilar Aldea Arévalo, Eugenio Contreras Martín, María José Asenjo Altelarrea, Inés de Pedro de Miguel, Asunción Cacho del Amo, Vanessa Puerta Redondo, Marisol Rupérez Serrano y Verónica Martínez Montejo**; por todos los buenos momentos que compartimos y por saber sacar sonrisas frente a los problemas.

También mi agradecimiento a los **compañeros del Servicio de Rehabilitación**, que me han ayudado en lo que han podido. En especial, a la **Dra. Pilar Alvo Izaguirre**, por su carácter y por contribuir a asentar mis cimientos profesionales; y a **Susana Domingo Esteban**, por su ejemplo abriendo camino y por haberme hecho partícipe de ello.

Al **grupo de protocolos de Castilla y León**, por poner en valor lo que hacemos y por descubrirme la Fisioterapia de Atención Primaria desde otros puntos de vista. Especialmente, a **Carlos del Río Manzano**, por su enorme apoyo y para devolverle una mínima parte de su aprecio.

A la **Gerencia Regional de Salud de Castilla y León**, por su apoyo en cuanto a financiación y recursos. En particular, a **María Ángeles Guzmán Fernández**, por su capacidad de liderazgo y motivación. También a la **Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria**, por su soporte y flexibilidad; y por su ayuda con los trámites administrativos.

A la **Fundación Cátedra Conocimiento e Innovación de la Caja Rural de Soria**, por su apoyo económico para difundir los resultados de esta Tesis Doctoral.

Al **Colegio Oficial de Fisioterapeutas de Castilla y León**, en particular a su presidente, **José Luis Morencia Fernández**, por ayudarme a difundir información sobre esta Tesis Doctoral y apoyarme en el reclutamiento de participantes.

A los pacientes que han participado en los estudios, por el tiempo que han dedicado y sin el cual este proyecto no hubiera podido llevarse a cabo.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

LISTADO DE ABREVIATURAS.....	xiii
ÍNDICE DE TABLAS.....	xxi
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xxv
1. INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES.....	1
1.1. Atención Primaria de la Salud (APS). Contexto histórico.....	3
1.2. La implementación de la APS en los sistemas sanitarios.....	8
1.3. El desarrollo de la APS en España.....	11
1.4. Fisioterapia y Atención Primaria de la Salud.....	14
1.5. Fisioterapia en APS en el Sistema Nacional de Salud español.....	18
1.6. La valoración y el diagnóstico de fisioterapia en APS.....	21
1.7. La Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF).....	25
1.7.1. La estructura de la CIF.....	27
1.7.2. El uso de la CIF en la actualidad.....	31
1.7.3. Los conjuntos básicos de la CIF.....	33
2. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS.....	37
2.1. Justificación del trabajo de investigación.....	39
2.2. Objetivos del proyecto de investigación.....	41
3. PERSPECTIVA DEL FISIOTERAPEUTA DE ATENCIÓN PRIMARIA: ENCUESTA DE EXPERTOS UTILIZANDO EL MÉTODO DELFOS.....	43
3.1. Objetivos del estudio.....	45
3.2. Materiales y métodos.....	46
3.2.1. Diseño del estudio.....	46
3.2.2. Participantes.....	47
3.2.3. Recogida de datos.....	48
3.2.3.1. Primera ronda Delfos.....	48
3.2.3.2. Segunda ronda Delfos.....	49

3.2.3.3. Tercera ronda Delfos.....	50
3.2.4. Análisis de los datos.....	50
3.3. Resultados.....	51
3.3.1. Participantes.....	51
3.3.2. Proceso de vinculación.....	51
3.3.3. Relevancia de las categorías de la CIF identificadas.....	52
3.3.4. Representatividad en los conjuntos básicos de la CIF.....	52
3.4. Discusión.....	53
3.4.1. Limitaciones del estudio.....	57
3.4.2. Conclusiones.....	58
3.5. Tablas.....	59
4. PERSPECTIVA DEL PACIENTE. ESTUDIO CUALITATIVO MEDIANTE GRUPOS FOCALES.....	75
4.1. Objetivos del estudio.....	77
4.2. Material y métodos.....	77
4.2.1. Diseño del estudio.....	77
4.2.2. Participantes.....	78
4.2.3. Tamaño de la muestra y saturación de los datos.....	78
4.2.4. Grupos focales.....	79
4.2.5. Recogida de datos.....	79
4.2.6. Análisis de los datos.....	80
4.2.6.1. Análisis descriptivo.....	80
4.2.6.2. Análisis cualitativo.....	80
4.2.7. Vinculación con la CIF.....	80
4.2.8. Confirmación de las categorías de la CIF del conjunto básico completo para las afecciones musculoesqueléticas postagudas.....	81
4.2.9. Categorías adicionales.....	81
4.2.10. Precisión del análisis.....	81
4.3. Resultados.....	82
4.3.1. Descripción de los grupos focales.....	82
4.3.2. Análisis cualitativo y vinculación a la CIF.....	82

4.3.3. Confirmación de la versión completa del conjunto básico de la CIF para afecciones musculoesqueléticas postagudas.....	83
4.3.4. Categorías adicionales.....	83
4.3.5. Precisión del análisis.....	84
4.4. Discusión.....	84
4.4.1. Limitaciones del estudio.....	87
4.4.2. Conclusiones.....	88
4.5. Tablas.....	89
5. PERSPECTIVA DEL INVESTIGADOR. REVISIÓN DE ALCANCE DE LA LITERATURA CIENTÍFICA.....	103
5.1. Objetivos del estudio.....	105
5.2. Materiales y métodos.....	105
5.2.1. Diseño del estudio.....	105
5.2.2. Búsqueda bibliográfica.....	106
5.2.3. Selección de estudios.....	106
5.2.4. Extracción de conceptos relevantes.....	107
5.2.5. Vinculación de los conceptos a la CIF.....	108
5.2.6. Análisis de frecuencias.....	109
5.2.7. Comparación con el conjunto básico de la CIF para afecciones musculoesqueléticas postagudas.....	109
5.3. Resultados.....	110
5.3.1. Selección de estudios.....	110
5.3.2. Características de los estudios.....	110
5.3.3. Medidas de resultado.....	111
5.3.4. Resultados de la vinculación a la CIF.....	112
5.3.5. Comparación con el conjunto básico de la CIF para afecciones musculoesqueléticas postagudas.....	113
5.4. Discusión.....	114
5.4.1. Limitaciones del estudio.....	118
5.4.2. Conclusiones.....	119
5.5. Tablas.....	120

6. PERSPECTIVA DEL CONTEXTO CLÍNICO. ESTUDIO EMPÍRICO MULTICÉNTRICO.....	147
6.1. Objetivo del estudio.....	149
6.2. Métodos.....	150
6.2.1. Diseño y contexto clínico.....	150
6.2.2. Participantes y tamaño de la muestra.....	150
6.2.3. Descripción de la muestra.....	150
6.2.4. Medidas de resultado.....	151
6.2.5. Recogida de datos.....	152
6.2.6. Métodos estadísticos.....	153
6.3. Resultados.....	154
6.3.1. Prevalencia de deficiencias en Funciones Corporales.....	154
6.3.2. Prevalencia de deficiencias en Estructuras Corporales.....	155
6.3.3. Prevalencia de limitaciones o restricciones en Actividades y Participación.....	155
6.3.4. Prevalencia de barreras o facilitadores debidos a Factores Ambientales...155	
6.4. Discusión.....	156
6.4.4. Limitaciones del estudio.....	158
6.4.5. Implicaciones para la práctica clínica.....	159
6.4.6. Conclusiones.....	160
6.5. Tablas.....	161
7. PROPUESTA DE HERRAMIENTA BASADA EN LA CIF PARA LA VALORACIÓN FUNCIONAL DE AFECCIONES MUSCULOESQUELÉTICAS EN UFAP.....	169
7.1. Consideraciones generales en el desarrollo de un conjunto básico de la CIF para la atención comunitaria de afecciones musculoesqueléticas.....	172
7.2. Aplicabilidad de la CIF en las UFAP y futuras líneas de desarrollo e investigación.....	174
7.3. Limitaciones de la Tesis Doctoral.....	176
7.4. Tablas.....	178

8. CONCLUSIONES.....	187
9. REFERENCIAS.....	191
10. ANEXOS.....	229
10.1. ANEXO 1. Dictámenes favorables de los Comités de Ética de la Investigación. Estudio Delfos sobre la perspectiva del fisioterapeuta.....	231
10.2. ANEXO 2. Autorizaciones de las Gerencias de Asistencia Sanitaria / Atención Primaria. Estudio Delfos sobre la perspectiva del fisioterapeuta.....	245
10.3. ANEXO 3. Cuestionarios a expertos. Estudio Delfos sobre la perspectiva del fisioterapeuta.....	257
10.4. ANEXO 4. Hoja de información y consentimiento informado. Estudio Delfos sobre la perspectiva del fisioterapeuta.....	279
10.5. ANEXO 5. Dictámenes favorables de los Comités de Ética de la Investigación. Estudio cualitativo sobre la perspectiva del paciente.....	285
10.6. ANEXO 6. Autorizaciones de las Gerencias de Asistencia Sanitaria / Atención Primaria. Estudio cualitativo sobre la perspectiva del paciente.....	289
10.7. ANEXO 7. Hoja de información y consentimiento informado. Estudio cualitativo sobre perspectiva de pacientes.....	293
10.8. ANEXO 8. Registro en PROSPERO de la revisión de alcance de la literatura científica. Estudio sobre perspectiva del investigador.....	299
10.9. ANEXO 9. Dictámenes favorables de los Comités de Ética de la Investigación. Estudio empírico multicéntrico sobre la perspectiva del contexto clínico.....	303
10.10. ANEXO 10. Autorizaciones de las Gerencias de Asistencia Sanitaria / Atención Primaria. Estudio empírico multicéntrico sobre la perspectiva del contexto clínico.....	317
10.11. ANEXO 11. Hoja de información y consentimiento informado. Estudio empírico multicéntrico sobre la perspectiva del contexto clínico.....	329
10.12. ANEXO 12. Cuadernos de recogida de datos (a cumplimentar por el fisioterapeuta colaborador). Estudio empírico multicéntrico sobre la perspectiva del contexto clínico.....	335

Índice

10.13. ANEXO 13. Cuadernos de recogida de datos (a cumplimentar por el paciente bajo supervisión del fisioterapeuta colaborador). Estudio empírico multicéntrico sobre la perspectiva del contexto clínico.....	343
---	-----

LISTADO DE ABREVIATURAS

(A)	Abreviado
%	Porcentaje
AdEv	Efectos adversos informados
Adh	Adherencia al tratamiento
AP	Atención Primaria
APS	Atención Primaria de Salud
APTA	Asociación Americana de Fisioterapeutas
AQLI	Instrumento de valoración de la calidad de vida
ARM	Escala de actitudes respecto a la responsabilidad para trastornos musculoesqueléticos
ASES	Escala de autoeficacia para artrosis
ATU	Uso de analgésicos y otras terapias
BBQ	Cuestionario de creencias respecto a la espalda
BDI	Inventario de depresión de Beck
BPS	Escala de rendimiento para la espalda
BQ	Cuestionario Bournemouth
BVFM	Cuestionario breve de valoración de la función musculoesquelética
CAC	Cuestionario autoadministrado de comorbilidades
CEIm	Comité de Ética de la Investigación con medicamentos
CGCFE	Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades

Abreviaturas

CIF	Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud
CISNS	Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud
CISQ	Cuestionario de satisfacción del cliente
CPAQ	Cuestionario de aceptación de dolor crónico
CPM	Modulación condicional del dolor
CPMI	Índice de modulación condicionada del dolor
CPQ	Cuestionario de dolor crónico
CS	Búsqueda de atención sanitaria
CSI	Inventario de sensibilización central
CSQ	Cuestionario de estrategias de superación
DAQ	Cuestionario de actividades diarias
DASH	Cuestionario de discapacidad de brazo, hombro y mano
DASS	Escala de depresión-ansiedad
DQ	Pregunta sobre discapacidad
DRAM	Método de valoración de riesgo y socorro
DRI	Índice de valoración de la discapacidad
DRS	Escala de valoración de la discapacidad
DVAS	Escala visual analógica de discapacidad
EAP	Equipos de atención primaria
ECA	Ensayo clínico aleatorizado
ECD	Estudio cualitativo descriptivo
ECP	Estudio de cohortes prospectivo
ECR	Estudio de cohortes retrospectivo

ECRQ	Cuestionario de tranquilización de consulta efectiva
EEUU	Estados Unidos de América
EINC	Estudio intervencional no controlado
EQL5	Cuestionario Euro-calidad de vida 5 dimensiones
ET	Estudio transversal
EVA	Escala analógica visual
FABQ	Cuestionario de creencias de evitación por miedo
FIHOA	Índice funcional para artrosis de mano
FTFd	Distancia dedo-suelo
GAD	Cuestionario de desórden de ansiedad generalizada
GCPS	Escala graduada de dolor crónico
GROC	Evaluación global del cambio
GRS	Gerencia Regional de Salud
GSES	Escala general del autoeficacia
HFAQ	Cuestionario de capacidad funcional de Hannover
hh	Horas
HOOS	Escala de discapacidad en artrosis de cadera y rodilla
HSC	Lista de verificación de síntomas Hopkins
HUI3	Índice de utilidades en salud-3
IKDF	Formulario subjetivo de rodilla del comité internacional de documentación de rodilla
INGESA	Instituto Nacional de Gestión Sanitaria
INP	Instituto Nacional de Previsión
INSALUD	Instituto Nacional de la Salud

Abreviaturas

IPAQ	Cuestionario internacional de actividad física
IPQ	Cuestionario de percepción de enfermedad
KOOS	Puntuación de artrosis y lesión de rodilla
LEFS	Escala funcional de extremidad inferior
MAAS	Escala de conciencia de atención plena
MHQ	Cuestionario de salud musculoesquelética
mm	Minutos
MPU-OT	Prueba de recogida de Moberg
MQ-OT	Prueba ortopédica de McQuade
MRI	Instrumento MedRisk
MRIP	Medida de resultado informado por el paciente
MSPQ	Cuestionario modificado de percepción somática
MUA	Valoración ecográfica musculoesquelética
MVC	Contracción voluntaria máxima
n	Número
NDI	Índice de discapacidad cervical
NHS	Sistema Nacional de Salud del Reino Unido
NPRS	Escala numérica de valoración del dolor
NU	Naciones Unidas
OA-QI	Indicadores de calidad para la gestión de la artrosis
OCCQ	Cuestionario Otago de costes y consecuencias para lumbalgia
ODI	Índice de discapacidad de Oswestry
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMPQ	Cuestionario de cribaje Örebro para dolor musculoesquelético

OMS	Organización Mundial de la Salud
OSPRO-ROS	Herramienta de cribado óptimo para predecir la derivación y el resultado – Revisión de sistemas
OSPRO-YF	Herramienta de cribado óptimo para predecir la derivación y el resultado – Banderas amarillas
OSS	Escala Oxford para hombro
OT-HT	Prueba ortopédica de Hawkins
OT-NS	Prueba ortopédica del signo de Neer
OTAN	Organización del Tratado del Atlántico Norte
PAL	Nivel de actividad física
PAM	Medida de activación del paciente
PANAS	Programa de afecto positivo y negativo
PAT5	Prueba de adaptación al papel-5 dimensiones
PCS	Escala de catastrofismo del dolor
PDI	Índice de discapacidad del dolor
PEI	Instrumento de habilitación para el dolor
PHQ	Cuestionario de salud del paciente
PPSA	Porcentaje de superficie de dolor
PPT	Umbral de dolor por presión
PQ	Pregunta sobre dolor
PR	Recuperación percibida
PRTEE	Evaluación del codo de tenista comunicada por el paciente
PS	Satisfacción del paciente
PSEQ	Cuestionario de autoeficacia del dolor

Abreviaturas

PSFS	Escala funcional específica del paciente
PSQI	Índice de calidad del sueño de Pittsburgh
PyScFQ	Pregunta sobre factores psicosociales
RD	Real Decreto
RMDQ	Cuestionario de discapacidad de Roland Morris
ROM	Rango de movimiento
s/d	Sin datos
SACYL	Servicio de Salud de Castilla y León
SBC	Escala de conexión corporal
SF-8	Encuesta breve de 8 preguntas
SF-12	Encuesta breve de 12 preguntas
SF-36	Encuesta breve de 36 preguntas
SFAT	Herramienta de evaluación funcional de Simmond
SGPAL	Escala Saltin-Grimby de nivel de actividad física
SLR-OT	Prueba ortopédica de elevación de la pierna recta
SNS	Sistema Nacional de Salud
SPADI	Índice de dolor y discapacidad en el hombro
SPPB	Batería corta de rendimiento físico
SQM	Medida de la calidad del sueño
ST-OT	Prueba ortopédica de Sorensen
ST	Prueba de paso
STAI	Inventario de ansiedad estado-rasgo
STMT	Herramienta StarT-MSK de la Universidad de Keele
STS	Prueba de sedestación-bipedestación

TC	Cambio de tratamiento
TS	Sumación temporal
TSK	Escala de kinesiophobia de Tampa
TUG	Prueba de “levántese y ande”
UFAP	Unidades de Fisioterapia en Atención Primaria
URSS	Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas
VAS	Escala Analógica Visual
WA	Absentismo laboral
WCPT	Confederación Mundial para la Fisioterapia
WHO5	Índice de bienestar OMS-5
WHODAS	Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad de la OMS
WOMAC	Índice de artrosis de la Universidad Western Ontario y McMaster
WP	Productividad Laboral
WPAI	Cuestionario de productividad laboral y deterioro de la actividad
WT	Prueba de marcha

ÍNDICE DE TABLAS

- Tabla 1.** Preguntas y componentes de la CIF cubiertos en la primera ronda Delfos
- Tabla 2.** Características demográficas y profesionales de los participantes en la primera ronda y tasa de participación a lo largo de las rondas Delfos
- Tabla 3.** Temas principales y componentes de la CIF relacionados con los conceptos sobre funcionamiento identificados
- Tabla 4.** Categorías que alcanzaron consenso a lo largo del proceso Delfos
- Tabla 5.** Categorías de la CIF (estructuras corporales) eliminadas a lo largo del proceso Delfos
- Tabla 6.** Categorías de la CIF (funciones corporales) eliminadas a lo largo del proceso Delfos
- Tabla 7.** Categorías de la CIF (actividades y participación) eliminadas a lo largo del proceso Delfos
- Tabla 8.** Categorías de la CIF (factores ambientales) eliminadas a lo largo del proceso Delfos
- Tabla 9.** Categorías de la CIF (factores personales) eliminadas a lo largo del proceso Delfos
- Tabla 10.** Resumen de las categorías de la CIF sobre las que se alcanzó consenso y comparación con las categorías incluidas en el conjunto básico de la CIF para afecciones musculoesqueléticas postagudas (completo)
- Tabla 11.** Preguntas abiertas realizadas a los participantes en los grupos de discusión
- Tabla 12.** Esquema del análisis cualitativo de los datos
- Tabla 13.** Descripción de la muestra y de los grupos focales
- Tabla 14.** Categorías de segundo nivel de la CIF en el conjunto básico completo para afecciones musculoesqueléticas postagudas y su identificación durante las sesiones de grupos focales.
- Tabla 15.** Categorías de segundo nivel de la CIF (estructuras corporales) identificadas no incluidas en el conjunto básico de la CIF para afecciones musculoesqueléticas postagudas

- Tabla 16.** Categorías de segundo nivel de la CIF (funciones corporales) identificadas no incluidas en el conjunto básico de la CIF para afecciones musculoesqueléticas postagudas
- Tabla 17.** Categorías de segundo nivel de la CIF (actividades y participación) identificadas no incluidas en el conjunto básico de la CIF para afecciones musculoesqueléticas postagudas
- Tabla 18.** Categorías de segundo nivel de la CIF (factores ambientales) identificadas no incluidas en el conjunto básico de la CIF para afecciones musculoesqueléticas postagudas
- Tabla 19.** Estrategias de búsqueda en revisión de alcance, según bases de datos
- Tabla 20.** Características de los estudios incluidos en la revisión
- Tabla 21.** Frecuencia de los instrumentos de valoración y temas principales
- Tabla 22.** Comparación entre medidas de resultado y categorías del conjunto básico de la CIF abreviado para afecciones musculoesqueléticas postagudas
- Tabla 23.** Frecuencia de categorías del conjunto básico completo para afecciones musculoesqueléticas postagudas identificadas en las medidas de resultado
- Tabla 24.** Categorías de 2º nivel de la CIF adicionales vinculadas a conceptos identificados a partir de las medidas de resultado
- Tabla 25.** Conjunto básico de la CIF completos para afecciones musculoesqueléticas postagudas: prevalencia de las deficiencias en las funciones corporales
- Tabla 26.** Conjunto básico de la CIF completo para afecciones musculoesqueléticas postagudas: prevalencia de las deficiencias en las estructuras corporales
- Tabla 27.** Conjunto básico de la CIF completo para afecciones musculoesqueléticas postagudas: prevalencia de limitaciones o restricciones en actividades y participación
- Tabla 28.** Conjunto básico de la CIF completo para afecciones musculoesqueléticas postagudas: prevalencia de barreras o facilitadores debidas a factores ambientales
- Tabla 29.** Características de la muestra en el estudio multicéntrico

Tabla 30. Lista agregada de categorías del componente de la CIF “Funciones Corporales”

Tabla 31. Lista agregada de categorías del componente de la CIF “Estructuras Corporales”

Tabla 32. Lista agregada de categorías del componente de la CIF “Actividades y Participación”

Tabla 33. Lista agregada de categorías del componente de la CIF “Factores Ambientales”

ÍNDICE DE FIGURAS

- Figura 1.** Interacciones entre los componentes de la CIF
- Figura 2.** La estructura de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF)
- Figura 3.** Diagrama de flujo para ilustrar las etapas del proceso Delfos
- Figura 4.** Saturación de datos a lo largo de los grupos focales
- Figura 5.** Flujograma del proceso de búsqueda bibliográfica
- Figura 6.** Distribución de la UFAP participantes en el estudio multicéntrico

INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES

1. Introducción y antecedentes

1.1. Atención primaria de la salud. Contexto histórico

El término “atención primaria” (AP) es atribuido a Bertrand E. Dawson (1864-1945), médico de la familia real británica y presidente del *Royal College of Physicians*, al definirlo por primera vez en el *Interim Report of the Consultative Council on the Future of Medical and Allied Services* (1920) [1]. Este informe proponía un ambicioso plan cuyo objetivo era integrar la totalidad de servicios sanitarios del Reino Unido, hasta entonces financiados por compañías de seguros, entidades locales y cuerpos de voluntarios; en un sistema de salud más amplio y coherente [2,3]. El “informe Dawson”, como era popularmente conocido, proponía la creación de una red de “centros de atención primaria” para proporcionar asistencia sanitaria global a la población por medio de una distribución en distritos. Los “centros de atención secundaria” (generalmente hospitales) se ocuparían de los casos más complejos y podrían recibir pacientes derivados desde varios centros de atención primaria. El planteamiento de Dawson fue formulado en un periodo de inestabilidad económica y política, además de encontrarse con las reticencias de los médicos generalistas de su tiempo y con una prensa hostil que lo calificó de pretencioso e imposible de financiar. Por ello, quedó relegado al olvido y, aunque nunca llegó a materializarse, fue el germen para la fundación en 1948 del *National Health System* (NHS) en el Reino Unido [4].

En 1948 también se creó la Organización Mundial de la Salud (OMS), con sede en Ginebra (Suiza), como una agencia internacional para la salud bajo el auspicio de Naciones Unidas (NU) [5]. Según Naciones Unidas, la OMS “es la autoridad directiva y coordinadora en materia de salud dentro del sistema de las Naciones Unidas. Es responsable de proporcionar liderazgo en asuntos de salud mundial, configurar la agenda de investigación sanitaria, establecer normas y estándares, articular opciones políticas basadas en pruebas, proporcionar apoyo técnico a los países y supervisar y evaluar las tendencias sanitarias” [6].

Sin embargo, la creación de la OMS se produjo en un contexto de Guerra Fría entre los bloques occidental y oriental configurados tras la Segunda Guerra Mundial. El liderazgo de estos bloques correspondía a los Estados Unidos de América (EEUU) para

la facción occidental, y a la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) para su contraparte oriental. La crisis de Berlín (1948-1949), que supuso el bloqueo de la ciudad por parte de la URSS tras desavenencias de tipo económico, escenificó esta tensión entre bloques y dio lugar a un enfrentamiento a todos los niveles (político, económico, social, ideológico y militar) que duraría décadas. En 1949, los EEUU crearon la Organización del Tratado del Atlántico Norte (OTAN) como una alianza militar de defensa colectiva de los países del bloque occidental. Ese mismo año, la URSS rompe relaciones con la OMS ante la desconfianza que este tipo de organizaciones internacionales le suscitaban y la potencial amenaza que suponían para sus intereses. Otros países del bloque soviético, como Polonia, Checoslovaquia, Hungría, Mongolia, Bulgaria y Rumanía también cesaron de participar en la actividad de la OMS [7]. La URSS forjó un sistema alternativo de cooperación en materia sanitaria para ayudar a reconstruir los sistemas sanitarios de los países de su bloque, algo en lo que previamente había fracasado la OMS. Las actuaciones no sólo se limitaban al ámbito sanitario, sino que incluían cuestiones relacionadas con la vivienda, el saneamiento, las infraestructuras, las pensiones y la seguridad social.

El sistema sanitario soviético, caracterizado por ser gratuito, universal y público; se desarrolló al margen de la OMS y fue replicado con éxito en otros países del bloque comunista por medio de acuerdos bilaterales. La URSS institucionalizó su política de cooperación, expandiéndola hacia países del Tercer Mundo (hasta 70 países de Hispanoamérica, Asia y África contaban con este tipo de acuerdos en 1969). Ulteriormente, este tipo de acuerdos llegaron a establecerse también con países del bloque capitalista como Francia (1969), Italia (1970), EEUU (1972) y Reino Unido (1975). De esta forma, aunque el mundo había asistido a una dualidad en el desarrollo de modelos sanitarios, antagónicos en algunos aspectos, cada vez era mayor el interés entre ambos bloques de compartir experiencias.

La década de 1970 había sido propicia para este tipo de intercambios, ya que se caracterizó por cierta distensión en el contexto de Guerra Fría que todavía perduraba. Coincidiendo con este periodo, NU se había comprometido a promover la justicia y la independencia de los países en vías de desarrollo por medio de un Nuevo Orden Económico Internacional [8]. De esta forma, los países en vías de desarrollo contribuyeron de una forma particularmente relevante al cambio en la percepción de la

salud, tradicionalmente basada en la visión de la profesión médica y circunscrita al ámbito hospitalario, hacia otra más amplia que incluía determinantes sociales y de justicia social [9]. Este clima de colaboración entre bloques en materia sanitaria cristalizó en 1978 con la Conferencia de Alma Ata (URSS) y la declaración derivada de la misma, firmada por 134 países y 67 organizaciones internacionales [10].

La Declaración de Alma Ata definió la “atención primaria de salud” (APS) como “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación” [11], alineándose con la definición de salud de la OMS (1948) como el “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Esta declaración contribuía a reafirmar que la salud es un derecho humano fundamental y que alcanzar su mayor desarrollo posible es un objetivo mundial de primer orden en el que están implicados múltiples sectores sociales y económicos, no solamente el sanitario [12]. El reconocimiento del impacto que los factores económicos y sociales tienen sobre la salud suponía el cambio de paradigma desde un modelo exclusivamente biomédico a otro de tipo biopsicosocial, tal como había propuesto Engel en 1977 [13].

La APS previó un desarrollo horizontal de la asistencia sanitaria a nivel comunitario, reconociendo el derecho y el deber que las personas tienen a participar individual y colectivamente en su planificación y aplicación. Los gobiernos tienen la responsabilidad de proveer de las herramientas necesarias para hacer efectivo este derecho y de tomar las medidas sanitarias y sociales oportunas para mejorar la salud de sus poblaciones [9]. Este enfoque se enfrentaba a las inequidades presentes en la década de 1970, muchas de las cuales persisten en la actualidad: a) tecnología orientada a la enfermedad, b) promoción del consumismo sanitario mediante la aplicación de técnicas con mínimos beneficios; y c) hiperespecialización y carencia de enfoques centrados en la persona [14]. De esta forma, la APS estaba llamada a formar parte integral de los sistemas sanitarios nacionales, aproximando la asistencia sanitaria a nivel de la familia y

de la comunidad por medio de un acceso universal a sus servicios; además de contribuir al desarrollo económico y social local, y a disminuir las desigualdades entre países [10].

Los principios manifestados en la declaración de Alma Ata articularon por primera vez las políticas de la OMS de “Salud para Todos”, un ambicioso objetivo que se pretendía alcanzar para el año 2000 [14,15]. Sin embargo, este objetivo se encontró con las dificultades que implicaba la implementación de la APS: a) desvirtuación de sus fundamentos al centrar las actuaciones en programas verticales enfocados en la enfermedad y desdeñando la intervención sobre el resto de determinantes de salud; b) falta de definición de los conceptos de AP y APS, dando lugar a una intercambiabilidad de enfoques fuente de confusión; c) dificultades para institucionalizar la participación comunitaria de una forma efectiva; y d) falta de compromiso político y problemas recurrentes de financiación [9].

La década de 1980 estuvo marcada por las malas perspectivas económicas y el excesivo endeudamiento de los países en vías de desarrollo, lo que mermaba los fondos que estos países podían destinar a sanidad y educación. En 1993, el Banco Mundial en su informe *Investing in health* [16] planteaba que las intervenciones sanitarias debían valorarse en términos de costo-efectividad y argumentaba que el papel del estado en la asistencia sanitaria debía verse reducido en favor del sector privado. La OMS se hizo eco de este planteamiento examinando dicha costo-efectividad en su informe *Health Systems: Improving Performance* (2000) [17]. Por su parte, NU también siguió esta tendencia mediante la formulación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que pretendía alcanzar para el año 2015 [18]. Estas iniciativas volvían a adoptar un modelo vertical enfocado en la enfermedad, sin considerar valores de justicia social, equidad y participación comunitaria [9].

El cambio en esta tendencia se produjo en 2008, cuando la OMS publicó el informe *Health Care: Now more than Ever* [19], enmarcado en su estrategia de “Cobertura Universal de Salud” [20] y suponiendo un retorno a las políticas de “Salud para Todos” al reclamar una atención sanitaria centrada en la persona y un mayor compromiso de las autoridades para cuidar la salud de la comunidad. A su vez, la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS presentaba otro informe que proporcionaba evidencia de que los determinantes sociales (ingresos, educación,

condiciones de vida, etc.) eran críticos para la mejora de la asistencia sanitaria [21]. La APS es considerada por la OMS como uno de los pilares básicos para la alcanzar la cobertura universal de la salud. Garantizar un libre acceso a los servicios sanitarios permite mejorar la salud de la población y proteger a los pacientes del riesgo financiero derivado de la asistencia sanitaria [22].

De nuevo, otra crisis financiera derivada de la burbuja inmobiliaria de 2008 frustró estas iniciativas y los sistemas sanitarios nacionales volvieron a priorizar la atención hospitalaria de tipo curativo, en detrimento de los valores de la APS. Además, se asistió a la irrupción de nuevos actores muy bien financiados (fundaciones, organizaciones no gubernamentales) que apoyaban el desarrollo de programas de salud de tipo vertical, consiguiendo influir sobre las políticas sanitarias globales e imponer una visión alejada de la APS. El enfoque hacia la “Cobertura Universal de Salud” no volvería hasta 2017, con la formulación de los “Objetivos de Desarrollo Sostenible” (ODS) [23] y su pretensión de “garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades”. Curiosamente, la APS no parece contemplarse como uno de los elementos necesarios para alcanzar este logro [14]. Esto genera la duda sobre si los ODS comparten los mismos principios que la APS y si son, por tanto, compatibles. A priori, la formulación de los ODS ha sido un proceso vertical en el que no se ha tenido en cuenta a la comunidad, algo que es fundamental en la definición de la APS.

En 2018, conmemorando el 40º aniversario de la declaración de Alma Ata, la OMS celebró en Astaná (Kazajistán) una conferencia sobre APS que culminó en una nueva declaración que reafirmaba los principios establecidos en 1978 [24]. El énfasis en esta ocasión se puso en: a) el desarrollo de conocimientos y capacidades que permitan fortalecer la APS; b) la disponibilidad de suficientes recursos humanos para atender las necesidades de la población en un contexto multidisciplinar; c) la accesibilidad a la tecnología que permita mejorar la calidad de los servicios; y d) una financiación suficiente. A pesar de suponer un paso positivo a nivel internacional, las tensiones ideológicas siguen latentes y condicionan el desarrollo extenso y equitativo de la APS [22].

1.2. La implementación de la APS en los sistemas sanitarios

La Declaración de Alma Ata establece que “la atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad” [11]. En 2005, Starfield [25] estudió la contribución que la APS había tenido sobre los sistemas sanitarios y sobre la salud de la población, concluyendo que la AP era capaz de prevenir la enfermedad y la muerte, además de ofrecer un acceso a los servicios sanitarios más equitativo. Para ello, la APS ha de reunir las siguientes características: a) constituir el punto de acceso para cada nueva necesidad sanitaria de la persona; b) establecer un enfoque asistencial orientado al largo plazo y centrado en la persona, no en la enfermedad; c) proporcionar una atención integral para la mayoría de las necesidades sanitarias; y d) establecer adecuados mecanismos de coordinación entre niveles asistenciales, cuando el paciente agota las posibilidades terapéuticas ofrecidas en AP o es derivado desde servicios hospitalarios. El trabajo de Starfield [25] también identifica los mecanismos por los que la AP tiene un impacto positivo sobre la salud de la población: a) la AP proporciona acceso a los servicios sanitarios a grupos relativamente desfavorecidos, mejorando la equidad; b) los médicos de AP son capaces de gestionar adecuadamente las enfermedades comunes y, con el correcto apoyo de especialistas, también enfermedades menos frecuentes; c) la AP permite el desarrollo de actividades preventivas que tienen un importante beneficio a largo plazo; d) la gestión precoz de los problemas de salud evita complicaciones y/o disminuye su gravedad; e) la atención centrada en la persona obtiene mejores resultados que la suma de tratamientos para cada enfermedad; y e) disminuye las actuaciones innecesarias o inadecuadas desde el nivel de atención especializada. Los sistemas de salud excesivamente centrados en la atención hospitalaria han mostrado ser ineficientes, además de suponer grandes costes que ponen en riesgo su sostenibilidad. La AP ha de ser el sustrato sobre el que se integren los hospitales y no al revés. Sin embargo, la gestión sanitaria basada en hospitales suele proporcionar más réditos políticos, al mostrarse a la población como símbolo de progreso, pero poniendo en riesgo al sistema en su conjunto y restando financiación a la APS [26,27].

El desarrollo de la APS se enfrentó a importantes desafíos desde su formulación en la Declaración de Alma Ata. Los principales obstáculos fueron una falta de motivación política y los problemas para lograr una financiación suficiente. La APS también fue inicialmente desacreditada al ser considerada como una “atención pobre para gente pobre, una solución de segunda categoría para países en desarrollo” [10]. En el origen de estos problemas subyace una incorrecta interpretación de la APS, confundido habitualmente con el concepto de AP, que dio lugar a controversias sobre cómo trasladar los principios expuestos en Alma Ata a la práctica [14]. En 1984, Egwu [28] identificó dos problemas con respecto a la definición de APS. El primero de ellos era determinar si el nuevo término tenía una utilidad clara o si, por el contrario, sería una moda pasajera que acabaría cayendo en el olvido. El segundo problema tenía que ver con una reminiscencia del modelo biomédico que perdura hasta nuestros días y que consiste en hacer intercambiables los significados de AP y APS. Esta confusión se manifestó principalmente en los países industrializados, interpretando la APS como la asistencia sanitaria “de primera línea” sobre la que gestionar las nuevas necesidades sanitarias de la población, a excepción de las más inusuales, y que resultó habitual en países donde la asistencia hospitalaria estaba firmemente establecida [29]. La APS es un enfoque global de la organización del sistema sanitario y de la coordinación intersectorial en pro de la salud, que es considerada como un derecho humano. La APS se ocupa de los determinantes sociales y ambientales de la salud; teniendo la equidad y la participación de la comunidad como valores esenciales. Por su parte, la AP es la vertiente sanitaria de la APS y como tal, incluye servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación; además de integrar los servicios de salud pública como los controles de seguridad en agua y alimentos, el saneamiento y el control de enfermedades transmisibles. Es frecuente considerar la AP como un nivel sencillo y poco especializado, pero la realidad muestra que la AP es inherentemente compleja. Los retos a los que se enfrenta la AP incluyen la delimitación de las actuaciones que deben o no ofrecerse en el ámbito comunitario, la necesidad de adaptar los servicios a condiciones clínicas cambiantes, comprender los factores sociales y ambientales de la salud en las comunidades locales; y disponer de suficiente flexibilidad para tener en cuenta las expectativas y los deseos de los pacientes [30,31]. Por tanto, aunque la AP

sea la parte más visible de la APS, ambas interactúan entre sí y son necesarias para desarrollar enfoques amplios para mejorar la salud de la comunidad [14].

La confusión de términos dio lugar a críticas que consideraban el concepto de APS como demasiado amplio y ambicioso. En 1979, Walsh y Warren [32] propusieron una aplicación selectiva de la APS que, si bien resultaba más pragmática, se alejaba de los principios fundamentales de Alma Ata. Este enfoque proponía centrarse en las enfermedades que tenían la más alta prevalencia, mayor riesgo de mortalidad y mayores posibilidades de control en términos de costo-efectividad. La APS aplicada de este modo desafía el propio concepto de salud de la OMS, definido como el “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, así como la importancia de la equidad, la participación social y la colaboración multisectorial. El uso de un enfoque vertical en la aplicación de la APS limita su potencial, como ya se ha observado en algunos países europeos [33,34]. Por otro lado, el hecho de limitarse únicamente a los aspectos sanitarios de la APS supone un planteamiento erróneo, como ya declaró la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS en 2008 [21]. Este debate continúa hoy en día y algunos autores han propuesto un enfoque diagonal en un intento de integrar ambos enfoques [35]. En lo que respecta a los sistemas sanitarios de los países desarrollados, AP y APS siguen considerándose como equivalentes, lo que desafía la forma en que la asistencia sanitaria es concebida y administrada [21]. El problema de fondo parece ser una deficiente integración del modelo biopsicosocial en estos sistemas sanitarios, de forma que no sólo se tengan en cuenta los aspectos biológicos de la enfermedad, sino también el contexto social del paciente, su percepción de la enfermedad y la interacción con el médico y con el propio sistema [13].

La forma de evaluar las actuaciones en APS ha contribuido a perpetuar esta concepción. Los programas de APS han sido tradicionalmente considerados como intervenciones aisladas para mejorar la salud, siguiendo de nuevo el modelo biomédico y estableciendo los ensayos clínicos aleatorizados (ECA) como marco de referencia para determinar su eficacia. Sin embargo, este enfoque ha mostrado su debilidad ya que la valoración de intervenciones mediante ECA se basa en la definición precisa de un proceso lineal, generalizable y predecible. En el caso de la APS, algunos términos como la “participación” sólo pueden definirse de forma vaga, por lo que su estudio mediante

este tipo de ensayos no permite obtener conclusiones de peso. Lo mismo sucede con el concepto de “equidad” y sus implicaciones éticas relacionadas con la justicia social y los derechos humanos. Por otra parte, el enfoque centrado en la persona también dificulta la replicabilidad de resultados en este contexto, ya que las actitudes y el comportamiento del individuo con respecto a su salud están influenciados por circunstancias ajenas a la asistencia sanitaria [36]. Las dificultades en la financiación que tradicionalmente ha encontrado la APS se fundamentan en parte por la ausencia de un cuerpo de evidencia basado en ECA para sus actuaciones.

A pesar de las dificultades para implementar la APS, en estos 45 años transcurridos desde 1978, se han desarrollado una multitud de experiencias con el objetivo de llevar a la práctica los principios consensuados en la Declaración de Alma Ata. De estas experiencias se pueden extraer las siguientes lecciones: 1) no hay un modelo universal para implementar las políticas de la APS, pero su éxito depende de la disponibilidad de financiación, de infraestructuras y recursos humanos, además del compromiso de los gobiernos; 2) la APS es un proceso de aprendizaje mediante ensayo-error que se desarrolla a largo plazo y requiere una constante monitorización para adquirir experiencia; y 3) la APS ha de ser reconocida como un proceso complejo que debe examinarse con las herramientas apropiadas, aceptando que su aplicación a la sociedad no es predecible ni puede gestionarse con fiabilidad y precisión [9].

1.3. El desarrollo de la APS en España

El sistema sanitario español hunde sus raíces en la época medieval, con el establecimiento de la figura del “físico” en el Fuero Real de Alfonso X “El Sabio”. Los médicos eran contratados por los diversos gremios para la prestación de asistencia sanitaria, mediante el primer sistema capitativo documentado. Este sistema se caracterizaba por atender “a todos por igual”, independientemente del estado de salud de los gremialistas, y dio lugar al desarrollo de las primeras mutuas y “cajas de enfermedad” en los siglos XIX y XX. Se seguía el ejemplo del sistema alemán basado en la contribución, desarrollado por Bismarck en 1883 [37,38].

El primer germen del sistema nacional de salud (SNS) se da en 1908 con la creación del Instituto Nacional de Previsión (INP) como ente gestor de seguros sociales.

Durante las siguientes décadas, se asiste a la implantación progresiva de diversas prestaciones y coberturas que en la actualidad forman parte del sistema de Seguridad Social (jubilación, maternidad o el aseguramiento de los accidentes de trabajo). La primera propuesta para ampliar estas coberturas a la asistencia sanitaria se dio en 1932, teniendo como objetivo transformar el INP en un verdadero SNS. Sin embargo, la guerra civil truncó esta iniciativa y hubo de esperar hasta la promulgación de la Ley de Bases de Sanidad Nacional en 1944 [39]. En 1942, se había instaurado previamente el Seguro Obligatorio de Enfermedad, destinado a proporcionar cobertura sanitaria a los trabajadores y a sus familias. Este seguro se caracterizó en su momento por la creación de una extensa red de centros ambulatorios, donde se realizaba el mayor porcentaje de las actuaciones sanitarias y que, a la postre, resultarían ser los precursores de los actuales centros de salud. El acceso a niveles especializados estaba filtrado por un médico generalista, similar a lo que conocemos en la actualidad. Esta forma de organización se mantendría hasta la disolución del INP en 1978 [37,38].

En 1978, culminando el proceso de transición, se promulga la Constitución Española que, en su artículo 43, “reconoce el derecho a la protección de la salud” y establece que “compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios” [40]. Este hito marca un antes y un después en la concepción del SNS, ya que la salud pasaba a considerarse un derecho y, en consecuencia, la cobertura sanitaria se extendía a toda la población. De esta forma, el SNS se alineaba de forma singular con uno de los principios fundamentales de la Declaración de Alma Ata. El desarrollo de la APS y la universalización de las coberturas del SNS necesariamente habrían de fundamentarse en una AP fuerte, otorgándole un importante peso dentro del sistema. La AP no sólo realiza tratamientos curativos, sino que ha de incluir intervenciones de promoción y educación para la salud, además de lograr la continuidad asistencial entre los diferentes niveles y coordinar sus actuaciones. El establecimiento de relaciones a largo plazo entre pacientes y profesionales mejora la adherencia a los tratamientos y potencia los beneficios. La AP está llamada a alcanzar un alto nivel de eficiencia dentro del conjunto del SNS y a proteger a los pacientes de exámenes y tratamientos innecesarios. En definitiva, una AP sólida ha demostrado obtener mejores resultados en salud y proporcionar una atención sanitaria más equitativa a la población [25].

El Real Decreto (RD) 137/1984 [41], sobre estructuras básicas de salud, define los elementos fundamentales del SNS para el desarrollo de la APS en España. La Ley 14/1986, General de Sanidad [42], fue el marco definitivo que articuló los conceptos anteriores y configuró el SNS en su forma actual. De esta forma, la concepción del SNS español se basa en el modelo propuesto por Beveridge para el NHS británico, según el cual, el Estado agrupa y ofrece todas las actuaciones sanitarias en relación a una cartera de servicios [43,44]. Este sistema público, que coexistirá con la oferta de servicios sanitarios desde el ámbito privado, estará gestionado por el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) creado en 1978 tras la disolución del INP. Desde su creación en 1986, el SNS será testigo de una creciente descentralización estatal en la prestación de servicios sanitarios. Este proceso se había iniciado en 1981 con la transferencia de competencias a la Generalidad de Cataluña, culminando en 2001 con el traspaso de los servicios del INSALUD a la Comunidad de Castilla y León mediante el RD 1480/2001. En el caso de Castilla y León, la Ley 1/1993 de Ordenación del Sistema Sanitario había creado previamente las estructuras básicas para la prestación y gestión de servicios sanitarios: el Servicio de Salud de Castilla y León (SACYL) y la Gerencia Regional de Salud (GRS), respectivamente [45]. Desprovisto de funciones, el INSALUD fue disuelto en 2002, dejando como reminiscencia al Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA) para la administración de las competencias sanitarias en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla.

La descentralización actual del SNS es coherente con la tendencia observada en otros países occidentales [46], aunque en España no sólo se han tenido en cuenta criterios técnicos sino también políticos. Para mantener la cohesión del SNS a través de sus 17 servicios de salud, se promulgó la Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que desarrollaba aspectos ya contemplados en la Ley 14/1986. En particular, se da especial relevancia al Consejo Interterritorial del SNS (CISNS) como órgano coordinador, además de sentar las bases para una cartera de servicios común, que sería establecida mediante el RD 1030/2006 [47]. Partiendo de ese elemento común y directriz de las prestaciones sanitarias que han de ofrecerse en los diferentes servicios de salud, cada uno de ellos mostrará sus peculiaridades y darán lugar a diferentes niveles de desarrollo de la APS en España.

En los últimos años, la sostenibilidad del SNS se ha visto comprometida por el desfavorable contexto económico. En 2012, el RD 16/2012 [48] dispuso una serie de medidas que tenían como objetivo aumentar la eficiencia del SNS, y mantener una cobertura del SNS que se adaptara a los cambios económicos y sociales que estaban transformando la sociedad española. Las dificultades para la financiación han tenido mayor impacto en la AP, pero también han puesto de manifiesto que la sostenibilidad global del SNS pasa por una mejora y una modernización de este nivel asistencial. Los recientes cambios han dado lugar a una sociedad más envejecida y más propensa a padecer enfermedades crónicas. En 2019, para acometer esta tarea, el CISNS desarrolló el Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria [49]. Este documento plantea varias líneas estratégicas que buscan: a) reforzar el compromiso del CISNS en el liderazgo de la APS; b) asegurar una adecuada financiación que garantice la efectividad y la calidad de la APS; c) mejorar la atención sanitaria y la coordinación con el resto de ámbitos asistenciales; d) reforzar la atención comunitaria, la promoción de la salud y prevención en la APS, d) potenciar el uso de la tecnologías de la información y la comunicación; y e) impulsar la formación y la investigación en la APS.

1.4. Fisioterapia y Atención Primaria de la Salud

La Fisioterapia ha estado presente en la AP desde su propia concepción, aunque su desarrollo no se ha producido hasta las últimas décadas y aún no ha sido completado. El apartado 57 del informe Dawson ya contemplaba la aplicación en los centros de AP de técnicas propias de esta disciplina, como son la electroterapia, la hidroterapia, el calor por radiación o el masaje [1]. En 1976, la OMS celebró una asamblea general sobre prevención de discapacidad y rehabilitación, adoptando una resolución en la que instó a la integración de la rehabilitación en los programas de APS y en la vida comunitaria [50]. Esta directriz queda confirmada en 1978 por la Declaración de Alma Ata que, en su título VII, afirma que la APS “se orienta hacia los principales problemas de la salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver estos problemas” [11]. En 2018, la Declaración de Astaná reafirmó este principio manifestando que “los servicios de promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos deben ser accesibles a todos” [24].

La transferencia de servicios de rehabilitación a la comunidad responde al incremento de la discapacidad que venía observándose desde la década de 1950. Los sistemas sanitarios eran ineficientes en la prestación de estos servicios, lo que se traducía en una incapacidad cada vez mayor de mantenerse accesibles a la población. La rehabilitación institucionalizada resultaba cada vez más costosa y apenas cubría el 3% de las necesidades de rehabilitación de individuos y poblaciones. Por ello, la OMS desarrolló un enfoque innovador para hacer frente a esta situación, conocido como “rehabilitación basada en la comunidad”, que permitió extender este tipo de servicios y hacerlos accesibles a la población en general. Bajo este nuevo enfoque, se contemplaba una transferencia de conocimiento a gran escala hacia las personas discapacitadas, sus familias y la comunidad en la que vivían. La comunidad jugaba un papel clave, pues se tenía la expectativa de que estuviera activamente involucrada en la planificación, toma de decisiones y evaluación de los programas de rehabilitación, alineándose de esta forma con los principios de la APS [51]. La publicación del manual *Training Disabled People in the Community* [52,53] supuso la base para el desarrollo de programas de rehabilitación en AP. Inicialmente, la rehabilitación basada en la comunidad era un modelo médico orientado al individuo, pero la influencia de las organizaciones de personas discapacitadas le dio un carácter más amplio para incluir aspectos sociales y éticos. De esta forma, los objetivos de la rehabilitación basada en la comunidad no sólo eran maximizar las capacidades física y mental, sino asistir a las personas discapacitadas para contribuir en sus respectivas comunidades, así como animar a las comunidades a promover y respetar los derechos humanos de estas personas [54]. Aunque se han descrito como efectivos en la literatura científica, los programas de rehabilitación basada en la comunidad no pueden definirse como una intervención aislada y sus resultados tampoco pueden homogeneizarse. Por ello, han surgido críticas ante la falta de estudios de alta calidad para desarrollar una evidencia de base para estos programas, especialmente en lo que concierne a la participación de las personas con discapacidad, los miembros de la comunidad y los trabajadores de rehabilitación y el uso de los recursos locales. Otro aspecto a considerar es la necesidad de consensuar un marco para la evaluación que permita la comparación de programas, con mayor énfasis de estudios cuantitativos y también mediante la producción de mejores guías de práctica clínica [55,56].

La rehabilitación basada en la comunidad se desarrolló principalmente en países en vías de desarrollo, ya que era un modelo que se adaptaba bien a entornos donde los recursos humanos y materiales eran escasos. En los países industrializados, en cambio, la integración de la rehabilitación en AP se realizó siguiendo un modelo clínico. La configuración típica de este modelo implica la presencia de un profesional relacionado con la rehabilitación, como un fisioterapeuta o un terapeuta ocupacional, en un entorno clínico de AP. Esto da lugar a un equipo geográficamente definido en el que sus miembros ejercen su práctica habitual de forma concentrada y habitualmente específica para cada enfermedad. Se trata de un modelo que es familiar tanto para profesionales como para pacientes, pero ha sido criticado porque utiliza un enfoque clínico demasiado institucionalizado y termina sacando a los pacientes de su contexto social, sin aprovechar su ubicación en la comunidad. Otras desventajas son la frecuente presencia de listas de espera, como resultado de un excesivo predominio de los tratamientos individuales; la falta de comunicación con otras disciplinas al prestar la asistencia sanitaria, además de una mayor necesidad de infraestructuras y personal. Aunque otros enfoques han sido descritos (por ejemplo, los basados en la divulgación, la autogestión, la gestión de casos o la gestión compartida), el modelo clínico es sin duda el más frecuentemente observado en estos entornos de mayor disponibilidad de recursos. En cualquier caso, todos ellos promueven la atención cooperativa para mejorar la asistencia en AP y garantizar que los pacientes con discapacidad reciban los cuidados que requieren [57].

En la actualidad, se calcula que 1300 millones de personas en el mundo (16,7% de la población) sufren una discapacidad importante. El aumento de la esperanza de vida y el impacto creciente en la salud de las enfermedades no transmisibles están relacionados con la tendencia al alza observada en las últimas décadas [58]. En 2019, las afecciones musculoesqueléticas constituyeron la segunda causa de discapacidad en todo el mundo y representaron el 17% de los años vividos con discapacidad [59]. Se estima que este tipo de afecciones afectan a más de 1700 millones de personas en todo el mundo y se caracterizan por implicar dolor, deficiencias físicas (como disminución de la amplitud de movimiento y/o pérdida de fuerza) y alteración de la capacidad funcional [58]; lo que conlleva una importante repercusión en aspectos sociales, laborales y personales del paciente [60]. De acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE),

existen más de 150 diagnósticos relacionados con las afecciones musculoesqueléticas, encontrándose la lumbalgia, la cervicalgia, la artrosis y las lesiones traumáticas entre las más frecuentes. Dada su alta prevalencia, la AP se encarga de proporcionar la atención sanitaria para la mayoría de estos procesos. La Fisioterapia juega un papel central en la prevención y tratamiento de la discapacidad en este nivel asistencial y, dadas las tendencias actuales en cuanto a envejecimiento y aumento de la prevalencia de comorbilidades, se prevé un importante incremento de su demanda por parte de la población [61]. La práctica clínica en esta disciplina está respaldada por un sólido cuerpo de evidencia científica que ha experimentado un crecimiento exponencial en las últimas décadas [62]. En particular, las actuaciones de fisioterapia a nivel comunitario han mostrado tener importantes beneficios en cuanto a la calidad de vida de las personas que sufren problemas musculoesqueléticos [63]. Además, la disponibilidad de servicios de fisioterapia accesibles a la población se ha relacionado con menores costes sanitarios sin comprometer los resultados clínicos [64], además de contribuir a la equidad propugnada por la APS.

La figura del fisioterapeuta en AP contribuye a mejorar la salud de la comunidad mediante: a) la promoción de la actividad física y de la salud en general; b) la prevención de la enfermedad, las lesiones y la discapacidad; c) la gestión de afecciones agudas y crónicas, las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación; d) la mejora del rendimiento físico y el mantenimiento de una independencia funcional óptima del individuo; e) la rehabilitación de las lesiones y los efectos de la enfermedad y la discapacidad por medio de programas de ejercicio y otras intervenciones; y f) la educación y la planificación de programas de mantenimiento y apoyo para prevenir la reaparición de lesiones o el deterioro funcional [65]. Para llevar a cabo estas actividades, el fisioterapeuta de AP tiene que adoptar diferentes roles (por ejemplo, evaluador, clínico o educador) para apoyar al paciente en la autogestión de la enfermedad y alinearse con los principios de la APS [66]. La flexibilidad de roles, combinada con un enfoque centrado en la persona y la capacidad para adaptarse a las características de la comunidad local le permiten adoptar una posición dinámica que resulta particularmente útil en los entornos de APS [67,68]. Por ello, los beneficios de integrar al fisioterapeuta en los equipos de atención primaria (EAP) son múltiples, incluyendo un aumento de los niveles de satisfacción (tanto de pacientes como de otros

profesionales), una disminución de las listas de espera, un incremento de la costo-efectividad, una disminución de las derivaciones a especialistas y una mejora de la calidad de vida en los pacientes [69]. Sin embargo, a pesar de su potencial, la integración del fisioterapeuta en los equipos de AP no ha llegado a completarse de forma integral, siendo relegado habitualmente a una figura de apoyo [66].

1.5. Fisioterapia en APS en el Sistema Nacional de Salud español

La presencia de fisioterapeutas en AP comenzó en 1987, con la instauración de Unidades de Rehabilitación en centros de salud. Sin embargo, el verdadero impulso a la Fisioterapia en AP vendría por medio de la circular 4/91 del INSALUD [70] y la creación de la figura del fisioterapeuta de área en AP como profesional de apoyo de los EAP en 1991. De esta forma, se pusieron en marcha las actividades de rehabilitación en este nivel asistencial, dentro del concepto de atención integral de la salud y siguiendo las directrices de la OMS.

La creación de las primeras Unidades de Fisioterapia en Atención Primaria (UFAP) supuso un desafío en diversos aspectos. Por un lado, se entablaba un conflicto con los profesionales del ámbito hospitalario, presuponiendo que médicos de familia y fisioterapeutas no eran capaces de llevar a cabo la gestión de la rehabilitación en el ámbito comunitario. Por otro, los fisioterapeutas hacían acto de presencia en estructuras y jerarquías sanitarias que hasta entonces les habían sido ajenas, lo que implicaba un esfuerzo añadido en aras de alcanzar una integración con los EAP [71]. La consideración como profesional de apoyo ha impedido la completa integración del fisioterapeuta en el EAP y ha dificultado que su punto de vista fuera tenido en cuenta dentro de este equipo. Si bien el valor del fisioterapeuta es ampliamente reconocido por el resto de profesionales del EAP [72], particularmente en la gestión de problemas musculoesqueléticos y de enfermedades crónicas, también se han observado frecuentes malinterpretaciones sobre el papel que juega la Fisioterapia en estos procesos, poniendo de manifiesto la necesidad de educar periódicamente al EAP [73]. En la práctica, esto dificulta las relaciones interdisciplinares y causa ineficiencias en la prestación de la asistencia, además de inhibir la participación del fisioterapeuta en las reuniones del EAP, a pesar de su disposición para participar en las mismas [74].

La derivación de pacientes a las UFAP se realiza por medio de los médicos o pediatras de AP, aunque también se contempla la derivación desde facultativos especialistas. Hasta el 18% de las consultas generalistas tienen que ver con problemas musculoesqueléticos [75], siendo este tipo de patología el principalmente atendido en las UFAP. Sin embargo, a pesar de su alta prevalencia, los médicos de familia han mostrado baja precisión en el diagnóstico de estas enfermedades [76-78], lo que muestra las limitaciones de este sistema de derivación. No en vano, algunos autores han propuesto el libre acceso al fisioterapeuta como un sistema más eficiente en la gestión de la patología musculoesquelética en AP [79-82].

Según la circular 4/91, el EAP deberá contar con el fisioterapeuta de área como referente en las actividades de rehabilitación. Al menos el 70% de su dedicación deberá orientarse a actividades asistenciales, destinando el 30% restante a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, a actividades domiciliarias, a la formación y a la investigación. Sin embargo, algunos autores han observado que tanto las actividades realizadas en las UFAP como los tiempos empleados en las mismas no se corresponden en general con lo recomendado, dedicando prácticamente la totalidad de la jornada laboral al tratamiento individual en sala [83,84]. Esta alta dedicación asistencial es posiblemente debida al notable incremento de la demanda de servicios de fisioterapia por parte de la sociedad [85]. Esto no sólo supone una merma en el desarrollo profesional del fisioterapeuta de AP, al descuidar la participación en tareas de formación, docencia, investigación y gestión [83,84,86]; sino que muestra la incapacidad de desarrollar un modelo verdaderamente basado en la APS, al descuidar tareas típicas de este enfoque como son la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, e incluso la atención domiciliaria. En particular, la falta de participación del fisioterapeuta en los órganos gestores del SNS, encargados de tomar las decisiones en materia sanitaria, podría ser clave en la resolución de este problema [87].

La progresiva descentralización del SNS conllevó un desigual desarrollo de las UFAP en los diferentes servicios regionales de salud [88]. La cartera de servicios comunes del SNS, regulada mediante el RD 1030/2006, recoge las prestaciones básicas de fisioterapia que han de ofrecerse a la población. Entre ellas, se incluyen “actividades de educación, prevención y rehabilitación que son susceptibles de realizarse en el ámbito de atención primaria, en régimen ambulatorio, previa indicación médica y de

acuerdo con los programas de cada servicio de salud, incluyendo la asistencia domiciliaria si se considera necesaria por circunstancias clínicas o por limitaciones en la accesibilidad”. Las actuaciones contempladas se dirigen a trastornos musculoesqueléticos y neurológicos, así como intervenciones de fisioterapia respiratoria y formación sanitaria al paciente y/o a su cuidador [47]. Aun teniendo en cuenta que la labor del fisioterapeuta de AP ha quedado reducida a su dimensión asistencial, la presión que soportan estos profesionales continúa siendo excesiva [89] y genera dudas sobre su capacidad para asegurar las coberturas previstas en dicha cartera de servicios. Según el documento marco de la actuación del fisioterapeuta en AP, aprobado en 2007 por el Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España (CGCFE), se recomienda ratios por cada fisioterapeuta de AP de 3000 habitantes en unidades rurales y de 5000 a 8000 en áreas urbanas [90]. El número total de fisioterapeutas en España parece adecuado para cubrir esta demanda, pero su distribución es desproporcionada, predominando en el sector privado y limitando un acceso equitativo de la población a estos servicios [91].

Paradójicamente, los problemas de sostenibilidad que atraviesa el SNS pueden ser una oportunidad para abordar la precaria situación de las UFAP y reconocer el potencial que tiene la figura del fisioterapeuta de área en la APS. Según el “Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria” [49], se contemplan diversas acciones en relación a la fisioterapia en este ámbito. A corto plazo, se prevé una actualización de la cartera de servicios de AP del SNS en la que se incremente “la capacidad resolutoria de fisioterapia, asumiendo patología aguda de baja complejidad y crónica estable, mediante circuitos y protocolos de actuación basados en la evidencia” y también “potenciar la participación de fisioterapia en actividades preventivas, de educación y promoción de la Salud”. A medio plazo, se pretende aumentar la presencia de la APS en los estudios de Grado de titulaciones de Ciencias de la Salud, entre los que se incluye la Fisioterapia. A largo plazo, también está previsto incluir la APS en los departamentos universitarios de las titulaciones anteriores.

En Castilla y León, los fisioterapeutas de AP del SACYL han llevado a cabo diversas iniciativas en consonancia con estas directrices. La sustentación de sus actuaciones en protocolos, mediante una elaboración inicial en 2005 seguida de una posterior actualización en 2018 [92], ha sido un elemento diferenciador a nivel nacional,

siendo pioneros en este sentido. Por otra parte, se han desarrollado con éxito programas que concuerdan con los fundamentos de la APS y se basan en la atención comunitaria, como la prevención de caídas en personas mayores con fragilidad [93], o el abordaje del dolor crónico mediante intervenciones que combinan el ejercicio terapéutico con educación basada en neurociencia [94,95].

1.6. La valoración y el diagnóstico de fisioterapia en APS

La Fisioterapia es definida por la *World Confederation for Physical Therapy (WCPT)* como “un servicio que prestan los fisioterapeutas a las personas y poblaciones para desarrollar, mantener y restablecer el máximo movimiento y capacidad funcional a lo largo de la vida. El servicio se presta en circunstancias en que el movimiento y la función se ven afectados por el envejecimiento, las lesiones, el dolor, las enfermedades, los trastornos, las afecciones y/o los factores ambientales, entendiendo que el movimiento funcional es fundamental para lo que significa estar sano”. Los ámbitos sobre los que la Fisioterapia desarrolla su actividad son la promoción, la prevención, el tratamiento/intervención, la habilitación y la rehabilitación [96].

La pericia esencial de la Fisioterapia reside en el sistema de movimiento humano. Según la *American Physical Therapy Association (APTA)*, el sistema de movimiento es “la integración de los sistemas corporales que generan y mantienen el movimiento en todos los niveles de la función corporal. El movimiento humano es un comportamiento complejo dentro de un contexto específico, y está influido por factores sociales, ambientales y personales” [97]. La alineación entre Fisioterapia como disciplina y sistema de movimiento como cuerpo de conocimiento se ha venido fraguando en las dos últimas décadas hasta alcanzar el consenso mundial actual [98].

Los primeros modelos de fisioterapia basados en el movimiento utilizaban un enfoque kinesiológico, de tal forma que buscaban identificar deficiencias en la postura, la cinemática, la cinética y el control motor [99]. Esta aproximación asume que existe un movimiento “ideal” y que su alteración es, o bien causa de dolor musculoesquelético, o bien un factor de riesgo para padecerlo en el futuro. El tratamiento buscaba la corrección de dichas alteraciones como paso necesario para resolver la sintomatología del paciente. La principal limitación de este enfoque es que la

relación entre las alteraciones de los diferentes componentes implicados en el movimiento y su repercusión clínica, en términos de dolor y discapacidad, ha mostrado ser poco consistente [100-102]. La literatura científica es conflictiva en este sentido, lo que desafía el uso de un patrón de “movimiento ideal” como elemento sobre el que basar la toma de decisiones clínicas [103].

Por otra parte, aunque se ha observado que las intervenciones diseñadas para modificar la cinemática articular son útiles para disminuir la sintomatología del paciente, no son capaces de modificar sustancialmente su biomecánica [104-106]. De esta forma, los nuevos enfoques han ido incorporando aspectos psicosociales que permitieran explicar este hallazgo [107]. En particular, han cobrado especial relevancia los modelos que se basan en la modificación de síntomas, como pueden ser la terapia funcional cognitiva [108], el enfoque McGill [109], la movilización con movimiento [110] o el procedimiento de modificación de síntomas para el hombro [111]. Una característica común a estos enfoques es la identificación de movimientos que reproducen los síntomas del paciente y la introducción de una modificación que permite su alivio. La disminución de síntomas se orienta hacia actividades significativas para el paciente, lo que revierte positivamente en su funcionalidad. Es importante resaltar que estos enfoques no niegan el impacto del componente biomecánico en los síntomas del paciente, sino que reconocen la naturaleza multidimensional del dolor musculoesquelético y consideran también relevantes otros factores de tipo psicosocial (por ejemplo, las creencias del paciente, las emociones asociadas al dolor o el miedo al movimiento) [100].

Esta evolución en los enfoques de tratamiento muestra la transición desde un paradigma estrictamente biomecánico, que mostró ser parcialmente acertado; hacia otro biopsicosocial, que reconoce un mayor nivel de complejidad al dolor musculoesquelético. En cualquier caso, ambos mantienen un nexo común en la modificación de síntomas del paciente, aunque difieran en la justificación que atribuyen a los cambios clínicos generados. El valor que aporta el paradigma biopsicosocial sobre los modelos de fisioterapia basados en el movimiento es que permiten orientar las intervenciones hacia: a) un alivio del dolor que considere su carácter multidimensional, b) una mejora de la funcionalidad que reduzca el impacto negativo de los factores psicosociales (falta de autoeficacia, catastrofismo, conductas de evitación por miedo y

kinesiofobia), c) un refuerzo de los mensajes de educación sobre el dolor que desafíe las creencias del paciente y disminuya la sensación de amenaza; y d) una asociación positiva entre movimiento y tareas funcionales significativas para el paciente [103].

La instauración clínica de estos paradigmas, y de los que se propongan en un futuro a partir de la situación actual, requiere de un proceso de diagnóstico y valoración propios de la Fisioterapia. Durante los últimos 60 años, el fisioterapeuta ha evolucionado desde una posición técnica, cuya tarea principal era la aplicación de técnicas prescritas por un profesional médico; hasta alcanzar un amplio desarrollo profesional que implica mayor nivel de responsabilidad y capacidad para tomar decisiones sobre la gestión de los pacientes. El trabajo de autores como James H. Cyriax [112] fue pionero en el establecimiento de esta visión sobre la función del fisioterapeuta y contribuyó a la transformación de la profesión. El alcance de la Fisioterapia como disciplina ha de definirse mediante un conjunto de términos o etiquetas diagnósticas que le permitan desplegar su potencial terapéutico a partir de una apropiada descripción de los hallazgos clínicos observados en los pacientes [113]. Para ello, es necesario realizar un cambio de paradigma diagnóstico para evolucionar desde el sistema actual basado en términos patoanatómicos, más propio de la medicina, hacia otra clasificación diagnóstica que permita describir las alteraciones del movimiento y su repercusión sobre la funcionalidad del paciente.

Los fisioterapeutas ofrecen una perspectiva única sobre el movimiento humano que se basa en su conocimiento del sistema de movimiento y su capacidad para evaluarlo en busca de deficiencias. De esta forma, son capaces de elaborar planes individualizados que tienen en cuenta el contexto del paciente y se orientan a la consecución de resultados significativos. El fin último de estas intervenciones es maximizar la capacidad funcional del individuo para interactuar con su entorno [114]. La disponibilidad de un sistema de clasificación diagnóstico específico para la fisioterapia permitiría: a) orientar mejor las intervenciones hacia patrones de presentación clínica, b) comprender el pronóstico de la enfermedad, c) mejorar la comunicación con los pacientes y con otros profesionales, d) crear grupos homogéneos para la investigación; y e) desarrollar guías de práctica clínica [115]. El desarrollo de una clasificación diagnóstica no sólo es relevante desde un punto de vista clínico, sino que tiene profundas implicaciones en la definición de la Fisioterapia como profesión, en

la percepción que los fisioterapeutas tienen de sí mismos y en cómo son considerados por otros profesionales sanitarios o incluso la sociedad [116].

A pesar de no disponer de un sistema de clasificación diagnóstico específico para la fisioterapia, se han desarrollado diferentes modelos para la valoración del movimiento. Una aproximación genérica a esta valoración fue enunciada por Allen [117], basándose en la teoría del continuo del movimiento y descomponiéndolo en seis dimensiones que podían ser medidas clínicamente: flexibilidad, fuerza, precisión, velocidad, adaptabilidad y resistencia. Algunos autores han desarrollado otros modelos de valoración centrándose en determinadas patologías y mostrando gran variabilidad, desde enfoques basados en un preciso examen de aspectos biomecánicos [118] hasta otros con un carácter eminentemente funcional [119,120]. Desarrollos más recientes han retornado a un enfoque más unificador y se ha propuesto un sistema de movimiento de 4 elementos (rango articular, fuerza, energía y control motor), que además tiene en cuenta la influencia del ambiente y de los factores personales [121].

Las deficiencias en el movimiento tienen repercusión en el estado funcional del paciente. Por ello, la valoración de fisioterapia no se limita a aspectos biomecánicos, sino que también incluye una evaluación de la capacidad funcional y del efecto modulador que ejercen los factores contextuales sobre el paciente. La consideración de los aspectos anteriores sirve para articular el enfoque biopsicosocial en fisioterapia y permite una atención centrada en la persona, en línea con los principios sobre los que se basa la APS. En España, la legislación sanitaria todavía no refleja el desarrollo profesional alcanzado por la Fisioterapia en las últimas décadas. La ley 44/2003, de ordenación de las profesiones sanitarias, continúa considerando al fisioterapeuta como un profesional eminentemente técnico al que corresponde “la prestación de los cuidados propios de su disciplina, a través de tratamientos con medios y agentes físicos, dirigidos a la recuperación y rehabilitación de personas con disfunciones o discapacidades somáticas, así como a la prevención de las mismas” [122]. Esta definición no es coherente con la circular 4/91 [70], que fue el primer texto normativo que reconoció la capacidad del fisioterapeuta para realizar valoraciones funcionales. La ley 44/2003 también discrepa con la relación de competencias que habilitan para el ejercicio de la profesión de Fisioterapeuta, expresada en la orden CIN/2135/2008. Entre estas competencias se incluye “valorar el estado funcional del paciente, considerando los

aspectos físicos, psicológicos y sociales” y realizar la “valoración diagnóstica de cuidados de fisioterapia según las normas y con los instrumentos de validación reconocidos internacionalmente” [123].

A pesar de la ausencia de una clasificación diagnóstica específica para la fisioterapia, sí que existe un marco conceptual para describir el impacto que la enfermedad tiene en la función del individuo. El referente internacional en este sentido es la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) [124], que proporciona un lenguaje común que permite la comparación de datos sobre funcionamiento a lo largo del tiempo entre países, disciplinas y servicios sanitarios. Desde el punto de vista de la Fisioterapia, la CIF se erige como un elemento clave para describir los hallazgos observados en las valoraciones de fisioterapia, por lo que se encuentra en la base para el establecimiento de objetivos, el diseño de planes terapéuticos y la evaluación de los resultados obtenidos. La adopción de la CIF como marco de referencia para la Fisioterapia se realizó en 2007, a instancias de la WCPT, en la primera Cumbre de Fisioterapia sobre Salud Global. Los criterios sobre los que se basó esta decisión fueron: a) poner el énfasis en el estado de salud y no en la enfermedad, b) articular el enfoque biopsicosocial, c) facilitar el desarrollo y el uso sistemático de herramientas de medición, d) expandir el enfoque clínico al contemplar la influencia de los factores contextuales; y e) centrarse en el funcionamiento y no únicamente en la discapacidad [125]. Desde su propuesta, la CIF ha mostrado su potencial para describir el movimiento [126], ser el marco de referencia en la valoración clínica de afecciones musculoesqueléticas [127], así como su utilidad como patrón para la selección de medidas de resultado en fisioterapia en APS [128]. Por tanto, la CIF no sólo es un excelente marco de referencia para las valoraciones funcionales, sino que es esencial para la articulación del enfoque biopsicosocial en Fisioterapia y alinear sus actuaciones con los principios rectores de la APS [107].

1.7. La Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud

La CIF fue propuesta por la OMS en 2001 como el marco de referencia para describir la salud y los estados relacionados con la salud a través de un lenguaje común. Esta nueva clasificación fue el resultado de un proceso de revisión realizado sobre la Clasificación

de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, que había sido publicada con carácter experimental en 1980 [124]. La CIF pertenece a la familia de clasificaciones de la OMS, junto a la CIE y a la Clasificación Internacional de Intervenciones Sanitarias, manteniendo una relación de complementariedad con ambas. La CIE ofrece un marco etiológico de la enfermedad, mientras que la CIF proporciona información sobre los resultados en salud en términos de funcionamiento. La combinación de los datos de ambas permite obtener una visión amplia de la salud de individuos y poblaciones. Esto es particularmente importante en el contexto mundial actual, donde la carga de la enfermedad atribuible a enfermedades no transmisibles es cada vez mayor [59].

La CIF combina un marco conceptual con un sistema de clasificación que permite describir el funcionamiento y la discapacidad. El concepto de “funcionamiento” fue introducido por primera vez en esta clasificación y fue definido como “un término genérico que incluye funciones corporales, estructuras corporales, actividades y participación”, mientras que la “discapacidad” se define como “un término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación”. Por tanto, ambos conceptos son complementarios y sirven para describir el resultado de la interacción entre un individuo con una “condición de salud” y sus factores contextuales (factores ambientales y personales), desde un punto de vista positivo o negativo respectivamente [124].

El desarrollo de la CIF supuso un cambio radical en la visión que se tenía sobre la discapacidad. Hasta entonces, la discapacidad era un fenómeno de todo o nada, una categoría a la que un individuo pertenecía o no. Sin embargo, la CIF presenta el funcionamiento como un continuo, relevante para todas las personas en distintos grados y momentos de su vida. La disminución en el nivel de funcionamiento puede ser debida a las alteraciones derivadas de una condición de salud, o puede deberse a cambios en las características del entorno físico, humano o social. De esta forma, la experiencia de discapacidad es el resultado de la interacción entre las alteraciones provocadas por una “condición de salud” y los factores contextuales que inciden sobre el individuo; ya sean ambientales, personales o ambos. Por tanto, un correcto entendimiento del impacto que tiene cada uno de estos aspectos, además de la comprensión de la relación dinámica y bidireccional que mantienen, es esencial para evaluar la situación de discapacidad y diseñar intervenciones para reducirla [129].

Los principios subyacentes a la concepción de la CIF están íntimamente ligados al modelo biopsicosocial de discapacidad enunciado por Engel en 1977 [13]. Estos principios son los siguientes: a) universalidad, b) paridad, c) neutralidad; y d) consideración de los factores ambientales. La universalidad implica que la clasificación debe poder ser aplicable a cualquier persona, independientemente de la condición de salud que padece. La paridad significa que no debería haber distinciones con respecto a la etiología de la enfermedad. La neutralidad consiste en usar un lenguaje que permita expresar tanto aspectos positivos como negativos del funcionamiento. Por último, la consideración de los factores ambientales supone tener en cuenta los factores contextuales como elementos que modulan la experiencia vivida de la enfermedad por parte del individuo. Antes del desarrollo de este modelo, coexistían dos modelos antagónicos de discapacidad: el modelo médico y el modelo social. Según el modelo médico, la discapacidad es considerada un atributo de la persona que requiere intervenciones médicas individuales orientadas a solucionar las consecuencias de la enfermedad. Por su parte, el modelo social afirma que la discapacidad no es tanto un problema médico, sino social, y que requiere de una acción política que implique al conjunto de la sociedad para minimizar las desventajas derivadas de la enfermedad. Aunque ambos modelos son parcialmente válidos, ninguno era capaz de abarcar los complejos fenómenos de funcionamiento y discapacidad [130].

1.7.1. La estructura de la CIF

La CIF se divide en dos partes fundamentales: a) “funcionamiento y discapacidad” y b) “factores contextuales”. El apartado de “funcionamiento y discapacidad” incluye los componentes de “funciones y estructuras corporales” y “actividades y participación”; mientras que el apartado de “factores contextuales” incluye “factores ambientales” y “factores personales” [124,130].

Las “funciones corporales” son definidas como las funciones fisiológicas de los sistemas corporales, incluyendo las funciones psicológicas. Las “estructuras corporales” son las partes anatómicas del cuerpo como órganos o miembros y sus componentes, en relación con los sistemas corporales. Las alteraciones en estos componentes (funciones y estructuras) se denominan “deficiencias”. La “actividad” se define como la realización de una tarea o acción por una persona, y es la perspectiva del individuo con respecto al

funcionamiento. Las dificultades experimentadas por una persona para realizar una acción se denominan “limitaciones en la actividad”. La “participación” es la implicación de una persona en una situación vital y representa la perspectiva de la sociedad respecto al funcionamiento. Los problemas que experimenta un individuo en este área se denominan “restricciones en la participación”.

En la parte contextual de la CIF, los “factores ambientales” son el conjunto de aspectos extrínsecos (por ejemplo, el mundo físico natural, el mundo físico creado por el hombre, las demás personas, etc.) que forman parte de la vida de la persona y afectan a su funcionamiento. Estos aspectos pueden mejorar el funcionamiento del individuo, en cuyo caso se consideran “facilitadores”; o generar discapacidad, siendo en este caso, “barreras”. Los “factores personales” son aspectos intrínsecos al individuo (por ejemplo, la edad, el sexo, el nivel social, etc.) y también influyen sobre su funcionamiento. Sin embargo, este componente de la CIF aún está pendiente de codificación en la clasificación, aunque existen algunas propuestas para ello [131,132] (ver Figura 1).

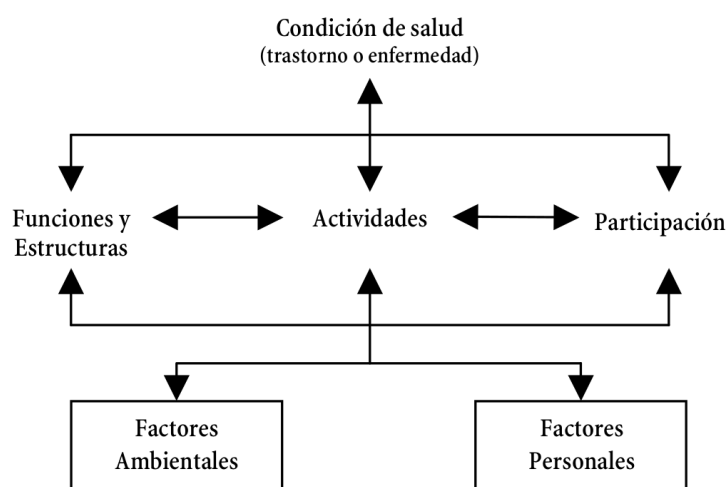


Figura 1. Interacciones entre los componentes de la CIF [124]

En total la CIF cuenta con más de 1400 categorías, organizadas jerárquicamente en 4 niveles atendiendo a un criterio de granularidad. La primera división jerárquica de la clasificación son los capítulos. Cada capítulo está dividido, como máximo, en

categorías de 2º, 3º y 4º nivel para facilitar la codificación. Los códigos de la CIF comienzan con un prefijo que designa el componente al que pertenecen (“b” para “funciones corporales”, “s” para “estructuras corporales”, “d” para “actividades y participación” y “e” para “factores ambientales”), y es seguido por un código numérico que consta de un dígito para indicar el capítulo o 1º nivel de clasificación, tres dígitos para las categorías de 2º nivel, cuatro para las de 3º y cinco para las de 4º. El nivel de detalle aumenta a medida que descienden los niveles, de tal forma que las categorías del 4º nivel son las más específicas. Puesto que la organización de categorías es jerárquica, las categorías de niveles inferiores están comprendidas dentro de los niveles superiores correspondientes, de tal forma que el usuario puede elegir el grado de especificidad en función de sus necesidades (ver Figura 2).

Los calificadores completan las categorías descritas anteriormente, mostrando la severidad de los problemas de funcionamiento. En los componentes del apartado de “funcionamiento” (estructuras y funciones corporales), el primer calificador describe el grado del problema mediante intervalos de afectación, de la siguiente forma:

- xxx.0 NO hay problema: 0-4%.
- xxx.1 Problema LEVE: 5-24%.
- xxx.2 Problema MODERADO: 25-49%
- xxx.3 Problema GRAVE: 50-95%.
- xxx.4 Problema COMPLETO: 96-100%
- xxx.8 no especificado (no hay suficiente información para describir el problema)
- xxx.9 no aplicable (fuera del ámbito de la CIF)

En estos componentes, aparte del grado de deficiencia, se pueden utilizar otros dos calificadores: uno referido al tipo de deficiencia y otro a su localización.

En el caso del apartado de “discapacidad” (actividades y participación) se consideran dos calificadores que siguen el sistema de intervalos expuesto anteriormente. El primero registra el grado de “realización” y el segundo se orienta hacia la “capacidad” de la persona. La realización permite describir lo que hace el individuo en su ambiente real, expuesto a los efectos de los factores contextuales. En cambio, la

capacidad es la aptitud intrínseca de una persona para llevar a cabo una acción, realizada en un entorno neutro. La diferencia entre ambos calificadores es una medida del impacto que tiene el contexto sobre el funcionamiento del paciente.

Para el apartado de “factores contextuales”, correspondiendo con el componente “factores ambientales”, se utiliza una nomenclatura similar. Las “barreras” son codificadas a continuación de la categoría correspondiente (.X), mientras que los “facilitadores” son designados con un signo positivo (+X). En general para todos los componentes, cuando se da alguna situación en la que no es posible describir el funcionamiento mediante el sistema anteriormente descrito, se utilizan los códigos “.8” (falta de información) y “.9” (no aplicable) [124,130].

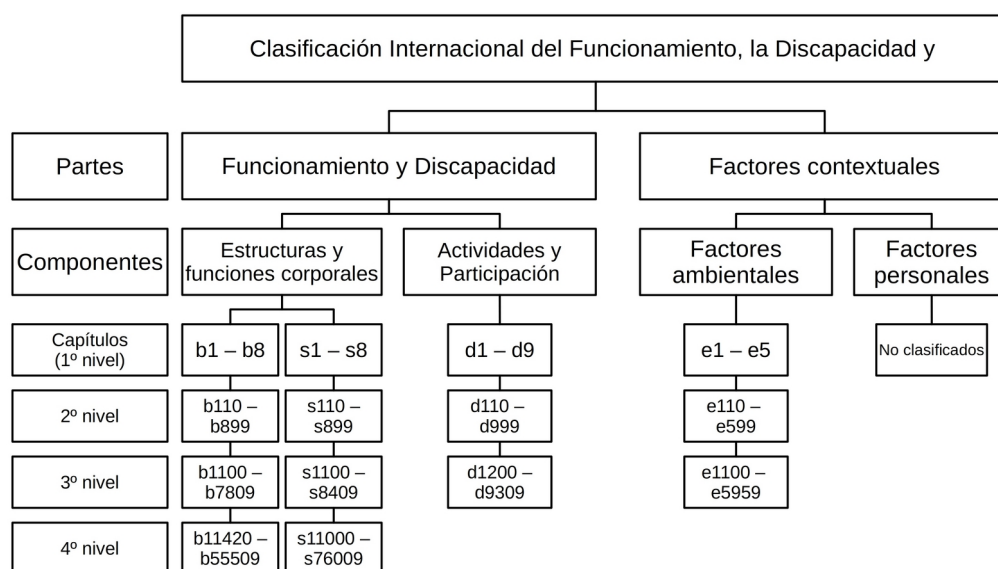


Figura 2. La estructura de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud [124]

La combinación de las categorías con los calificadores sirve para describir el funcionamiento o el grado de discapacidad de una persona. El grado de afectación puede determinarse mediante el uso de herramientas de valoración estandarizadas, traduciendo los resultados de la medición en el correspondiente calificador de la CIF. De esta forma, es posible elaborar perfiles de funcionamiento entendibles entre distintas disciplinas.

1.7.2. El uso de la CIF en la actualidad

El cambio de paradigma propiciado por la CIF, al establecer un marco conceptual común para definir y describir la discapacidad y la salud, tiene implicaciones en múltiples sectores de la sociedad. Desde la perspectiva sanitaria, la CIF no sólo es relevante para medir el estado funcional de la población, sino que permite identificar los factores contextuales que influyen en la participación social a nivel individual [129]. Por ello, el uso de la CIF ha trascendido esa vertiente sanitaria y se ha extendido a otras áreas como la legislación, la estadística, la educación y la investigación. El trasfondo que ha posibilitado esta expansión de la CIF es el esfuerzo dedicado a la definición de factores ambientales, que actúan como determinantes de la salud y que también están en la base de la APS [11,24]. Por la propia naturaleza de la CIF, el mayor grado de implementación se concentra en el área de la asistencia sanitaria, con países como Suecia y Australia como referentes, al haber expandido su aplicación a una amplia variedad de entornos clínicos [133].

Sin embargo, a nivel práctico, el nivel de implantación mundial de la CIF continúa siendo bajo a pesar de haber transcurrido más de 20 años desde su aprobación. Las principales dificultades en el uso de la CIF se concentran en la dificultad para utilizar los códigos y calificadores propios de esta clasificación, ya que no siempre existe una correspondencia con otras escalas usadas en la valoración de pacientes o en la medición de resultados clínicos. Numerosas iniciativas han sido tomadas para superar este obstáculo, entre las que destacan el desarrollo de los siguientes instrumentos: a) la lista de verificación de la CIF, b) los conjuntos básicos de la CIF [134], c) las herramientas de valoración basadas en la CIF, como el *World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0* (WHODAS 2.0) [135]; y d) procedimientos de valoración basados en la CIF. Un aspecto que puede contribuir de forma decisiva a la implementación práctica de la CIF es la formación de los profesionales sanitarios sobre esta clasificación y su inclusión en los planes de estudios de estas disciplinas. El desarrollo de herramientas como *ICF e-Learning tool* [136] contribuye a este objetivo y facilita el acceso al conocimiento sobre los fundamentos de la CIF.

En España, el uso de la CIF se centra en la descripción de la discapacidad en la población, como muestran algunos estudios [137-139]. También hay experiencias en la

adaptación y validación de herramientas de medición al castellano para describir el impacto de algunas afecciones dentro del marco teórico de la CIF [140]. Sin embargo, aunque hay algunos estudios que han usado la CIF para describir la experiencia del paciente [141] o la perspectiva de algunos profesionales [142,143], el uso de la CIF para describir el funcionamiento en personas que padecen afecciones musculoesqueléticas es limitado.

En lo que respecta a la Fisioterapia como disciplina, la CIF ha sido utilizada con diversos fines, pero mostrando un uso muy ligado al papel central que tiene la fisioterapia en el proceso de rehabilitación de la discapacidad [144,145]. En particular, el uso clínico de la CIF va desde su integración en la documentación clínica, como sistema de registro y elaboración de perfiles funcionales; hasta su consideración como punto de partida para el razonamiento clínico, el establecimiento de objetivos terapéuticos y el diseño de planes de actuación en fisioterapia. En el campo de la investigación, el estudio de la CIF constituye un área de conocimiento por sí misma, considerando líneas de investigación como la validación de conjuntos básicos desde diferentes perspectivas. Desde un punto de vista más general, la CIF también se utiliza para seleccionar medidas de resultado a la hora de realizar estudios. Por último y de forma emergente, se observa una tendencia creciente a incluir la CIF en el desarrollo de políticas sanitarias para la asignación de recursos, además del ámbito educativo, a través de su inclusión en los planes de estudio de fisioterapia [146].

A pesar de las propiedades de la CIF para describir el funcionamiento y proporcionar un lenguaje que permite la estandarización de los datos, se puede afirmar que presenta un uso clínico limitado que no permite aprovechar su potencial. Esto es debido a que se trata de una clasificación completa y exhaustiva que resulta poco útil cuando se aplica a la práctica diaria. Por ello, es necesario elaborar herramientas que tomen como base la CIF y logren mayor operatividad clínica, sin renunciar a las ventajas que aporta en cuanto a la recopilación de datos y elaboración de perfiles funcionales [134].

1.7.3. Los conjuntos básicos de la CIF

Los conjuntos básicos de la CIF son selecciones de categorías que permiten describir los aspectos esenciales relacionados con el funcionamiento y la discapacidad para una determinada condición de salud o contexto asistencial. El desarrollo de estas herramientas basadas en la CIF se realiza mediante un proceso estructurado científicamente [147]. La elaboración de conjuntos básicos responde a la necesidad de hacer operativa la CIF en contextos asistenciales reales. Por la propia naturaleza de la clasificación, la CIF es exhaustiva en su pretensión de describir la experiencia del funcionamiento en relación a todo el espectro de los dominios de la salud y relacionados con la salud. Sin embargo, esta exhaustividad está inherentemente ligada a una elevada complejidad e inviabilidad práctica, siendo ésta su principal crítica [134].

El proceso de desarrollo de conjuntos básicos de la CIF incluye varios métodos. En una primera fase, se realizan estudios preparatorios que recopilan evidencia científica sobre las perspectivas de investigadores, profesionales, pacientes y del contexto clínico; implicadas en una determinada condición de salud:

- Perspectiva del investigador: se describe mediante una revisión sistemática de la literatura científica sobre la condición de salud o el contexto asistencial.
- Perspectiva del profesional: la identificación de los aspectos considerados más importantes desde este punto de vista se realiza por medio de una encuesta a expertos de la disciplina.
- Perspectiva del paciente: un estudio cualitativo de grupos focales captura los aspectos más relevantes con respecto a la condición de salud estudiada.
- Perspectiva del contexto asistencial: se realiza un estudio multicéntrico en el que se aplica la lista de comprobación de la CIF sobre la población diana.

Los estudios sobre las perspectivas de investigadores, profesionales y pacientes implican un proceso de identificación de conceptos relevantes y su posterior vinculación a la CIF mediante un método validado científicamente. En una segunda fase, los resultados de los 4 estudios anteriores son el punto de partida para la realización de una conferencia internacional que articula un proceso de toma de decisiones que llevará al establecimiento de un consenso sobre las categorías de la CIF, habitualmente de 2º y 3º

nivel, que integrarán la primera versión del conjunto básico. Posteriormente, se inicia una etapa de validación continua que va incorporando progresivamente las perspectivas de diferentes profesionales sanitarios y de los pacientes que sufren la condición de salud [147]. A pesar de disponer de numerosos conjuntos básicos de la CIF orientados a múltiples enfermedades y contextos clínicos, la principal carencia es la falta de estudios de validación que permitan aplicarlos en situaciones clínicas reales [148].

El uso práctico de los conjuntos básicos facilita una descripción interdisciplinar e integral del funcionamiento de las personas, sirviendo como guía para la valoración del paciente por parte de los profesionales que intervienen en su tratamiento. A pesar de que los conjuntos básicos permiten considerar los aspectos potencialmente más relevantes en una determinada condición de salud, esto no impide que el usuario añada categorías adicionales de la CIF si lo estima oportuno. Otro aspecto importante a resaltar es que los conjuntos básicos aportan información sobre qué medir, pero no se aborda la cuestión fundamental sobre cómo hacerlo. En relación a esto, es necesario tener en cuenta que existen diferentes tipos de conjuntos básicos en función del objetivo en la descripción del funcionamiento: completos, abreviados y genéricos. Los conjuntos básicos completos incluyen la totalidad del espectro de problemas típicos para una determinada condición de salud, por lo que son adecuados para su aplicación en contextos multidisciplinares. Los conjuntos básicos abreviados se derivan de los anteriores y permiten capturar la esencia en la experiencia de funcionamiento y discapacidad de la persona, siendo descritos como adecuados para el ámbito de la AP o de una única disciplina. Por último, y con un planteamiento diferente a los anteriores, el conjunto básico genérico incluye las 7 categorías de la CIF que mejor distinguen los diferentes niveles de funcionamientos para cualquier condición de salud y cualquier contexto asistencial. Por ello, la decisión sobre qué conjunto básico de la CIF utilizar es particularmente relevante a la hora de articular el uso de la CIF para la elaboración de perfiles funcionales de las personas y/o las poblaciones [134].

Existen diversos conjuntos básicos de la CIF para diferentes afecciones musculoesqueléticas. Dos conjuntos básicos describen de forma genérica las afecciones musculoesqueléticas, uno de ellos orientado a la fase aguda [149] y otro a la postaguda [150]. El conjunto básico para afecciones musculoesqueléticas agudas se orienta a un contexto hospitalario agudo y está dirigido a profesionales sanitarios no especializados

en rehabilitación. Por otra parte, el conjunto básico para afecciones musculoesqueléticas postagudas se desarrolló para ser utilizado por equipos multidisciplinares implicados en programas de rehabilitación postaguda temprana [151]. Para el tratamiento a largo plazo, existen conjuntos básicos para enfermedades musculoesqueléticas específicas: espondilitis anquilosante, dolor generalizado crónico, lumbalgia, artrosis, osteoporosis y artritis reumatoide [152].

Como se ha expuesto anteriormente, la selección de conjuntos básicos de la CIF ha de realizarse de forma cuidadosa para poder adaptarse a particularidades del contexto asistencial. Las UFAP se encargan de atender una amplia variedad de problemas musculoesqueléticos fuera de su fase aguda [92]. Estos problemas tienen el potencial de disminuir los niveles de funcionamiento y generar discapacidad en los pacientes, por lo que es pertinente disponer de un conjunto básico de la CIF que permita su descripción en este contexto de APS. Puesto que la valoración en este ámbito clínico corresponde exclusivamente al fisioterapeuta de área, la versión abreviada del conjunto básico de la CIF para afecciones musculoesqueléticas postagudas es la herramienta con mayor potencial de adaptarse a las características de las UFAP. El principal problema que plantea el uso de este conjunto básico es que no está orientado a la APS, por lo que se desconoce si es capaz de representar adecuadamente las perspectivas implicadas en la atención de fisioterapia en este contexto asistencial. Algunos autores ya han apuntado a esta carencia y considerado la necesidad de desarrollar un conjunto básico que se centre en problemas musculoesqueléticos crónicos, aquéllos que habitualmente son atendidos en APS [153]. La aproximación más inmediata para hacer operativa la CIF en las UFAP es la validación del conjunto básico de la CIF anteriormente mencionado. La disponibilidad de un conjunto básico de la CIF validado presenta múltiples beneficios para las UFAP, entre los que se incluyen: a) constituir un patrón de referencia para la selección de medidas de resultado; b) permitir la realización de valoraciones funcionales de fisioterapia de forma sistemática; c) servir para articular un enfoque biopsicosocial centrado en el paciente; y d) permitir un registro de los datos que permite la elaboración de perfiles funcionales a nivel comunitario.

JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

2. Justificación y objetivos

2.1. Justificación del trabajo de investigación

El modelo biopsicosocial es un enfoque que integra los factores biológicos, psicológicos y sociales en la asistencia sanitaria, de tal forma que el estado de salud de las personas queda determinado por la interacción compleja entre dichos aspectos. La APS se alinea con este enfoque mediante la prestación de servicios orientados a la promoción de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad; además de la rehabilitación de sus posibles secuelas. La APS promueve un modelo de asistencia sanitaria accesible, equitativo y basado en la participación comunitaria. Los sistemas sanitarios actuales toman como base estos principios para garantizar el derecho a la salud de la población a la que atienden.

En las últimas décadas, las enfermedades no transmisibles constituyen la principal causa de discapacidad a nivel mundial, siendo la patología musculoesquelética una de las principales responsables. La asistencia sanitaria en APS juega un papel central en la prevención de la discapacidad, motivo por el cual la prestación de servicios de rehabilitación ha sido ampliamente incorporada al nivel de la AP de los sistemas de salud.

En España, la rehabilitación comunitaria es gestionada por medio de una red de UFAP, integradas en el SNS, que se encargan de la prestación de estos servicios. Los fisioterapeutas de área son los profesionales de referencia para el EAP en cuanto a las actuaciones relacionadas con la rehabilitación de la salud. El objetivo de la fisioterapia en AP es mejorar la capacidad funcional de las personas con problemas musculoesqueléticos. Para ello, es esencial una precisa descripción del estado funcional del paciente en la valoración de fisioterapia, en el establecimiento de objetivos terapéuticos y en el diseño del plan de intervención. La OMS estableció la CIF como marco teórico y sistema clasificatorio para la descripción del funcionamiento y la discapacidad.

El uso de la CIF en las UFAP permite articular un enfoque biopsicosocial que integra las consecuencias derivadas directamente de la condición de salud con el

contexto del paciente. A su vez, la CIF muestra un gran potencial para homogeneizar las valoraciones de fisioterapia, seleccionar las herramientas de medición óptimas para describir el funcionamiento en los pacientes que atienden, contribuir a una atención centrada en la persona y permitir un registro sistemático de datos sobre discapacidad. Sin embargo, la exhaustividad de la CIF supone un desafío para su aplicación en la práctica clínica, por lo que se han desarrollado herramientas cuyo objetivo es aumentar su operatividad.

Los conjuntos básicos son las principales herramientas de este tipo y utilizan una selección de categorías para describir el funcionamiento en diferentes condiciones de salud, pacientes o contextos asistenciales. Existen conjuntos básicos de la CIF para afecciones musculoesqueléticas que tienen potencial para ser usados en las UFAP, en base a la similitud con los problemas de salud atendidos en las mismas. Sin embargo, la aplicación de conjuntos básicos de la CIF en las UFAP requiere de un proceso de validación previo, para asegurar que son representativos de sus necesidades desde un punto de vista clínico.

En vista de los potenciales beneficios que la integración de la CIF tiene para la asistencia sanitaria, y puesto que no hay un conjunto básico orientado al abordaje comunitario de las afecciones musculoesqueléticas, es necesario estudiar cuál es la forma óptima de introducir el uso de esta clasificación en las UFAP.

2.2. Objetivos del proyecto de investigación

Los objetivos de la presente Tesis Doctoral son los siguientes:

- Objetivo general:
 - Validar el conjunto básico de la CIF para afecciones musculoesqueléticas postagudas en las UFAP y determinar la herramienta óptima para adoptar el uso de la CIF como marco de referencia en las valoraciones de fisioterapia que se realizan en dichas unidades.
- Objetivos específicos:
 - Analizar la perspectiva del fisioterapeuta de AP sobre los aspectos que considera más relevantes en la valoración de fisioterapia de las afecciones musculoesqueléticas, tomando la CIF como referencia.
 - Analizar la perspectiva del paciente que es atendido por problemas musculoesqueléticos en las UFAP y describir su experiencia mediante el lenguaje de la CIF.
 - Analizar la perspectiva del investigador en fisioterapia musculoesquelética en el tratamiento de afecciones musculoesqueléticas en APS, utilizando la CIF como lenguaje.
 - Analizar la validez de contenido del conjunto básico completo de la CIF para afecciones musculoesqueléticas postagudas cuando es utilizado como elemento para la valoración funcional en las UFAP.
 - Proponer una herramienta preliminar basada en la CIF que permita utilizar esta clasificación como sistema de referencia en la descripción del funcionamiento y la discapacidad de los pacientes que son atendidos en las UFAP.

PERSPECTIVA DEL FISIOTERAPEUTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

**Encuesta de expertos
utilizando el método Delfos**

3. La perspectiva del fisioterapeuta de AP: encuesta de expertos utilizando el método Delfos

La perspectiva del profesional fue analizada por medio de una encuesta a expertos aplicando el método Delfos. El protocolo de investigación de este estudio fue registrado en *clinicaltrials.gov* (número NCT04135976) y fue aprobado por los respectivos Comités Éticos de Investigación Clínica de las áreas de salud donde se desarrolló (ver ANEXOS 1 y 2). En este capítulo se expone la metodología utilizada, los resultados obtenidos y una discusión sobre los principales hallazgos [154].

3.1. Objetivos del estudio

Los objetivos principales de este estudio fueron:

- Describir la perspectiva de los fisioterapeutas de AP en términos de la CIF.
- Analizar hasta qué punto su punto de vista está representado en los existentes conjuntos básicos de la CIF para afecciones musculoesqueléticas.

Para ello, se ha de responder a las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Cuáles son las categorías de la CIF más relevantes para un fisioterapeuta de AP a la hora de realizar una valoración clínica?
- ¿Están representados los aspectos identificados en los actuales conjuntos básicos de la CIF para las afecciones musculoesqueléticas?
- ¿Qué categorías faltan en los conjuntos básicos de la CIF para las afecciones musculoesqueléticas según los fisioterapeutas de AP?
- ¿Qué categorías presentes en los conjuntos básicos no son relevantes para estos profesionales?

3.2. Materiales y métodos

3.2.1. Diseño del estudio

Se llevó a cabo un estudio Delfos y se elaboró un informe de acuerdo con las directrices de *Conducting and REporting DElphi Studies* [155]. La metodología utilizada permite obtener información sobre un determinado tema a partir de las aportaciones de un grupo de expertos [156]. Esta técnica es especialmente útil cuando los expertos se encuentran dispersos geográficamente y no se conocen entre sí [157].

De acuerdo con los objetivos establecidos, y teniendo en cuenta la variabilidad en la aplicación de este método [156], se decidió realizar tres rondas Delfos para este estudio. El objetivo de la primera ronda era identificar conceptos significativos sobre la valoración clínica en fisioterapia. Estos conceptos fueron vinculados a la CIF siguiendo los métodos establecidos [158] y la información obtenida fue preparada para ser presentada a los participantes. En la segunda ronda, el objetivo era identificar las categorías que faltaban y seleccionar las categorías más relevantes de la primera ronda. Por último, el objetivo de la tercera ronda era juzgar la pertinencia de las categorías de la CIF previamente identificadas. La Figura 3 muestra un diagrama de flujo sobre las etapas de este proceso.

Las encuestas se realizaron a lo largo de un periodo de 9 meses, en las once áreas de salud de Castilla y León (Ávila, Bierzo, Burgos, León, Palencia, Salamanca, Segovia, Soria, Valladolid Este, Valladolid Oeste y Zamora). La invitación para completar la primera encuesta se envió el 22 de junio de 2020 y la fecha límite para responder a la tercera encuesta fue el 24 de marzo de 2021. En las tres rondas se utilizó *Google Forms* como sistema de encuesta en línea (ver ANEXO 3). Para cada ronda, los participantes dispusieron de 4 semanas para responder.

El consenso se realizó mediante el establecimiento de un nivel en el porcentaje de acuerdo entre los participantes [159]. Según las recomendaciones de algunos autores, el nivel óptimo de acuerdo para este tipo de estudios se sitúa entre el 70 y el 80% [156]. Por tanto, los puntos de corte en este estudio se establecieron considerando como óptimo un nivel de acuerdo del 75%.

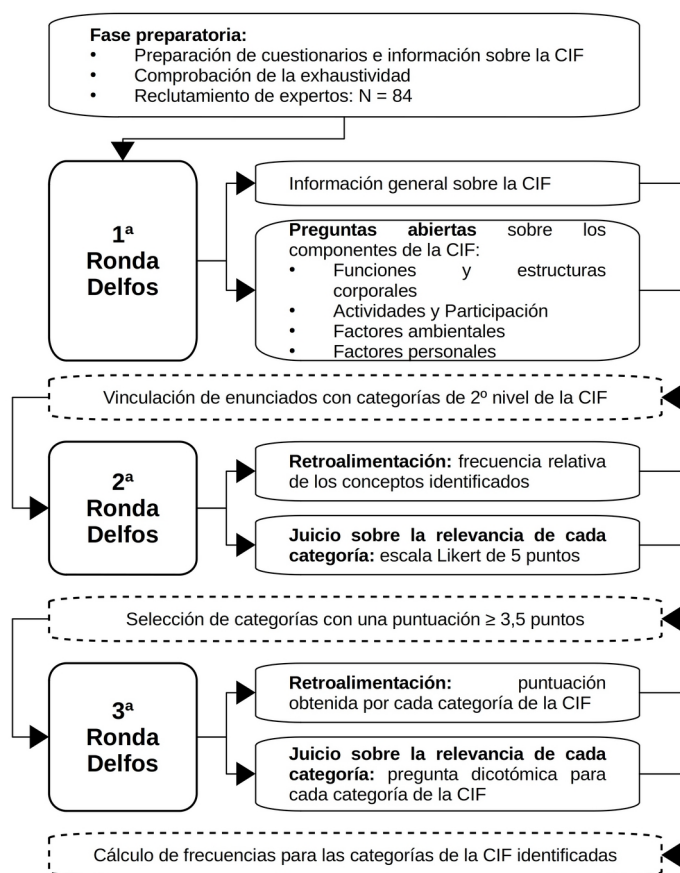


Figura 3. Diagrama de flujo para ilustrar las etapas del proceso Delfos

3.2.2. Participantes

Los potenciales participantes fueron identificados en las 11 áreas de salud del SACYL, quedando el estudio circunscrito a la comunidad autónoma de Castilla y León. Un área de salud es una división administrativa que sirve para gestionar la prestación de servicios sanitarios en el SNS. Los coordinadores de fisioterapia de estas áreas proporcionaron información de contacto sobre los posibles participantes, pero no se pusieron en contacto con ellos para garantizar su anonimato.

Los criterios de inclusión para los participantes fueron: a) ser fisioterapeutas de AP en el SACYL, y b) tener más de 2 años de experiencia en este ámbito laboral.

En general, no existe acuerdo en cuanto al tamaño de la muestra necesaria para realizar un estudio Delfos, pero debe alcanzarse un equilibrio entre la cantidad total de información y la dificultad que puede entrañar el análisis de datos cualitativos [156]. Tomando como referencia las experiencias de estudios similares [160-163], se consideró suficiente un tamaño de muestra de 40 participantes. No obstante, se intentó reclutar el mayor número posible de participantes de la población diana. Los participantes que cumplían los criterios de elegibilidad rellenaron y firmaron un formulario de consentimiento informado antes de completar la primera encuesta (ver ANEXO 4).

3.2.3. Recogida de datos

Los datos fueron recogidos entre junio de 2020 y marzo de 2021. Antes del inicio del estudio, las instrucciones y la encuesta fueron enviadas a 4 fisioterapeutas que trabajaban en UFAP para realizar una prueba piloto. Tras algunas consideraciones menores, la versión final fue revisada por el grupo de investigación. El acceso a la encuesta fue proporcionado mediante correo electrónico a los participantes. Se recabó información personal para aplicar los criterios de elegibilidad del estudio y para caracterizar la muestra, incluyendo los siguientes aspectos: edad, sexo, nivel educativo, experiencia profesional e información sobre las condiciones de trabajo.

En este tipo de estudios, es crítico conseguir y mantener un alto índice de respuesta a lo largo de las rondas de encuesta para evitar sesgos. Por este motivo, para evitar abandonos y aumentar la tasa de participación y finalización, se enviaron dos recordatorios por correo electrónico en cada ronda (una semana y dos días antes de la fecha límite). Se esperaba conseguir la estabilidad de las respuestas en estas 3 rondas, como algunos autores han señalado como número óptimo de rondas para lograr este fin [156].

3.2.3.1. Primera ronda Delfos

La primera ronda del proceso Delfos consistió en administrar una serie de preguntas abiertas sobre los componentes de la CIF (ver ANEXO 3). De esta forma, las preguntas estaban relacionadas con las estructuras y funciones corporales, las actividades y la

participación, los factores ambientales (barreras y facilitadores) y los factores personales. Se pidió a los participantes que consideraran estos factores como si estuvieran realizando una valoración fisioterapéutica en un entorno clínico de AP. Los enunciados de las preguntas tomaron como referencia la forma propuesta por Selb et al. [147] para el desarrollo de los conjuntos básicos de la CIF (ver Tabla 1).

Las respuestas de los fisioterapeutas de AP se analizaron cualitativamente y se vincularon a la CIF. El proceso de vinculación es un método para traducir la información sanitaria y relacionada con la salud a la CIF, seleccionando el nivel de detalle correspondiente a las categorías de 2º nivel. El proceso fue realizado de forma independiente por dos investigadores, de acuerdo con las reglas de enlace establecidas [158]. Los desacuerdos se resolvieron por consenso con la participación de otros dos investigadores. Las categorías de la CIF identificadas en al menos el 5% de las respuestas fueron tenidas en cuenta para la segunda ronda Delfos [147].

3.2.3.2. Segunda ronda Delfos

En esta ronda, se presentó a los participantes la lista de categorías de la CIF y los factores personales identificados en la ronda anterior (ver ANEXO 3). La tarea para el grupo de fisioterapeutas era juzgar si cada categoría/factor personal era relevante cuando realizaban una valoración clínica en un paciente con una afección musculoesquelética. Se proporcionó la definición de cada categoría de la CIF con ejemplos de inclusión/exclusión, tal como pueden encontrarse en el manual de la CIF [124] o en su buscador (<http://apps.who.int/classifications/icfbrowser/>). Para los factores personales, el grupo de investigación resumió y estableció una definición que también se presentó a los participantes de acuerdo con los resultados de la primera ronda.

Para valorar la relevancia de cada categoría o factor personal, se utilizó una escala Likert de 5 puntos. Las opciones de respuesta incluían “nada relevante” (1 punto), “apenas relevante” (2 puntos), “algo relevante” (3 puntos), “relevante” (4 puntos), “muy relevante” (5 puntos). Como retroalimentación, los participantes recibieron información sobre la frecuencia relativa obtenida por cada categoría en la primera ronda. También se invitó al grupo a proporcionar más información cualitativa si consideraban que las categorías de la CIF identificadas no servían para describir plenamente el

funcionamiento o representar el estado de salud de las personas con afecciones musculoesqueléticas.

3.2.3.3. Tercera ronda Delfos

Las categorías de la CIF clasificadas en la segunda ronda Delfos con una puntuación igual o superior a 3,5 sobre 5 puntos fueron seleccionadas para la tercera ronda (ver ANEXO 3). En esta ocasión, se pidió al grupo que clasificara estas categorías de la CIF como relevantes o no relevantes respondiendo a preguntas dicotómicas (“sí” o “no”). Los participantes recibieron información sobre la puntuación obtenida por cada categoría en la ronda anterior.

3.2.4. Análisis de los datos

Los datos se analizaron utilizando *Libreoffice Calc* (versión: 6.4.7.2. *The Document Foundation*. Debian y Ubuntu). Se utilizaron métodos de estadística descriptiva para caracterizar al grupo de expertos y calcular las frecuencias y los porcentajes de las categorías de la CIF valoradas.

En la primera ronda Delfos, se utilizó un procedimiento de “condensación de significado” para el análisis cualitativo de los datos [164]. En un primer paso, se leyeron las respuestas de los fisioterapeutas de AP para obtener una visión general de los datos recogidos. En un segundo paso, los datos se dividieron en unidades de significado y se determinó el tema que dominaba cada una de ellas. Una unidad de significado fue definida como un fragmento específico del texto que contenía un tema común, independientemente de si se trataba de unas pocas palabras o varias pocas frases. En el tercer y último paso, las unidades de significado se codificaron en conceptos significativos y se asignaron a categorías de segundo nivel de la CIF. Si una respuesta contenía más de un concepto, podían vincularse varias categorías de la CIF. A las respuestas relacionadas con factores personales se les asignó el código “pf”. En caso de que un concepto significativo no pudiera vincularse a una categoría de la CIF, se codificó como “nc” (no cubierto). Se calculó el coeficiente Kappa y el intervalo de confianza al 95% (IC95%) para evaluar la fiabilidad entre los evaluadores en el proceso de vinculación. También se calcularon las frecuencias relativas y absolutas de las

categorías de la CIF identificadas. Cada categoría fue contada una sola vez por respuesta para evitar sobreestimaciones.

La puntuación de cada categoría se calculó a partir de los datos obtenidos utilizando la escala Likert de 5 puntos en la segunda ronda Delfos. El análisis de los comentarios aportados por los participantes se utilizó como medida del grado de saturación de los datos. El umbral de información nueva considerado como prueba de que se había alcanzado dicha saturación se fijó en el 5% [165].

Por último, en la tercera ronda se calculó el porcentaje de acuerdo de los participantes con respecto a cada categoría. Se seleccionaron las categorías con un nivel de acuerdo igual o superior al 75% y se compararon con las categorías incluidas en las versiones abreviada y completa de los conjuntos básicos de la CIF para afecciones musculoesqueléticas, tanto agudas como postagudas (disponibles en: <https://www.icf-core-sets.org/>).

3.3. Resultados

3.3.1. Participantes

Un total de 144 fisioterapeutas de las once áreas de salud de Castilla y León fueron invitados a participar en el estudio. De ellos, 89 aceptaron ser reclutados y 84 cumplían los criterios de inclusión. Las principales características demográficas y profesionales de los participantes que completaron la primera ronda Delfos se muestran en la Tabla 2. En la segunda ronda, 78 fisioterapeutas respondieron a la encuesta, mientras que 73 completaron la tercera ronda. La tasa de cumplimentación a lo largo de las rondas fue del 86,9%.

3.3.2. Proceso de vinculación

El coeficiente Kappa para este proceso fue de 0,78 [IC95%: 0,68-0,88]. En la primera ronda, se identificaron un total de 18 temas a partir de las respuestas de los fisioterapeutas y los conceptos significativos se vincularon a 149 categorías de la CIF. Además, un total de 7 conceptos se clasificaron como factores personales (ver Tabla 3).

Se excluyeron 60 categorías y 2 factores personales porque no alcanzaron un suficiente nivel de acuerdo, habiéndose establecido el punto de corte con respecto a la frecuencia relativa en el 5%. En consecuencia, en la segunda ronda se presentaron a los participantes 89 categorías de la CIF (59,7%) y 5 factores personales (71,4%).

3.3.3. Relevancia de las categorías de la CIF identificadas

En la segunda ronda Delfos, algunos participantes proporcionaron datos cualitativos adicionales que se analizaron para determinar las categorías de la CIF que faltaban. Los investigadores no identificaron nuevas categorías porque la información ya estaba contenida en las presentadas anteriormente o se refería a aspectos ajenos al ámbito del estudio (por ejemplo, satisfacción del paciente o expectativas sobre la fisioterapia).

En cuanto a la evaluación de la pertinencia de las categorías de la CIF obtenidas en la primera ronda, 50 categorías (56,2%) y 5 factores personales (100%) obtuvieron 3,5 puntos o más (sobre 5) en la escala Likert. Dado que en esta ronda no se identificaron categorías ausentes, se consideró que se había alcanzado la saturación de datos y sólo se sometieron a la siguiente ronda las categorías que habían superado el punto de corte establecido.

En la tercera ronda, 45 categorías de la CIF (90%) y 5 factores personales (100%) alcanzaron consenso al obtener un nivel de acuerdo igual o superior al 75% (ver Tabla 4). Estas categorías se distribuyeron en los siguientes componentes de la CIF: 9 en “estructuras corporales” (20%), 18 en “funciones corporales” (40%) y 18 en “actividades y participación” (40%). No se alcanzó consenso para ninguna categoría del componente “factores ambientales”.

Las categorías de la CIF identificadas que fueron eliminadas a lo largo del proceso Delfos por no superar los umbrales establecidos pueden consultarse en las Tablas 5-9.

3.3.4. Representatividad en los conjuntos básicos de la CIF

Los resultados del estudio confirmaron 15 de las 27 categorías (55,6%) del conjunto básico abreviado de la CIF para afecciones musculoesqueléticas agudas [149], mientras que 22 de las 48 categorías (45,8%) se confirmaron para la versión completa. En el caso

del conjunto básico de la CIF para afecciones musculoesqueléticas postagudas [150], se confirmaron 17 de 31 categorías (54,8%) en la versión abreviada y 35 de 70 (50%) en la versión completa.

En cuanto a la representatividad de la perspectiva de los fisioterapeutas en los conjuntos básicos de la CIF para afecciones musculoesqueléticas, 22 de las categorías (48,9%) identificadas en la encuesta estaban incluidas en el conjunto básico de la CIF para afecciones agudas. Por su parte, el conjunto básico de la CIF para afecciones postagudas incluía 35 de estas categorías (77,8%). Una comparación más detallada entre las categorías identificadas en el estudio y las presentes en el conjunto básico completo de la CIF para afecciones musculoesqueléticas postagudas, permitió confirmar 6 categorías del componente “estructuras corporales” (representando el 85,7% del número total de categorías de este componente), así como 13 de “funciones corporales” (56,5%) y 16 de “actividades y participación” (72,7%). No se pudo confirmar ninguna categoría del componente “factores ambientales” (ver Tabla 10).

3.4. Discusión

El objetivo de este estudio era identificar los aspectos del funcionamiento más relevantes para los fisioterapeutas en AP que valoran a pacientes con problemas musculoesqueléticos. Al comparar las categorías de la CIF identificadas en el estudio con las presentes en los conjuntos básicos de la CIF existentes para este tipo de condiciones de salud, se ha observado que el conjunto básico de la CIF completo para afecciones musculoesqueléticas postagudas es el más representativo de la perspectiva de estos profesionales.

Los resultados de este estudio son coherentes con los observados en otros estudios de validación de conjuntos básicos de la CIF desde la perspectiva del fisioterapeuta (por ejemplo, lumbalgia, artrosis, artritis reumatoide, ictus, etc.) [160,161,163,166,167]. Aunque este conjunto básico ha mostrado ser capaz de representar la mayoría de aspectos relevantes, se han identificado áreas del funcionamiento insuficientemente cubiertas, además de la presencia en el conjunto básico de categorías que han resultado ser poco significativas.

Una posible explicación a esta discrepancia es el diferente papel que desempeña el fisioterapeuta en función del contexto asistencial en el que se encuentra. Como se ha expuesto, los conjuntos básicos de la CIF actuales para afecciones musculoesqueléticas se dirigen a sus estados agudo y postagudo [151]. En los casos agudos atendidos en el hospital, la asistencia sanitaria se caracteriza por ser intensiva, a corto plazo y especializada. Predomina el tratamiento médico del estado del paciente y las intervenciones para mejorar el funcionamiento son complementarias. Por lo tanto, los beneficios potenciales de la fisioterapia deben sopesarse frente a los posibles riesgos para el estado médico del paciente [168]. En cambio, en un entorno postagudo temprano, la mejora del funcionamiento es la piedra angular del programa de rehabilitación del paciente y los fisioterapeutas suelen formar parte de equipos multidisciplinares en los que pueden adherirse al marco de la CIF para compartir su comprensión del funcionamiento y utilizar instrumentos de evaluación clínica estandarizados [169]. La principal laguna en cuanto al uso de la CIF quizás se encuentre a nivel comunitario, donde el fisioterapeuta puede proporcionar una atención centrada en el paciente más accesible y realizar un seguimiento a largo plazo de la afección. Las intervenciones fisioterapéuticas en APS tienen como objetivo promover la salud, prevenir las complicaciones y minimizar la discapacidad derivada de una amplia gama de afecciones [63,170]. Por lo tanto, la fisioterapia en AP tiene un enorme potencial en el tratamiento de las afecciones musculoesqueléticas y el papel del fisioterapeuta es cada vez más importante en este entorno clínico [79,82,171,172]. Los resultados obtenidos en este estudio son relevantes para hacer operativa la CIF en un contexto que atiende patología de alta prevalencia, pero muy heterogénea en cuanto a localización, etiología y estado clínico.

La importancia relativa atribuida en este estudio a las categorías de la CIF relacionadas con el movimiento sustenta este aspecto como un elemento central para el fisioterapeuta [98,119,173], además de confirmar hallazgos previos sobre la identificación de categorías de la CIF relevantes para estos profesionales [174]. En el componente de la CIF “estructuras corporales”, 8 de las 9 categorías consensuadas pertenecían al capítulo “s7 estructuras relacionadas con el movimiento”. De forma similar, al considerar el componente “funciones corporales”, el 61% de las categorías

identificadas pertenecían al capítulo “b7 funciones neuromusculares y relacionadas con el movimiento”. Además, se identificaron categorías pertenecientes a otros capítulos que también pueden relacionarse indirectamente con el sistema de movimiento, como pueden ser las funciones táctil y propioceptiva (descritas en “b2 funciones sensoriales y dolor”) y las relacionadas con el sistema cardiovascular (en “b4 funciones del sistema cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio”). El dolor también fue considerado como un aspecto crucial en este tipo de afecciones por los fisioterapeutas, como muestra el consenso del 100% obtenido en esta encuesta para la categoría “b280 Sensación de dolor”. Algunos estudios ya han señalado la relación entre el dolor, las alteraciones en el comportamiento del paciente (p. ej., kinesiofobia, creencias de evitación del miedo, etc.) y la discapacidad en algunas afecciones musculoesqueléticas (por ejemplo, en la lumbalgia) [175-178]. La relación entre el dolor, los patrones de movimiento y las lesiones musculoesqueléticas también se ha descrito en varios estudios [179-181].

En cuanto al componente “actividades y participación”, se alcanzó el consenso para 10 categorías del capítulo “d4 movilidad”, 7 de “d5 autocuidado” y 1 de “d9 vida comunitaria, social y cívica”. Las dimensiones consideradas estaban de nuevo relacionadas con el movimiento y el impacto que su restricción tiene en la vida de la persona. Estos resultados concuerdan con los ítems presentes en las escalas de evaluación utilizadas para las principales afecciones musculoesqueléticas (por ejemplo, el cuestionario Roland Morris para lumbalgia, el índice de discapacidad cervical o el índice de dolor y discapacidad para el hombro) [182-184]. Cabe destacar la importancia atribuida a la categoría “d450 andar” (98,6% de acuerdo), debido a su relevancia como predictor de discapacidad y calidad de vida [185-187].

Además, se identificaron los siguientes “factores personales”: edad, presencia de comorbilidades, estrategias de afrontamiento, disposición a colaborar en el tratamiento fisioterápico y conocimientos y creencias previas sobre el dolor. Al considerar estos factores personales, se observa que algunos de ellos tienen que ver con el estado de salud del paciente y otros están relacionados con aspectos psicológicos que pueden influir en el tratamiento fisioterapéutico. Budtz et al. [188] han hallado resultados similares en un estudio sobre predictores de la utilización de asistencia sanitaria entre

pacientes con trastornos musculoesqueléticos. Teniendo en cuenta lo anterior, los fisioterapeutas de AP parecen valorar la atención individualizada, basada en el perfil funcional del paciente, además de identificar la relación terapeuta-paciente como muy relevante para alcanzar los objetivos terapéuticos. Se observa también que la labor del fisioterapeuta no sólo debe centrarse en la aplicación de agentes físicos, sino que estas intervenciones sanitarias basadas en la educación también pueden tener un impacto importante en los resultados en salud. Además, estos hallazgos pueden contribuir a los intentos realizados por otros autores para clasificar los factores personales utilizando el marco de la CIF [131,132].

A pesar de lo anterior, los resultados de este estudio no han permitido establecer un consenso sobre las categorías de la CIF pertenecientes al componente “factores ambientales”. La importancia de estos factores está en la base conceptual de la CIF [189], aunque algunos autores han afirmado que el actual sistema de codificación es inadecuado para identificar y medir estos factores [190]. Finger et al. [174] intentaron superar estos inconvenientes utilizando un enfoque que consideraba una relación de influencia mutua entre los factores ambientales y las intervenciones fisioterapéuticas. Sus conclusiones pusieron de relieve las dificultades para llegar a un consenso entre estos profesionales para dichos factores, sugiriendo la necesidad de realizar más estudios. Considerando los resultados de este estudio, la heterogeneidad de las UFAP es una posible explicación de esta falta de consenso, debido a los marcados contrastes entre las zonas urbanas y rurales. Algunos estudios han descrito diferencias en el acceso al sistema sanitario y en el manejo de algunas enfermedades en función del lugar de residencia [191,192]. Por lo tanto, el impacto del entorno en el funcionamiento de las personas puede ser muy variable y dificultar así el establecimiento de un consenso. Otra posible explicación es que los fisioterapeutas no sean conscientes de la importancia de estos factores y no los consideren relevantes para el desarrollo de su práctica clínica. Como han señalado algunos autores, el conocimiento y la conciencia de estos factores pueden influir en los resultados del tratamiento, por lo que es necesario tenerlos presentes [193].

Otro hecho significativo es el hallazgo de categorías de la CIF relevantes para los fisioterapeutas de AP, pero ausentes en los conjuntos básicos musculoesqueléticos de la

CIF. La mayoría de estas categorías estaban orientadas a aspectos relacionados con el movimiento ya descritos anteriormente, ya fuera de forma directa (por ejemplo, “s770 Estructuras musculoesqueléticas adicionales relacionadas con el movimiento” o “b720 Funciones relacionadas con la movilidad de los huesos”) o indirecta (por ejemplo, “b265 Funciones táctiles” o “b460 Sensaciones asociadas con las funciones cardiovasculares y respiratorias”). Este hallazgo sugiere que los fisioterapeutas necesitan una mayor especificidad en la evaluación de estas cuestiones y reafirma el concepto de movimiento como la pericia central de la fisioterapia.

También hubo algunas categorías del conjunto básico que no pudieron ser confirmadas por la encuesta. Dado que ningún factor ambiental alcanzó el consenso en la encuesta, la mayoría de las categorías no confirmadas (51,4%) pertenecían a este componente. Las categorías restantes describen funciones corporales más generales (por ejemplo, “b130 Funciones relacionadas con la energía y los impulsos” o “b152 Funciones emocionales”) que no fueron consideradas suficientemente relevantes por los fisioterapeutas de AP.

3.4.1. Limitaciones del estudio

La principal limitación de este estudio es la falta de consenso sobre los factores ambientales, posiblemente como consecuencia del diseño del estudio. La información obtenida en la primera ronda Delfos permitió identificar 19 categorías relacionadas con este componente de la CIF, pero no pudieron confirmarse en las sucesivas rondas. Como observaron Finger et al. [174], las intervenciones fisioterapéuticas influyen o se ven influidas por un amplio espectro de factores ambientales, pero muy pocos de ellos pueden considerarse universalmente aplicables a esta profesión. Se plantea la hipótesis de que los fisioterapeutas con experiencia en diversos entornos clínicos tienden a relativizar la importancia de estos factores y, paradójicamente, tienen más dificultades para juzgar su relevancia. Las respuestas a la escala de Likert apoyan esta hipótesis, ya que los fisioterapeutas con experiencia en ambos entornos tendieron a asignar puntuaciones intermedias en esta escala a las categorías de la CIF relacionadas con los factores ambientales. Por lo tanto, estas categorías de la CIF no superaron el punto de corte establecido y se descartaron en la segunda ronda Delfos. El uso de preguntas

dicotómicas en lugar de una escala Likert podría haber permitido la confirmación de algunas de ellas, como sí se consiguió en el estudio mencionado anteriormente [174].

Según los resultados de nuestro estudio, las categorías de la CIF con un nivel de acuerdo igual o superior al 60% en la segunda ronda Delfos (3 o más puntos sobre 5 en la escala Likert) tendrían un buen potencial para describir estos factores ambientales y podrían proponerse como recomendación las siguientes: “e115 Productos y tecnología para uso personal en la vida diaria”, “e120 Productos y tecnología para la movilidad y el transporte personal en espacios cerrados y abiertos”, “e125 Productos y tecnología para la comunicación”, “e135 Productos y tecnología para el empleo”, “e310 Familiares cercanos”, “e450 Actitudes individuales de profesionales de la salud” y “e580 Servicios, sistemas y políticas sanitarias”. Sin embargo, se necesitan más estudios para explorar más a fondo estas áreas contextuales del funcionamiento desde la perspectiva de los fisioterapeutas de AP.

Otra posible limitación es el riesgo de sesgo en la muestra debido al pequeño tamaño de la población de estudio y a la estrategia de reclutamiento aplicada. Además, la inclusión de fisioterapeutas tanto de zonas urbanas como rurales también podría considerarse un posible sesgo en la muestra. Se pudo reclutar a una gran proporción de la población objetivo (61,8%) y la mayoría de los participantes (71,4%) tenían experiencia en ambos entornos, por lo que cabe esperar un grado suficiente de validez en los resultados. Por último, los servicios de fisioterapia en AP no están bien definidos y pueden diferir mucho entre países y regiones, lo cual limita la generalización de estos resultados.

3.4.2. Conclusiones

Este estudio ha permitido describir la perspectiva del fisioterapeuta de AP por medio de la CIF y recabar la información necesaria para desarrollar un conjunto básico de la CIF adaptado a su contexto asistencial. El conjunto básico de la CIF para afecciones musculoesqueléticas postagudas es una opción viable para una aplicación inicial de la CIF en las UFAP, tras realizar las oportunas adaptaciones que permitan reflejar los resultados de este estudio y asegurar la adecuada representación de dicha perspectiva profesional.

3.5. Tablas

Tabla 1. Preguntas y componentes de la CIF cubiertos en la primera ronda Delfos	
Pregunta	Componente de la CIF
Si piensa en el cuerpo y la mente de una persona con una afección musculoesquelética a la que va a valorar... ¿qué problemas cree que son relevantes?	Funciones corporales
Si piensa en el cuerpo de una persona con una afección musculoesquelética a la que va a valorar... ¿en qué partes considera que están sus problemas?	Estructuras corporales
Si piensa en la vida cotidiana de una persona con una afección musculoesquelética a la que va a valorar... ¿cuáles cree que son sus problemas?	Actividades y Participación
Si piensa en el entorno y las condiciones de vida de una persona con una afección musculoesquelética a la que va a valorar, ¿qué aspectos le sirven de apoyo?	Factores ambientales (facilitador)
Si piensas en el entorno y las condiciones de vida de la persona con una afección musculoesquelética que vas a evaluar, ¿qué es lo que lo dificulta?	Factores ambientales (barrera)
Si piensa en la persona con una afección musculoesquelética que va a evaluar, ¿qué es importante en ella y en la forma en que maneja su afección?	Factores personales
CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud	

Tabla 2. Características demográficas y profesionales de los participantes en la primera ronda y tasa de participación a lo largo de las rondas Delfos	
Variable	Descripción
Tasa de participación <i>n</i> (%)	
Ronda 1	84 (94,4)
Ronda 2	78 (92,9)
Ronda 3	73 (93,5)
Edad <i>media</i> (<i>desviación típica</i>)	43,1 (6,3)
Sexo <i>n</i> (%)	
Maculino	16 (19,0)
Femenino	68 (81,0)
Nivel de educación <i>n</i> (%)	
Graduado	57 (67,9)
Experto	15 (17,9)
Máster	9 (10,7)
Doctorado	3 (3,6)
Años de experiencia en atención primaria <i>n</i> (%)	
< 2 años	5 (5,6)
2-5 años	16 (18,0)
> 5 años	68 (76,4)
Experiencia en relación al lugar de residencia de la población atendida <i>n</i> (%)	
Urbana	10 (11,9)
Rural	14 (16,7)
Ambas	60 (71,4)
n: número %: porcentaje	

Tabla 3. Temas principales y componentes de la CIF relacionados con los conceptos sobre funcionamiento identificados		
Tema	Componente de la CIF	Número de Categorías
Problemas en estructuras directamente relacionadas con el movimiento	Estructuras corporales	8
Problemas en estructuras relacionados indirectamente con el movimiento	Estructuras corporales	16
Alteraciones de la piel	Estructuras corporales	1
Alteraciones de las funciones del sistema musculoesquelético relacionadas con el movimiento	Funciones corporales	13
Alteraciones de las funciones cardiovasculares y respiratorias relacionadas con el ejercicio	Funciones corporales	8
Presencia de dolor o déficit en las funciones sensoriales relacionadas con el movimiento	Funciones corporales	8
Alteraciones de las funciones mentales y cognitivas	Funciones corporales	12
Limitaciones para caminar y para la movilidad en general	Actividades y Participación	13
Dificultad para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria	Actividades y Participación	12
Limitaciones en la comunicación y en las habilidades personales	Actividades y Participación	4
Dificultad para establecer o mantener relaciones interpersonales	Actividades y Participación	5
Impacto en la participación social	Actividades y Participación	7
Capacidad de adquirir y utilizar productos de asistencia u otros bienes.	Factores ambientales	8
Características del entorno físico y accesibilidad	Factores ambientales	7
Disponibilidad de servicios públicos o privados para satisfacer las necesidades de la población	Factores ambientales	14
Presencia o ausencia de relaciones de apoyo	Factores ambientales	13
Características personales	Factores personales	4*
Ideas, creencias, conocimientos y actitudes personales	Factores personales	3*
CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud		
* Sin correspondencia con categorías de la CIF		

Tabla 4. Categorías que alcanzaron consenso a lo largo del proceso Delfos

Componente de la CIF	Capítulo	Código CIF	Categoría de la CIF	Ronda 1	Ronda 2	Ronda 3	Consenso alcanzado (ronda)
				Frecuencia relativa (%)	Puntuación	Nivel de acuerdo (%)	
Estructuras corporales	Estructuras del sistema nervioso	s120	Médula espinal y estructuras relacionadas	11,9	3,8	97,3	2
	Estructuras relacionadas con el movimiento	s710	Estructura de la cabeza y de la región del cuello	60,7	3,5	100	3
		s720	Estructura de la región del hombro	57,1	4,6	98,6	2
		s730	Estructura de la extremidad superior	35,7	4,6	100	2
		s740	Estructura de la región pélvica	13,1	4,7	98,6	2
		s750	Estructura de la extremidad inferior	51,1	4,6	98,6	2
		s760	Estructura del tronco	61,9	4,6	98,6	2
		s770	Estructuras musculoesqueléticas adicionales relacionadas con el movimiento	54,8	4,7	97,3	2
s799	Estructuras relacionadas con el movimiento, no especificadas	14,3	4,7	90,4	2		
Funciones corporales	Funciones sensoriales y dolor	b260	Función propioceptiva	10,7	4,8	98,6	2
		b265	Funciones táctiles	9,5	3,9	80,8	2
		b270	Funciones sensoriales relacionadas con la temperatura y otros estímulos	9,5	3,7	84,9	2
		b280	Sensación de dolor	11,9	4,7	100	2
	Funciones de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio	b445	Funciones de los músculos respiratorios	9,5	3,9	84,9	2
		b455	Funciones relacionadas con la tolerancia al ejercicio	10,7	4,4	97,3	2
		b460	Sensaciones asociadas con las funciones cardiovasculares y respiratorias	10,7	3,7	79,5	3

CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud

Tabla 4 (continuación). Categorías que alcanzaron consenso a lo largo del proceso Delfos

Componente de la CIF	Capítulo	Código CIF	Categoría de la CIF	Ronda 1	Ronda 2	Ronda 3	Consenso alcanzado (ronda)
				Frecuencia relativa (%)	Puntuación	Nivel de acuerdo (%)	
Funciones corporales	Funciones neuromusculo-esqueléticas y relacionadas con el movimiento	b710	Funciones relacionadas con la movilidad de las articulaciones	67,9	4,8	100	2
		b715	Funciones relacionadas con la estabilidad de las articulaciones	11,9	4,7	97,3	2
		b720	Funciones relacionadas con la movilidad de los huesos	54,8	4,8	98,6	2
		b730	Funciones relacionadas con la fuerza muscular	46,4	4,7	100	2
		b735	Funciones relacionadas con el tono muscular	16,7	4,6	98,6	2
		b740	Funciones relacionadas con la resistencia muscular	10,7	4,5	100	2
		b750	Funciones relacionadas con los reflejos motores	5,9	4,1	90,4	2
		b755	Funciones relacionadas con los reflejos de movimiento involuntario	34,5	4,3	84,9	2
		b760	Funciones relacionadas con el control de los movimientos voluntarios	29,8	4,6	98,6	2
		b770	Funciones relacionadas con el patrón de la marcha	44,0	4,7	100	2
b780	Sensaciones relacionadas con los músculos y las funciones del movimiento	8,3	4,3	97,3	2		
Actividades y participación	Movilidad	d410	Cambiar las posturas corporales básicas	25	4,4	97,3	2
		d415	Mantener la posición del cuerpo	27,4	4,4	95,9	2
		d420	“Transferir el propio cuerpo”	26,2	4,5	94,5	2
		d430	Levantar y llevar objetos	27,4	4,3	93,2	2
		d435	Mover objetos con las extremidades inferiores	17,9	4,3	93,2	2
		d440	Uso fino de la mano	29,8	4,6	97,3	2

CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud

Tabla 4 (continuación). Categorías que alcanzaron consenso a lo largo del proceso Delfos

Componente de la CIF	Capítulo	Código CIF	Categoría de la CIF	Ronda 1	Ronda 2	Ronda 3	Consenso alcanzado (ronda)
				Frecuencia relativa (%)	Puntuación	Nivel de acuerdo (%)	
Actividades y participación	Movilidad	d445	Uso de la mano y el brazo	16,7	4,6	97,3	2
		d450	Andar	57,1	4,8	98,6	2
		d460	Desplazarse por distintos lugares	34,5	4,8	94,5	2
		d465	Desplazarse utilizando algún tipo de equipamiento	14,0	3,8	78,1	2
	Autocuidado	d510	Lavarse	48,8	4,2	91,2	2
		d520	Cuidado de partes del cuerpo	46,4	4,1	87,7	2
		d530	Higiene personal relacionada con los procesos de excreción	47,6	4,0	82,2	2
		d540	Vestirse	41,7	4,3	95,9	2
		d550	Comer	32,1	4,2	90,4	2
		d560	Beber	23,8	4,2	90,4	2
		d570	Cuidado de la propia salud	52,4	4,2	94,5	2
	Vida comunitaria, social y cívica	d920	Tiempo libre y ocio	65	3,8	83,6	2
Factores personales	ND	ND	Edad	13,1	4,9	97,3	2
		ND	Actitud para hacer frente a la afección musculoesquelética	58,3	4,7	100	2
		ND	Disposición a cooperar en el tratamiento fisioterapéutico	57,1	4,8	100	2
		ND	Conocimientos y creencias previos sobre el dolor	56,0	3,9	86,3	2
		ND	Presencia de comorbilidades	6,0	4,3	98,6	2

CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud; ND: no definido

Tabla 5. Categorías de la CIF (estructuras corporales) eliminadas a lo largo del proceso Delfos					
Código CIF	Categoría de la CIF	Ronda 1	Ronda 2	Ronda 3	Ronda de eliminación (número)
		Frecuencia relativa (%)	Puntuación	Nivel de acuerdo (%)	
s110	Estructura del cerebro	21,4	3,2	-	2
s140	Estructura del sistema nervioso simpático	1,2	-	-	1
s150	Estructura del sistema nervioso parasimpático	1,2	-	-	1
s199	Estructura del sistema nervioso, no especificada	11,9	3,4	-	2
s230	Estructuras periféricas oculares	1,2	-	-	1
s260	Estructura del oído interno	1,2	-	-	1
s410	Estructura del sistema cardiovascular	3,6	-	-	1
s430	Estructura del sistema respiratorio	4,8	-	-	1
s499	Estructuras de los sistemas cardiovascular, inmunológico y respiratorio, no especificadas	3,6	-	-	1
s540	Estructura del intestino	1,2	-	-	1
s560	Estructura del hígado	1,2	-	-	1
s580	Estructura de las glándulas endocrinas	1,2	-	-	1
s599	Estructuras relacionadas con los sistemas digestivo, metabólico y endocrino, no especificadas	2,4	-	-	1
s620	Estructura del suelo pélvico	2,4	-	-	1
s699	Estructuras relacionadas con el sistema genitourinario y sistema reproductor, no especificadas	2,4	-	-	1
s899	Estructuras de la piel y estructuras relacionadas, no especificadas	8,3	4,4	72,6	3

CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud

Tabla 6. Categorías de la CIF (funciones corporales) eliminadas a lo largo del proceso Delfos					
Código CIF	Funciones corporales	Ronda 1	Ronda 2	Ronda 3	Ronda de eliminación (número)
		Frecuencia relativa (%)	Puntuación	Nivel de acuerdo (%)	
b114	Funciones de la orientación	1,2	-	-	1
b117	Funciones intelectuales	1,2	-	-	1
b126	Funciones del temperamento y la personalidad	61,9	3,4	-	2
b130	Funciones relacionadas con la energía y los impulsos	1,2	-	-	1
b134	Funciones del sueño	4,8	-	-	1
b140	Funciones de la atención	2,4	-	-	1
b144	Funciones de la memoria	2,4	-	-	1
b147	Funciones psicomotoras	2,4	-	-	1
b152	Funciones emocionales	1,2	-	-	1
b160	Funciones del pensamiento	1,2	-	-	1
b164	Funciones cognitivas superiores	3,6	-	-	1
b167	Funciones mentales del lenguaje	1,2	-	-	1
b210	Funciones visuales	3,6	-	-	1
b230	Funciones auditivas	3,6	-	-	1
b235	Función vestibular	1,2	-	-	1
b298	Funciones sensoriales y dolor, otras especificadas	1,2	-	-	1
b429	Funciones del sistema cardiovascular, otras especificadas y no especificadas	2,4	-	-	1
b440	Funciones respiratorias	8,3	3,6	65,8	3
b525	Funciones relacionadas con la defecación	1,2	-	-	1
b599	Funciones de los sistemas digestivo, metabólico y endocrino, no especificadas	1,2	-	-	1
b620	Funciones urinarias	1,2	-	-	1
b765	Funciones relacionadas con los movimientos involuntarios	34,5	4,0	72,6	3

CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud

Tabla 6 (continuación). Categorías de la CIF (funciones corporales) eliminadas a lo largo del proceso Delfos					
Código CIF	Funciones corporales	Ronda 1	Ronda 2	Ronda 3	Ronda de eliminación (número)
		Frecuencia relativa (%)	Puntuación	Nivel de acuerdo (%)	
b798	Funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento, otras especificadas: movimientos compensatorios	1,2	-	-	1

CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud

Tabla 7. Categorías de la CIF (actividades y participación) eliminadas a lo largo del proceso Delfos					
Código CIF	Actividades y Participación	Ronda 1 Frecuencia relativa (%)	Ronda 2 Puntuación	Ronda 3 Nivel de acuerdo (%)	Ronda de eliminación (número)
d155	Adquisición de habilidades	1,2	-	-	1
d166	Leer	4,8	-	-	1
d240	Manejo del estrés y otras demandas psicológicas	2,4	-	-	1
d310	Comunicación-recepción de mensajes hablados	2,4	-	-	1
d449	Llevar, mover y usar objetos, otro especificado y no especificado	1,2	-	-	1
d455	Desplazarse por el entorno	53,6	4,1	74,0	3
d475	Conducción	4,8	-	-	1
d620	Adquisición de bienes y servicios	7,1	2,9	-	2
d630	Preparar comidas	14,3	3,1	-	2
d640	Realizar los quehaceres de la casa	17,9	3,3	-	2
d650	Cuidado de los objetos del hogar	1,2	-	-	1
d660	Ayudar a los demás	9,5	2,8	-	2
d710	Interacciones interpersonales básicas	2,4	-	-	1
d720	Interacciones interpersonales complejas	2,4	-	-	1
d750	Relaciones sociales informales	21,4	2,9	-	2
d760	Relaciones familiares	7,1	2,7	-	2
d799	Interacciones y relaciones interpersonales, no especificadas	1,2	-	-	1
d810	Educación no reglada	1,2	-	-	1
d839	Educación, otra especificada y no especificada	3,6	-	-	1
d850	Trabajo remunerado	73,8	3,8	61,6	3
d870	Autosuficiencia económica	9,5	3,0	-	2
d910	Vida comunitaria	3,6	-	-	1
d930	Religión y espiritualidad	1,2	-	-	1

CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud

Tabla 8. Categorías de la CIF (factores ambientales) eliminadas a lo largo del proceso Delfos					
Código CIF	Factores ambientales	Ronda 1	Ronda 2	Ronda 3	Ronda de eliminación (número)
		Frecuencia relativa (%)	Puntuación	Nivel de acuerdo (%)	
e110	Productos o sustancias para el consumo personal	2,4	-	-	1
e115	Productos y tecnología para uso personal en la vida diaria	21,4	3,0	-	2
e120	Productos y tecnología para la movilidad y el transporte personal en espacios cerrados y abiertos	26,2	3,3	-	2
e125	Productos y tecnología para la comunicación	7,1	3,0	-	2
e130	Productos y tecnología para la educación	7,0	2,8	-	2
e135	Productos y tecnología para el empleo	10,7	3,2	-	2
e140	Productos y tecnología para las actividades culturales, recreativas y deportivas	16,7	2,9	-	2
e235	Desastres causados por el hombre	2,4	-	-	1
e299	Entorno natural y cambios en el entorno derivados de la actividad humana, no especificados	2,4	-	-	1
e340	Cuidadores y personal de ayuda	4,8	-	-	1
e345	Extraños	1,2	-	-	1
e355	Profesionales de la salud	2,4	-	-	1
e445	Actitudes individuales de extraños	3,6	-	-	1
e499	Actitudes, no especificadas	2,4	-	-	1
e525	Servicios, sistemas y políticas de vivienda	1,2	-	-	1
e565	Servicios, sistemas y políticas económicas	4,8	-	-	1
e570	Servicios, sistemas y políticas de seguridad social	2,4	-	-	1
e585	Servicios, sistemas y políticas de educación y formación	3,6	-	-	1
e599	Servicios, sistemas y políticas, no especificados	4,8	-	-	1

CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud

Tabla 9. Categorías de la CIF (factores personales) eliminadas a lo largo del proceso Delfos					
Código CIF	Factores personales	Ronda 1	Ronda 2	Ronda 3	Ronda de eliminación (número)
		Frecuencia relativa (%)	Puntuación	Nivel de acuerdo (%)	
NA	Factores culturales	3,6	-	-	1
NA	Sexo	4,8	-	-	1

CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud
 NA: no aplicable

Tabla 10. Resumen de las categorías de la CIF sobre las que se alcanzó consenso y comparación con las categorías incluidas en el conjunto básico de la CIF para afecciones músculoesqueléticas postagudas (completo)

	Componente de la CIF	Categoría de la CIF	Porcentaje de acuerdo (%)
Categorías para las que se alcanzó consenso, pero no figuran en el conjunto básico de la CIF	Estructuras corporales	s120 Médula espinal y estructuras relacionadas	97,3
		s770 Estructuras músculoesqueléticas adicionales relacionadas con el movimiento	97,3
		s799 Estructuras relacionadas con el movimiento, no especificadas	90,4
	Funciones corporales	b265 Funciones táctiles	80,8
		b445 Funciones de los músculos respiratorios	84,9
		b460 Sensaciones asociadas con las funciones cardiovasculares y respiratorias	79,5
		b720 Funciones relacionadas con la movilidad de los huesos	98,6
		b750 Funciones relacionadas con los reflejos motores	90,4
	Actividades y Participación	d435 Mover objetos con las extremidades inferiores	93,2
		d920 Tiempo libre y ocio	83,6
Categorías del conjunto básico de la CIF para las que no se alcanzó consenso	Estructuras corporales	s810 Estructura de las áreas de la piel	*
	Funciones corporales	b130 Funciones relacionadas con la energía y los impulsos	†
		b134 Funciones del sueño	†
		b152 Funciones emocionales	†

* No identificada en la primera ronda Delfos.

† No superó el punto de corte en la primera ronda Delfos (frecuencia relativa por debajo del 5%).

‡ No superó el punto de corte en la segunda ronda Delfos (puntuación por debajo de 3,5 puntos).

CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud

Tabla 10 (continuación). Resumen de las categorías de la CIF sobre las que se alcanzó consenso y comparación con las categorías incluidas en el conjunto básico de la CIF para afecciones músculoesqueléticas postagudas (completo)

	Componente de la CIF	Categoría de la CIF	Porcentaje de acuerdo (%)
Categorías del conjunto básico de la CIF para las que no se alcanzó consenso	Funciones corporales	b415 Funciones de los vasos sanguíneos	*
		b435 Funciones del sistema inmunológico	*
		b440 Funciones respiratorias	65,8
		b525 Funciones relacionadas con la defecación	†
		b530 Funciones relacionadas con el mantenimiento del peso	*
		b620 Funciones urinarias	†
		b810 Funciones protectoras de la piel	*
	Actividades y Participación	d155 Adquisición de habilidades	†
		d177 Tomar decisiones	*
		d230 Llevar a cabo rutinas diarias	*
		d240 Manejo del estrés y otras demandas psicológicas	†
		d310 Comunicación-recepción de mensajes hablados	†
		d760 Relaciones familiares	‡
	Factores ambientales	e110 Productos o sustancias para el consumo personal	†

* No identificada en la primera ronda Delfos.

† No superó el punto de corte en la primera ronda Delfos (frecuencia relativa por debajo del 5%).

‡ No superó el punto de corte en la segunda ronda Delfos (puntuación por debajo de 3,5 puntos).

CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud

Tabla 10 (continuación). Resumen de las categorías de la CIF sobre las que se alcanzó consenso y comparación con las categorías incluidas en el conjunto básico de la CIF para afecciones músculoesqueléticas postagudas (completo)

	Componente de la CIF	Categoría de la CIF	Porcentaje de acuerdo (%)
Categorías del conjunto básico de la CIF para las que no se alcanzó consenso	Factores ambientales	e115 Productos y tecnología para uso personal en la vida diaria	‡
		e120 Productos y tecnología para la movilidad y el transporte personal en espacios cerrados y abiertos	‡
		e125 Productos y tecnología para la comunicación	‡
		e150 Diseño, construcción, materiales de construcción y tecnología arquitectónica para edificios de uso público	‡
		e225 Clima	*
		e310 Familiares cercanos	‡
		e320 Amigos	‡
		e340 Cuidadores y personal de ayuda	†
		e355 Profesionales de la salud	†
		e410 Actitudes individuales de miembros de la familia cercana	‡
		e420 Actitudes individuales de amigos	‡
		e430 Actitudes individuales de personas en cargos de autoridad	‡

* No identificada en la primera ronda Delfos.

† No superó el punto de corte en la primera ronda Delfos (frecuencia relativa por debajo del 5%).

‡ No superó el punto de corte en la segunda ronda Delfos (puntuación por debajo de 3,5 puntos).

CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud

Tabla 10 (continuación). Resumen de las categorías de la CIF sobre las que se alcanzó consenso y comparación con las categorías incluidas en el conjunto básico de la CIF para afecciones músculoesqueléticas postagudas (completo)

	Componente de la CIF	Categoría de la CIF	Porcentaje de acuerdo (%)
Categorías del conjunto básico de la CIF para las que no se alcanzó consenso	Factores ambientales	e440 Actitudes individuales de cuidadores y personal de ayuda	*
		e450 Actitudes individuales de profesionales de la salud	‡
		e555 Servicios, sistemas y políticas de asociación y organización	‡
		e575 Servicios, sistemas y políticas de apoyo social general	‡
		e580 Servicios, sistemas y políticas sanitarias	‡

* No identificada en la primera ronda Delfos.

† No superó el punto de corte en la primera ronda Delfos (frecuencia relativa por debajo del 5%).

‡ No superó el punto de corte en la segunda ronda Delfos (puntuación por debajo de 3,5 puntos).

CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud

PERSPECTIVA DEL PACIENTE

**Estudio cualitativo mediante
grupos focales**

4. La perspectiva del paciente: estudio cualitativo mediante grupos focales

La perspectiva del paciente fue analizada por medio de un estudio cualitativo basado en grupos focales. El protocolo de investigación fue registrado en *clinicaltrials.gov* (identificador NCT04135976) y fue aprobado por los Comités Éticos de Investigación Clínica de las áreas de salud de Burgos, Palencia y Soria (ver ANEXOS 5 y 6). El informe se redactó siguiendo las directrices de la lista de verificación *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* [194]. En este capítulo se expone la metodología utilizada, los resultados obtenidos y una discusión sobre los principales hallazgos.

4.1. Objetivos del estudio

El objetivo de este estudio fue validar la versión completa del conjunto básico de la CIF para afecciones musculoesqueléticas postagudas desde la perspectiva del paciente en el ámbito de la fisioterapia en AP. Los objetivos específicos fueron:

- Explorar los aspectos del funcionamiento y la salud relevantes para los pacientes con afecciones musculoesqueléticas que han sido tratados en una UFAP.
- Analizar la representatividad del conjunto básico de la CIF para afecciones musculoesqueléticas postagudas con respecto a los aspectos identificados.

4.2. Material y métodos

4.2.1. Diseño del estudio

Se llevó a cabo un estudio cualitativo mediante grupos focales para determinar qué áreas del funcionamiento se veían más afectadas en los pacientes con afecciones musculoesqueléticas (ver Tabla 11). El informe se realizó teniendo en cuenta las recomendaciones establecidas en la literatura científica para estudios cualitativos [194,195].

El marco teórico para el diseño del estudio se definió mediante un enfoque fenomenológico. Esta metodología es una forma de investigación inductiva que permite

describir e interpretar la experiencia vivida por las personas. Bajo este paradigma, la interpretación de un fenómeno parte de su descripción y la búsqueda de significado se realiza a través de un proceso hermenéutico [196].

4.2.2. Participantes

Los participantes fueron reclutados en 5 UFAP del SACYL (Briviesca, Burgos-Centro, Cervera de Pisuerga, Lerma y Palencia-Pintor Oliva) utilizando un método de aleatorización simple. Los criterios de inclusión fueron: a) edad mínima de 18 años, b) haber sido remitido a la UFAP diagnosticado de una patología musculoesquelética, c) haber recibido tratamiento entre junio de 2021 y junio de 2022, d) ser capaz de concentrarse durante al menos 30 minutos; y e) poseer suficiente conocimiento de la lengua castellana. Se excluyeron del estudio los pacientes que habían sido derivados desde el nivel hospitalario.

Los fisioterapeutas colaboradores de cada UFAP participante buscaron potenciales candidatos para participar en el estudio a partir de su registro interno de pacientes. Se contactó telefónicamente con los candidatos para explicarles las principales características del estudio y para proponerles participar en el mismo. Los que aceptaron firmaron un consentimiento informado (ver ANEXO 7) de acuerdo con la Declaración de Helsinki de 1996 (modificada en 2013 en la 64ª asamblea de la Asociación Médica Mundial en Fortaleza, Brasil).

4.2.3. Tamaño de la muestra y saturación de los datos

El tamaño de la muestra se fijó en el número necesario para alcanzar el punto de saturación teórico. Un nivel de saturación del 100% se define como el punto en el cual no se identifican conceptos nuevos tras la realización de dos grupos focales consecutivos. Tomando como referencia estudios similares [197-200], se realizaron tantos grupos focales como fue necesario para alcanzar este punto y determinar el tamaño final de la muestra.

El tamaño de los grupos se fijó en un máximo de 7 personas, pero se consideraron óptimos los grupos de 5 participantes. Como señalaron otros autores en estudios

anteriores [197-200], este tamaño permite que estén representadas distintas opiniones y facilita las interacciones entre los participantes [165].

4.2.4. Grupos focales

Los grupos focales se realizaron en los centros de salud que colaboraron en el estudio. Dos investigadores adaptaron las preguntas y las directrices basándose en la metodología desarrollada por Selb et al. [147]. Otros dos investigadores actuaron como moderadores y dirigieron las sesiones de forma no directiva. Ambas eran fisioterapeutas con formación en la CIF y con experiencia en técnicas de entrevista motivacional. En el momento de realizar este estudio, ambas ejercían como fisioterapeutas en una UFAP y tenían experiencia en el tratamiento de afecciones musculoesqueléticas. Previamente a la realización del estudio, existía una relación terapeuta-paciente entre los participantes y las investigadoras derivada de haber sido las responsables de las actuaciones de fisioterapia que se aplicaron a los pacientes. No obstante, se informó a los participantes de los objetivos personales, sus intereses en el tema de investigación, las hipótesis principales y los posibles sesgos por parte de los investigadores. En cada grupo focal había un asistente que se encargó de grabar el audio de la sesión y de tomar notas de campo siguiendo un esquema de codificación estandarizado.

4.2.5. Recogida de datos

Los grupos focales se realizaron siguiendo las pautas establecidas en la literatura científica [201] y utilizando preguntas abiertas relacionadas con los componentes de la CIF. Al principio de cada grupo focal, se informó a los participantes sobre el procedimiento y los objetivos de la sesión, así como de los fundamentos de la CIF. Al final, se mostró un resumen de los principales resultados a modo de retroalimentación. Por tanto, los participantes tuvieron oportunidad de comprobar la información y enmendar cualquier cuestión que no hubiera quedado suficientemente clara. Las grabaciones de audio realizadas se transcribieron literalmente para su posterior análisis. Después de cada sesión, se celebró una reunión de carácter informativo entre el moderador y el asistente para revisar el desarrollo del grupo de discusión.

4.2.6. Análisis de los datos

4.2.6.1. Análisis descriptivo

Se realizó un análisis estadístico descriptivo de las siguientes variables: a) edad, b) sexo, c) nivel educativo; y d) ocupación; con el fin de caracterizar la muestra. También se registró la condición musculoesquelética por la que los participantes habían sido remitidos a fisioterapia.

4.2.6.2. Análisis cualitativo

El análisis cuantitativo de los datos se realizó utilizando un procedimiento de “condensación de significado” que contemplaba 3 etapas [164]. En un primer paso, se leyeron las transcripciones de los grupos de discusión para obtener una visión general de los datos recogidos. En segundo lugar, los datos se dividieron en unidades de significado y se determinó el tema que era predominante para cada unidad. Una unidad significativa se definió como un fragmento de texto específico con un tema común, independientemente de su estructura gramatical. La división del texto en tales fragmentos se hizo a criterio del investigador cuando observaba un cambio de significado. Por último, se identificaron los conceptos contenidos en las unidades de significado, teniendo en cuenta que cada una de estas unidades podía contener más de un concepto [202].

4.2.7. Vinculación con la CIF

Dos investigadores vincularon los conceptos identificados a las categorías de la CIF de forma independiente, siguiendo las reglas de vinculación establecidas [158]. Este proceso permitió relacionar los conceptos con las categorías de la CIF de forma sistematizada y normalizada (ver Tabla 12). El criterio de validez para establecer estas relaciones fue el consenso entre los dos investigadores. En caso de desacuerdo, se consultó a un tercer investigador para que tomara una decisión informada tras escuchar los argumentos de los investigadores encargados del proceso de vinculación.

4.2.8. Confirmación de las categorías de la CIF del conjunto básico completo para las afecciones musculoesqueléticas postagudas

Las categorías del conjunto básico de la CIF tomado como referencia se consideraron confirmadas si emergían en cualquiera de los grupos focales realizados hasta alcanzar el punto de saturación. Dado que las categorías de la CIF están organizadas jerárquicamente, una categoría de la CIF de segundo nivel también se consideró confirmada cuando se identificó una categoría de la CIF de tercer o cuarto nivel perteneciente al mismo ámbito (por ejemplo, “b710 Funciones relacionadas con la movilidad de las articulaciones” confirmada por “b7102 Movilidad generalizada de las articulaciones”).

4.2.9. Categorías adicionales

Una categoría de la CIF se consideró como categoría adicional cuando, tras emerger a partir de un grupo focal, se comprobó que no estaba incluida en la versión completa del conjunto básico de la CIF para afecciones musculoesqueléticas postagudas.

4.2.10. Precisión del análisis

La fiabilidad en el análisis de los datos se garantizó mediante un procedimiento de codificación múltiple. Dos investigadores realizaron conjuntamente el análisis cualitativo y el proceso de vinculación a la CIF del primer grupo focal. Con ello, se pretendía alcanzar un acuerdo sobre la extracción de unidades de significado y la aplicación de las reglas de vinculación de la CIF. Un tercer investigador realizó una revisión por pares de ambos procesos en una muestra del 15% del texto transcrito. El grado de acuerdo se calculó mediante el coeficiente Kappa y el IC95% [197-200]. El análisis de los datos se realizó con *Libreoffice Calc* (versión: 7.3.3.2. *The Document Foundation*. Debian y Ubuntu).

4.3. Resultados

4.3.1. Descripción de los grupos focales

Se realizaron un total de 8 grupos focales, incluyendo a 43 pacientes que habían sido derivados a las UFAP colaboradoras durante el último año por problemas musculoesqueléticos. Las características principales de la muestra pueden consultarse en la Tabla 13. Los grupos focales se realizaron entre julio y noviembre de 2022. La duración media de las sesiones fue de 46 minutos y la saturación de datos se alcanzó en el octavo grupo focal (ver Figura 4).

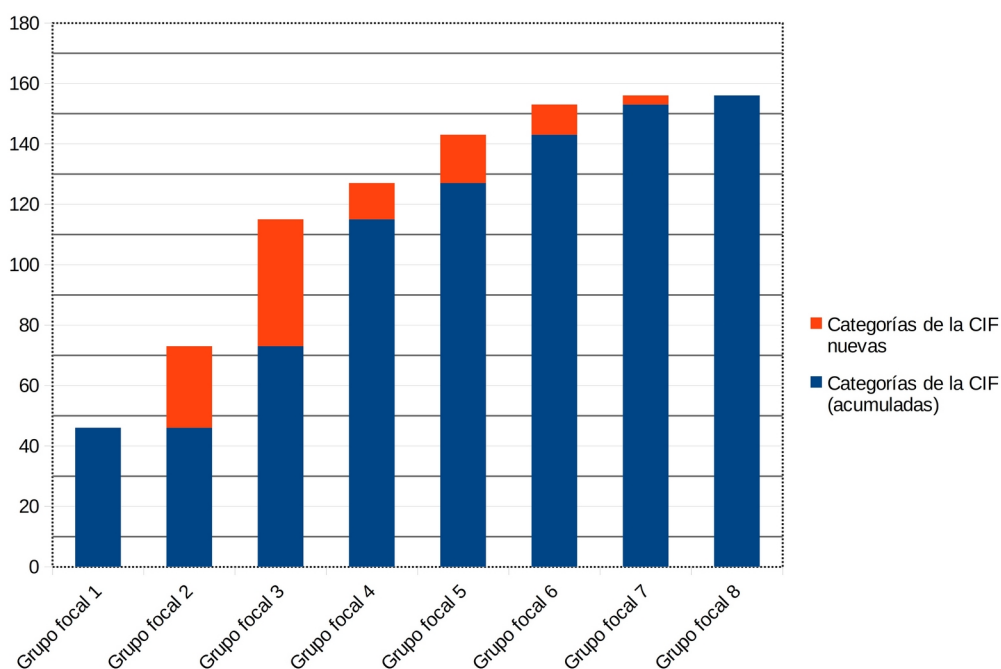


Figura 4. Saturación de datos a lo largo de los grupos focales

4.3.2. Análisis cualitativo y vinculación a la CIF

En los grupos focales se identificaron un total de 1281 conceptos relevantes. Estos conceptos se vincularon a 156 categorías de segundo nivel de la CIF (ver Tablas 14-18). Un total de 27 conceptos no pudieron vincularse a categorías de la CIF porque estaban relacionados con factores personales (por ejemplo, edad, estilo de vida o actitud personal sobre cómo afrontar la enfermedad).

4.3.3. Confirmación de la versión completa del conjunto básico de la CIF para afecciones musculoesqueléticas postagudas

En total, los grupos focales confirmaron 67 de las 70 categorías de segundo nivel de la CIF (95,7%) presentes en el conjunto básico de la CIF para afecciones musculoesqueléticas postagudas. Las 3 categorías de la CIF no confirmadas fueron “b715 Funciones relacionadas con la estabilidad de las articulaciones”, “b810 Funciones protectoras de la piel” y “s810 Estructura de las áreas de la piel” (ver Tabla 14).

4.3.4. Categorías adicionales

En los grupos focales se identificaron 89 categorías de segundo nivel de la CIF no incluidas en la versión completa del conjunto básico de la CIF para afecciones musculoesqueléticas postagudas. Teniendo en cuenta los diferentes componentes de la CIF, se observó que 40 (44,9%) categorías pertenecían a “actividades y participación”, 23 (25,8%) a “factores ambientales”, 18 (20,2%) a “funciones corporales” y, por último, 8 (9,0%) al componente “estructuras corporales” (ver Tablas 15-18).

En el componente “actividades y participación”, 6 categorías (15% de las 40 categorías adicionales para este componente) pertenecían al capítulo “d1 Aprendizaje y aplicación del conocimiento”, 1 (2,5%) a “d2 Tareas y demandas generales”, 4 (10%) a “d3 Comunicación”, 6 (15%) a “d4 Movilidad”, 2 (5%) a “d5 Autocuidado”, 7 (17,5%) a “d6 Vida doméstica”, 5 (12,5%) a “d7 Interacciones y relaciones interpersonales”, 6 (15%) a “d8 Áreas principales de la vida” y 3 (7,5%) a “d9 Vida comunitaria, social y cívica”.

En cuanto al componente “factores ambientales”, 5 categorías (21,8%) pertenecían a “e1 Productos y tecnología”, 2 (8,7%) a “e2 Entorno natural y cambios en el entorno derivados de la actividad humana”, 4 (17,4%) a “e3 Apoyo y relaciones”, 5 (21,7%) a “e4 Actitudes” y 7 (30,4%) a “e5 Servicios, sistemas y políticas”.

Las categorías adicionales del componente “funciones corporales” estaban incluidas en los capítulos “b1 Funciones mentales” (7 categorías, 38,8%), “b2 Funciones sensoriales y dolor” (4, 22,2%), “b4 Funciones de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio” (2, 11,1%), “b5 Funciones

de los sistemas digestivo, metabólico y endocrino” (2, 11,1%) y “b7 Funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento” (3, 16,6%).

Por último, las categorías adicionales de la CIF para el componente “estructuras corporales” estaban relacionadas con los capítulos “s1 Estructuras del sistema nervioso” (2 categorías, 25%), “s4 Estructuras de los sistemas cardiovascular, inmunológico y respiratorio” (2, 25%), “s5 Estructuras relacionadas con los sistemas digestivo, metabólico y endocrino” (2, 25%), “s6 Estructuras relacionadas con el sistema genitourinario y el sistema reproductor” (1, 12,5%) y “s7 Estructuras relacionadas con el movimiento” (1, 12,5%).

4.3.5. Precisión del análisis

El coeficiente Kappa para el acuerdo entre investigadores en el proceso de vinculación (proceso de revisión por pares explicado anteriormente) fue de 0,82 [IC95%: 0,76-0,87].

4.4. Discusión

Este estudio ha identificado las características de funcionamiento más relevantes para los pacientes con afecciones musculoesqueléticas atendidos en UFAP, utilizando la CIF como marco de referencia. Las categorías de la CIF identificadas en los grupos focales permitieron confirmar casi todo el conjunto básico de la CIF para las afecciones musculoesqueléticas postagudas. Las únicas categorías no confirmadas fueron “s810 Estructura de las áreas de la piel”, “b810 Funciones protectoras de la piel” y “b715 Funciones relacionadas con la estabilidad de las articulaciones”. Esto puede explicarse por el hecho de que no se espera que las lesiones traumáticas que afectan a la estabilidad de las articulaciones o a la integridad de la piel se traten en AP, sino más bien en un ámbito hospitalario.

El hallazgo más relevante fue la ausencia de categorías en el conjunto básico de la CIF utilizado como referencia para describir aspectos del funcionamiento relacionados con áreas esenciales en la vida de las personas. Los aspectos del funcionamiento no cubiertos se concentraban principalmente en el componente “actividades y participación” y pertenecían a los capítulos “d6 Vida doméstica”, “d8 Áreas principales de la vida” y “d9 Vida comunitaria, social y cívica”. Según el modelo propuesto por

Badley [203], las categorías del conjunto básico de la CIF se centran principalmente en “actos”, mientras que las categorías consideradas relevantes por los participantes en nuestro estudio estaban más orientadas hacia “tareas” e “implicación social”. Este resultado coincide con otros estudios de validación similares realizados desde la perspectiva del paciente [197-200] y puede responder a una insuficiente capacidad conceptual de este componente de la CIF para captar aspectos relacionados con el papel social de las personas [204]. Esto podría ser especialmente importante en un entorno de AP, donde la motivación del paciente puede estar más orientada a la realización de tareas con un propósito que a acciones aisladas con menor significado percibido.

Otro hallazgo relacionado con este componente de la CIF fue la identificación de categorías adicionales para los capítulos “d4 Movilidad”, “d5 Autocuidado” y “d7 Interacciones y relaciones interpersonales”. Sin embargo, el mayor número de categorías no supuso un aumento significativo de la información en este caso, ya que los nuevos conceptos pueden asimilarse en cierta medida a los ya incluidos en el conjunto básico de la CIF. Por este motivo, la consideración de estas categorías desde un punto de vista clínico sólo tendría una utilidad marginal.

En el dominio de la CIF “funciones corporales”, las categorías adicionales pertenecían a 5 capítulos, pero la mayoría de conceptos identificados eran ambiguos y estaban vinculados a “categorías no especificadas” (terminadas en “9”). Sin embargo, un grupo de categorías de la CIF sí que pudo vincularse más consistentemente al capítulo “b1 Funciones mentales”, que abarca aspectos del funcionamiento que pueden considerarse transversales a conceptos como el dolor (por ejemplo, “b152 Funciones emocionales”) y el movimiento (por ejemplo, “b130 Funciones energéticas y motrices”). Estudios sobre la calidad del movimiento [126] y el dolor crónico [205,206] apoyan estas relaciones y podrían explicar la emergencias de estas categorías en relación a fenómenos como las conductas de evitación por miedo, la kinesiofobia y el catastrofismo [207-209].

La identificación de categorías adicionales de la CIF para el componente “estructuras corporales” siguió el mismo patrón que el explicado anteriormente para el componente “funciones corporales”. Las categorías de la CIF pertenecientes al capítulo “s7 Estructuras relacionadas con el movimiento” fueron expresadas de forma precisa en

los grupos focales. Sin embargo, varias categorías referidas a estructuras no musculoesqueléticas (por ejemplo, los sistemas nervioso, cardiovascular, respiratorio, digestivo o endocrino) también surgieron en términos más vagos. Los pacientes en un entorno de AP a menudo se ven afectados por múltiples comorbilidades y pueden considerar que la fisioterapia también puede ser beneficiosa para ellos. Estos beneficios potenciales están respaldados en la bibliografía, como demuestran Bricca et al. [210] al investigar el impacto del tratamiento con ejercicio sobre enfermedades como la hipertensión, la diabetes de tipo 2 o la depresión, entre otras patologías no musculoesqueléticas. También podría existir una relación subyacente entre afecciones musculoesqueléticas y no musculoesqueléticas, ya que se ha observado que el grado de discapacidad en pacientes con dolor musculoesquelético está relacionado en parte con dolencias no musculoesqueléticas [211].

En cuanto a los “factores ambientales”, la principal conclusión que puede extraerse de este estudio es la importancia atribuida por los participantes a los aspectos relacionados con el capítulo de la CIF “e5 Servicios, sistemas y políticas”, como pueden ser los servicios básicos para el suministro de bienes, la planificación de espacios abiertos o el transporte. Esto podría responder a las preocupaciones de los habitantes de las zonas rurales que vienen observando un deterioro de los servicios públicos en una región caracterizada por una elevada tasa de envejecimiento, una baja densidad de población y una gran dispersión en pequeños núcleos de población [212].

Aunque no están desarrolladas en la CIF, el componente “factores personales” fue clasificado siguiendo la propuesta de Geyh et al. [132]. Las principales categorías identificadas en este estudio fueron “i110 Edad”, “i150 Nivel educativo”, “i160 Nivel económico”, “i310 Acontecimientos vitales”, “i410 Emociones”, “i420 Estados de ánimo”, “i530 Actitudes personales”, “i540 Creencias personales”, “i630 Objetivos personales”, “i740 Patrones de conducta y conductas de gestión”. Como afirman algunos autores, estos factores son relevantes por el impacto que tienen en la relación terapeuta-paciente [193] y en la satisfacción del paciente [213]. Además, se ha observado que una gestión adecuada de los factores contextuales es necesaria para lograr una adherencia adecuada al tratamiento con el fin de conseguir mejores resultados en salud [214].

En resumen, los hallazgos de este estudio proporcionan información relevante sobre la perspectiva del paciente acerca de las deficiencias funcionales en afecciones musculoesqueléticas postagudas. A pesar del desarrollo de varios conjuntos básicos de la CIF dirigidos a disfunciones musculoesqueléticas, faltan estudios dirigidos a validarlos [148]. Según estos resultados, el conjunto básico de la CIF para las afecciones musculoesqueléticas postagudas ha mostrado una validez de contenido adecuada. Sin embargo, varias áreas de funcionamiento han quedado fuera del ámbito del conjunto básico de la CIF analizado, por lo que su aplicabilidad en un entorno de AP sigue sin estar clara.

Dado que la AP tiene características diferenciales, la falta de herramientas específicas basadas en la CIF podría ser un obstáculo para el desarrollo de una atención centrada en la persona. Este tipo de enfoque se defiende cada vez más y actualmente es considerado como la piedra angular para lograr una adecuada asistencia sanitaria en casos de dolor musculoesquelético [215]. A pesar de su potencial para mejorar el funcionamiento y la calidad de vida de los pacientes, se ha demostrado que la atención centrada en la persona no se ha implantado plenamente en las prácticas de rehabilitación [216]. Por lo tanto, una mejor comprensión de la perspectiva del paciente es clave para diseñar intervenciones de fisioterapia basadas en la comunidad que satisfagan sus necesidades.

4.4.1. Limitaciones del estudio

Las limitaciones de este estudio incluyen posibles sesgos derivados de las características de la muestra y del proceso de vinculación con la CIF. El tamaño de la muestra suele ser pequeño en la investigación cualitativa a través de grupos focales y depende más de la cantidad de información obtenida que del número de participantes. Para maximizar la recogida de datos, se eligió un nivel de saturación del 100%. Sin embargo, no está claro si la realización de un noveno grupo focal habría proporcionado información adicional. Además, los participantes en este estudio sólo eran españoles, por lo que habría que tener en cuenta las implicaciones culturales que tendría la extrapolación de estos resultados a otras poblaciones. En relación con el proceso de vinculación de la CIF, fue llevado a cabo por dos investigadores y se encontró un buen nivel de acuerdo. Sin embargo, aunque se han establecido reglas de vinculación para

este proceso [158], es posible que otros investigadores hubieran tomado decisiones diferentes en cuanto a la selección de categorías.

4.4.2. Conclusiones

Como conclusión, los hallazgos de este estudio contribuyen a una mejor comprensión de los aspectos más relevantes del funcionamiento en pacientes que sufren afecciones musculoesqueléticas. La experiencia del paciente ha sido descrita utilizando el lenguaje de la CIF, lo que permite comparar los aspectos que le son más relevantes con los contemplados en el conjunto básico de la CIF tomado como referencia. Este conocimiento podría aplicarse para desarrollar un conjunto básico adaptado a las UFAP, incluyendo los aspectos que resultaron estar ausentes y que están estrechamente relacionados con el contexto asistencia de la AP.

4.5. Tablas

Tabla 11. Preguntas abiertas realizadas a los participantes en los grupos de discusión	
Preguntas abiertas	Componente de la CIF
1. Si piensa en su cuerpo y en su mente, ¿qué cree que no funciona como debería?	Funciones corporales
2. Si piensa en su cuerpo, ¿en qué partes considera que están sus problemas?	Estructura corporales
3. Si piensa en su vida cotidiana, ¿cuáles son los problemas que experimenta?	Actividades y Participación
4. Si piensa en su entorno y en sus condiciones de vida,:	Factores ambientales
¿qué cosas le parecen útiles o le sirven de apoyo?	
¿qué obstáculos encuentra?	
CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud	

Tabla 12. Esquema del análisis cualitativo de los datos		
	Concepto	Categoría de la CIF
Transcripción	Análisis cualitativo (unidad de significado)	Procedimiento de vinculación a la CIF
<i>Moderador: “Si pensáis en vuestra vida diaria, ¿cuáles son vuestros problemas?”</i>		
Paciente A: “Me tenían que ayudar a subir escaleras, era imposible para mí subirlas solo”.	Problemas para subir escaleras Necesidad de ayuda	d210, d455 e399, e575
Paciente B: “Para andar, andar alrededor del edificio, alguien tenía que venir conmigo”.	Problemas para andar	d450, d460
Paciente C: “El dolor, tenía mucho dolor”.	Dolor	b280
CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud		

Tabla 13. Descripción de la muestra y de los grupos focales	
Tamaño de la muestra, <i>n</i>	43
Edad, <i>media</i> (desviación típica)	58,3 (11,8)
Sexo, <i>n</i> (%)	
Masculino, <i>n</i> (%)	11 (25,6)
Femenino, <i>n</i> (%)	32 (74,4)
Nivel de educación, <i>n</i> (%)	
Bajo, <i>n</i> (%)	1 (2,3)
Medio, <i>n</i> (%)	33 (76,7)
Alto, <i>n</i> (%)	9 (20,9)
Estado laboral, <i>n</i> (%)	
Empleado por cuenta propia o ajena, <i>n</i> (%)	26 (60,5)
Desempleado/Estudiante, <i>n</i> (%)	4 (9,3)
Jubilado, <i>n</i> (%)	13 (30,2)
Afección por la que fue derivado a fisioterapia, <i>n</i> (%)	
Omalgia, <i>n</i> (%)	11 (25,6)
Dolor espinal (por ejemplo, lumbalgia), <i>n</i> (%)	8 (18,6)
Tendinopatía (por ejemplo, epicondilalgia), <i>n</i> (%)	8 (18,6)
Artrosis (diferentes localizaciones como manos, cadera o rodilla), <i>n</i> (%)	5 (11,6)
Esguince de tobillo, <i>n</i> (%)	4 (9,3)
Mialgia, <i>n</i> (%)	3 (7,0)
Otros, <i>n</i> (%)	4 (9,3)
Número de grupos focales, <i>n</i>	8
Participantes en cada grupo, <i>media</i> (<i>rango</i>)	5 (4 – 6)
Duración de las sesiones, <i>media</i> <i>hh:mm</i> (<i>rango</i>)	00:46 (00:40 – 00:53)
CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud n: número %: porcentaje hh: horas mm: minutos	

Tabla 14. Categorías de segundo nivel de la CIF en el conjunto básico completo para afecciones musculoesqueléticas postagudas y su identificación durante las sesiones de grupos focales.

Código CIF	Categoría de la CIF	Grupo focal	Frecuencia
b130	Funciones relacionadas con la energía y los impulsos	1º	7
b134	Funciones del sueño (A)	1º	7
b152	Funciones emocionales	3º	6
b260	Función propioceptiva (A)	3º	1
b270	Funciones sensoriales relacionadas con la temperatura y otros estímulos	4º	2
b280	Sensación de dolor (A)	1º	8
b415	Funciones de los vasos sanguíneos	2º	1
b435	Funciones del sistema inmunológico (A)	3º	1
b440	Funciones respiratorias	3º	1
b455	Funciones relacionadas con la tolerancia al ejercicio	1º	3
b525	Funciones relacionadas con la defecación	3º	2
b530	Funciones relacionadas con el mantenimiento del peso (A)	3º	3
b620	Funciones urinarias (A)	2º	2
b710	Funciones relacionadas con la movilidad de las articulaciones	2º	7
b715	Funciones relacionadas con la estabilidad de las articulaciones	-	0
b730	Funciones relacionadas con la fuerza muscular (A)	1º	7
b735	Funciones relacionadas con el tono muscular	5º	1
b740	Funciones relacionadas con la resistencia muscular (A)	4º	3
b755	Funciones relacionadas con los reflejos de movimiento involuntario (A)	2º	5
b760	Funciones relacionadas con el control de los movimientos voluntarios	3º	6
b770	Funciones relacionadas con el patrón de la marcha	4º	3
b780	Sensaciones relacionadas con los músculos y las funciones del movimiento (A)	2º	6
b810	Funciones protectoras de la piel	-	0
s710	Estructura de la cabeza y de la región del cuello	1º	7
s720	Estructura de la región del hombro	1º	7
s730	Estructura de la extremidad superior	2º	7
s740	Estructura de la región pélvica	4º	2
s750	Estructura de la extremidad inferior	1º	8
s760	Estructura del tronco	1º	8

CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud
(A): Categoría de la CIF que también pertenece a la versión abreviada
En negrita: Categorías de la CIF no confirmadas por los grupos focales.

Tabla 14 (continuación). Categorías de segundo nivel de la CIF en el conjunto básico completo para afecciones musculoesqueléticas postagudas y su identificación durante las sesiones de grupos focales.

s810	Estructura de las áreas de la piel	-	0
d155	Adquisición de habilidades (A)	1º	4
d177	Tomar decisiones (A)	3º	4
d230	Llevar a cabo rutinas diarias (A)	3º	3
d240	Manejo del estrés y otras demandas psicológicas (A)	1º	8
d310	Comunicación-recepción de mensajes hablados	3º	1
d410	Cambiar las posturas corporales básicas (A)	5º	3
d415	Mantener la posición del cuerpo (A)	1º	7
d420	“Transferir el propio cuerpo”	6º	1
d430	Levantar y llevar objetos (A)	4º	5
d440	Uso fino de la mano	3º	3
d445	Uso de la mano y el brazo (A)	5º	3
d450	Andar (A)	2º	7
d460	Desplazarse por distintos lugares	1º	6
d465	Desplazarse utilizando algún tipo de equipamiento (A)	6º	1
d510	Lavarse (A)	5º	2
d520	Cuidado de partes del cuerpo (A)	5º	4
d530	Higiene personal relacionada con los procesos de excreción (A)	5º	3
d540	Vestirse (A)	4º	4
d550	Comer (A)	3º	2
d560	Beber	3º	2
d570	Cuidado de la propia salud	1º	6
d760	Relaciones familiares	5º	1
e110	Productos o sustancias para el consumo personal (A)	2º	7
e115	Productos y tecnología para uso personal en la vida diaria (A)	1º	7
e120	Productos y tecnología para la movilidad y el transporte personal en espacios cerrados y abiertos (A)	2º	3
e125	Productos y tecnología para la comunicación	3º	1
e150	Diseño, construcción, materiales de construcción y tecnología arquitectónica para edificios de uso público	3º	3
e225	Clima (A)	3º	4
e310	Familiares cercanos	1º	7
CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (A): Categoría de la CIF que también pertenece a la versión abreviada En negrita: Categorías de la CIF no confirmadas por los grupos focales.			

Tabla 14 (continuación). Categorías de segundo nivel de la CIF en el conjunto básico completo para afecciones musculoesqueléticas postagudas y su identificación durante las sesiones de grupos focales.			
Código CIF	Categoría de la CIF	Grupo focal	Frecuencia
e320	Amigos	1º	5
e340	Cuidadores y personal de ayuda	4º	2
e355	Profesionales de la salud (A)	1º	8
e410	Actitudes individuales de miembros de la familia cercana	1º	3
e420	Actitudes individuales de amigos	1º	3
e430	Actitudes individuales de personas en cargos de autoridad	1º	3
e440	Actitudes individuales de cuidadores y personal de ayuda	4º	1
e450	Actitudes individuales de profesionales de la salud (A)	1º	8
e555	Servicios, sistemas y políticas de asociación y organización	5º	2
e575	Servicios, sistemas y políticas de apoyo social general	3º	3
e580	Servicios, sistemas y políticas sanitarias	1º	8

CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud
 (A): Categoría de la CIF que también pertenece a la versión abreviada
 En negrita: Categorías de la CIF no confirmadas por los grupos focales.

Tabla 15. Categorías de segundo nivel de la CIF (estructuras corporales) identificadas no incluidas en el conjunto básico de la CIF para afecciones musculoesqueléticas postagudas

Código CIF	Categoría CIF	Capítulo
s120	Médula espinal y estructuras relacionadas	s1 Estructuras del sistema nervioso
s199	Estructura del sistema nervioso, no especificada	s1 Estructuras del sistema nervioso
s410	Estructura del sistema cardiovascular	s4 Estructuras de los sistemas cardiovascular, inmunológico y respiratorio
s430	Estructura del sistema respiratorio	s4 Estructuras de los sistemas cardiovascular, inmunológico y respiratorio
s540	Estructura del intestino	s5 Estructuras relacionadas con los sistemas digestivo, metabólico y endocrino
s599	Estructuras relacionadas con los sistemas digestivo, metabólico y endocrino, no especificadas	s5 Estructuras relacionadas con los sistemas digestivo, metabólico y endocrino
s620	Estructura del suelo pélvico	s6 Estructuras relacionadas con el sistema genitourinario y el sistema reproductor
s770	Estructuras musculoesqueléticas adicionales relacionadas con el movimiento	s7 Estructuras relacionadas con el movimiento

CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud

ND: No disponible

Tabla 16. Categorías de segundo nivel de la CIF (funciones corporales) identificadas no incluidas en el conjunto básico de la CIF para afecciones musculoesqueléticas postagudas

Código CIF	Categoría CIF	Capítulo	Tema
b126	Funciones del temperamento y la personalidad	b1 Funciones mentales	Funciones mentales globales
b140	Funciones de la atención	b1 Funciones mentales	Funciones mentales específicas
b156	Funciones de la percepción	b1 Funciones mentales	Funciones mentales específicas
b160	Funciones del pensamiento	b1 Funciones mentales	Funciones mentales específicas
b164	Funciones cognitivas superiores	b1 Funciones mentales	Funciones mentales específicas
b180	Experiencias relacionadas con uno mismo y con el tiempo	b1 Funciones mentales	Funciones mentales específicas
b199	Funciones mentales, no especificadas	b1 Funciones mentales	Otras
b235	Función vestibular	b2 Funciones sensoriales y dolor	Funciones auditivas y vestibulares
b265	Funciones táctiles	b2 Funciones sensoriales y dolor	Funciones sensoriales adicionales
b289	Sensación de dolor, otra especificada y no especificada (alodinia)	b2 Funciones sensoriales y dolor	Dolor (otros)
b289	Sensación de dolor, otra especificada y no especificada (migraña)	b2 Funciones sensoriales y dolor	Dolor (otros)
b429	Funciones del sistema cardiovascular, otras especificadas y no especificadas	b4 Funciones de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio	Funciones del sistema cardiovascular
b499	Funciones de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio, no especificadas	b4 Funciones de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio	Otros

CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud

ND: No disponible

Tabla 16 (continuación). Categorías de segundo nivel de la CIF (funciones corporales) identificadas no incluidas en el conjunto básico de la CIF para afecciones musculoesqueléticas postagudas

Código CIF	Categoría CIF	Capítulo	Tema
b539	Funciones relacionadas con el sistema digestivo, otras especificadas y no especificadas	b5 Funciones de los sistemas digestivo, metabólico y endocrino	Funciones relacionadas con el sistema digestivo
b559	Funciones relacionadas con el metabolismo y el sistema endocrino, otras especificadas y no especificadas	b5 Funciones de los sistemas digestivo, metabólico y endocrino	Funciones relacionadas con el metabolismo y el sistema endocrino
b720	Funciones relacionadas con la movilidad de los huesos	b7 Funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento	Funciones de las articulaciones y los huesos
b749	Funciones musculares, otras especificadas y no especificadas	b7 Funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento	Funciones musculares
b799	Funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento, no especificadas	b7 Funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento	Otras

CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud

ND: No disponible

Tabla 17. Categorías de segundo nivel de la CIF (actividades y participación) identificadas no incluidas en el conjunto básico de la CIF para afecciones musculoesqueléticas postagudas

Código CIF	Categoría CIF	Capítulo	Tema
d137	Adquisición de conceptos	d1 Aprendizaje y aplicación del conocimiento	Aprendizaje básico
d138	Adquisición de información	d1 Aprendizaje y aplicación del conocimiento	Aprendizaje básico
d160	Centrar la atención	d1 Aprendizaje y aplicación del conocimiento	Aplicación del conocimiento
d166	Leer	d1 Aprendizaje y aplicación del conocimiento	Aplicación del conocimiento
d175	Resolver problemas	d1 Aprendizaje y aplicación del conocimiento	Aplicación del conocimiento
d179	Aplicación del conocimiento, otra especificada y no especificada	d1 Aprendizaje y aplicación del conocimiento	Aplicación del conocimiento
d210	Llevar a cabo una única tarea	d2 Tareas y demandas generales	ND
d330	Hablar	d3 Comunicación	Comunicación - recepción
d350	Conversación	d3 Comunicación	Conversación y utilización de aparatos y técnicas de comunicación
d360	Utilización de dispositivos y técnicas de comunicación	d3 Comunicación	Conversación y utilización de aparatos y técnicas de comunicación
d399	Comunicación, no especificada	d3 Comunicación	Conversación y utilización de aparatos y técnicas de comunicación

CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud
 ND: No disponible

Tabla 17 (continuación). Categorías de segundo nivel de la CIF (actividades y participación) identificadas no incluidas en el conjunto básico de la CIF para afecciones musculoesqueléticas postagudas

Código CIF	Categoría CIF	Capítulo	Tema
d429	Cambiar y mantener la posición del cuerpo, otra especificada y no especificada	d4 Movilidad	Cambiar y mantener la posición del cuerpo
d449	Llevar, mover y usar objetos, otro especificado y no especificado	d4 Movilidad	Llevar, mover y usar objetos
d455	Desplazarse por el entorno	d4 Movilidad	Andar y moverse
d470	Utilización de medios de transporte	d4 Movilidad	Desplazarse utilizando medios de transporte
d475	Conducción	d4 Movilidad	Desplazarse utilizando medios de transporte
d499	Movilidad, no especificado	d4 Movilidad	Otros
d598	Autocuidado, otro especificado (confinamiento)	d5 Autocuidado	ND
d599	Autocuidado, no especificado	d5 Autocuidado	ND
d620	Adquisición de bienes y servicios	d6 Vida doméstica	Adquisición de lo necesario para vivir
d630	Preparar comidas	d6 Vida doméstica	Tareas del hogar
d640	Realizar los quehaceres de la casa	d6 Vida doméstica	Tareas del hogar
d649	Tareas del hogar, otras especificadas y no especificadas	d6 Vida doméstica	Tareas del hogar
d650	Cuidado de los objetos del hogar	d6 Vida doméstica	Cuidado de los objetos del hogar y ayudar a los demás
d660	Ayudar a los demás	d6 Vida doméstica	Cuidado de los objetos del hogar y ayudar a los demás

CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud

Tabla 17 (continuación). Categorías de segundo nivel de la CIF (actividades y participación) identificadas no incluidas en el conjunto básico de la CIF para afecciones musculoesqueléticas postagudas

Código CIF	Categoría CIF	Capítulo	Tema
d699	Vida doméstica, no especificadas	d6 Vida doméstica	Otros
d710	Interacciones interpersonales básicas	d7 Interacciones y relaciones interpersonales	Interacciones interpersonales generales
d720	Interacciones interpersonales complejas	d7 Interacciones y relaciones interpersonales	Interacciones interpersonales generales
d750	Relaciones sociales informales	d7 Interacciones y relaciones interpersonales	Interacciones interpersonales particulares
d770	Relaciones íntimas	d7 Interacciones y relaciones interpersonales	Interacciones interpersonales particulares
d779	Relaciones interpersonales particulares, otras especificadas y no especificadas	d7 Interacciones y relaciones interpersonales	Interacciones interpersonales particulares
d830	Educación superior	d8 Áreas principales de la vida	Educación
d839	Educación, otra especificada y no especificada	d8 Áreas principales de la vida	Educación
d850	Trabajo remunerado	d8 Áreas principales de la vida	Trabajo y empleo
d859	Trabajo y empleo, otro especificado y no especificado	d8 Áreas principales de la vida	Trabajo y empleo
d870	Autosuficiencia económica	d8 Áreas principales de la vida	Vida económica
d879	Vida económica, otra especificada y no especificada	d8 Áreas principales de la vida	Vida económica
d910	Vida comunitaria	d9 Vida comunitaria, social y cívica	ND
d920	Tiempo libre y ocio	d9 Vida comunitaria, social y cívica	ND
d999	Vida comunitaria, social y cívica, no especificada	d9 Vida comunitaria, social y cívica	ND

CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud

ND: No disponible

Tabla 18. Categorías de segundo nivel de la CIF (factores ambientales) identificadas no incluidas en el conjunto básico de la CIF para afecciones musculoesqueléticas postagudas

Código CIF	Categoría CIF	Capítulo
e135	Productos y tecnología para el empleo	e1 Productos y tecnología
e140	Productos y tecnología para las actividades culturales, recreativas y deportivas	e1 Productos y tecnología
e155	Diseño, construcción, materiales de construcción y tecnología arquitectónica para edificios de uso privado	e1 Productos y tecnología
e160	Productos y tecnología relacionados con el uso/explotación del suelo	e1 Productos y tecnología
e165	Pertenencias	e1 Productos y tecnología
e210	Geografía física	e2 Entorno natural y cambios en el entorno derivados de la actividad humana
e215	Población	e2 Entorno natural y cambios en el entorno derivados de la actividad humana
e325	Conocidos, compañeros, colegas, vecinos y miembros de la comunidad	e3 Apoyo y relaciones
e330	Personas en cargos de autoridad	e3 Apoyo y relaciones
e360	Otros profesionales	e3 Apoyo y relaciones
e399	Apoyo y relaciones, no especificados	e3 Apoyo y relaciones
e425	Actitudes individuales de conocidos, compañeros, colegas, vecinos y miembros de la comunidad	e4 Actitudes
e445	Actitudes individuales de extraños	e4 Actitudes

CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud

Tabla 18 (continuación). Categorías de segundo nivel de la CIF (factores ambientales) identificadas no incluidas en el conjunto básico de la CIF para afecciones musculoesqueléticas postagudas

Código CIF	Categoría CIF	Capítulo
e455	Actitudes individuales de profesionales “relacionados con la salud”	e4 Actitudes
e460	Actitudes sociales	e4 Actitudes
e499	Actitudes, no especificadas	e4 Actitudes
e510	Servicios, sistemas y políticas de producción de artículos de consumo	e5 Servicios, sistemas y políticas
e515	Servicios, sistemas y políticas de arquitectura y construcción	e5 Servicios, sistemas y políticas
e520	Servicios, sistemas y políticas de planificación de los espacios abiertos	e5 Servicios, sistemas y políticas
e540	Servicios, sistemas y políticas de transporte	e5 Servicios, sistemas y políticas
e550	Servicios, sistemas y políticas legales	e5 Servicios, sistemas y políticas
e570	Servicios, sistemas y políticas de seguridad social	e5 Servicios, sistemas y políticas
e590	Servicios, sistemas y políticas laborales y de empleo	e5 Servicios, sistemas y políticas

CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud

PERSPECTIVA DEL INVESTIGADOR

**Revisión de alcance de la
literatura científica**

5. La perspectiva del investigador. Revisión de alcance de la literatura científica

La perspectiva del investigador fue analizada por medio de una revisión de alcance de la literatura científica. En este capítulo se expone la metodología utilizada en este estudio, los resultados obtenidos y una discusión sobre los principales hallazgos [217].

5.1. Objetivos del estudio

El objetivo de este estudio fue describir, en términos de la CIF, la perspectiva del investigador sobre el tratamiento de las afecciones musculoesqueléticas en un contexto asistencial de fisioterapia de AP. Los objetivos específicos fueron:

- Identificar los conceptos de funcionamiento más frecuentes incluidos en las medidas de resultado utilizadas en la investigación sobre dicho contexto asistencial.
- Comparar los conceptos identificados en relación al funcionamiento con los presentes en el conjunto básico de la CIF para afecciones musculoesqueléticas postagudas.
- Evaluar la capacidad de las medidas de resultados identificadas para cubrir los aspectos de funcionamiento incluidos en el conjunto básico de la CIF tomado como referencia.
- Determinar, a partir del análisis de las medidas de resultado usadas en investigación sobre enfermedades musculoesqueléticas, qué categorías adicionales podrían ser incluidas en el desarrollo de un conjunto básico de la CIF específico para las UFAP.

5.2. Materiales y métodos

5.2.1. Diseño del estudio

Esta revisión se realizó siguiendo la metodología descrita por la *ICF Research Branch* [147] y se compuso de cinco partes: a) selección de estudios de búsqueda bibliográfica,

b) extracción de conceptos relevantes, c) vinculación de los conceptos a la CIF, d) análisis de frecuencias; y e) comparación con el conjunto básico de la CIF para afecciones musculoesqueléticas postagudas. La estrategia de búsqueda seleccionada y los métodos de análisis de esta revisión se registraron en la base de datos PROSPERO (ref: CRD42020156209, ver ANEXO 8). El informe se redactó siguiendo las directrices de la lista de verificación *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews* [218].

5.2.2. Búsqueda bibliográfica

La búsqueda bibliográfica se realizó utilizando las siguientes bases de datos electrónicas: PubMed (MEDLINE), CINAHL, Web of Science, Scopus y PEDro. Los estudios considerados para ser incluidos en esta revisión debían haber sido publicados entre enero de 2012 y junio de 2022, en inglés o castellano. Los principales descriptores y palabras clave utilizados en las bases de datos fueron: “afecciones musculoesqueléticas”, “atención primaria de salud”, “fisioterapia”, “funciones corporales”, “estructuras corporales”, “actividades y participación”, “factores ambientales” y “Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud”. La combinación de los mismos y las estrategias de búsqueda efectuadas pueden consultarse en la Tabla 19.

5.2.3. Selección de estudios

Los estudios fueron seleccionados tomando como referencia el formato PICOS (población, intervención, comparación, resultados y diseño del estudio). El apartado de “comparación” no se consideró relevante para los objetivos de esta revisión, por lo que no fue tenido en cuenta. De esta forma, los criterios de inclusión fueron los expuestos a continuación:

- Población: pacientes mayores de 18 años con problemas musculoesqueléticos, procedentes de países de Occidente (Estados Unidos de América, Canadá, Australia, Nueva Zelanda, Reino Unido, Unión Europea y países miembros de la Asociación Europea de Libre Comercio, como Noruega o Suiza).

- Intervención: aplicación de una intervención de fisioterapia en un contexto sanitario de AP.
- Resultados: aspectos relacionados con el funcionamiento, según la definición de la CIF.
- Diseño del estudio: estudios experimentales (ensayos controlados aleatorizados y/o ensayos clínicos controlados) y observacionales (estudios transversales, de cohortes y/o cualitativos).

Se aplicaron los siguientes criterios de exclusión: a) estudios basados en problemas de salud específicos (por ejemplo, diabetes), b) estudios cuya muestra no era representativa de la población general (es decir, los participantes habían sido seleccionados en función de su edad, sexo, raza, nacionalidad, etc.), c) estudios que incluyeron a participantes hospitalizados, y d) estudios cuyo diseño fuera alguno de los siguientes: revisiones sistemáticas, metaanálisis, informes de caso, tesis doctorales, cartas, comentarios o editoriales.

Los resultados de las búsquedas se recopilaron en *LibreOffice Calc* (versión: 7.3.3.2. *The Document Foundation*. Debian y Ubuntu) y se eliminaron los registros duplicados. La elegibilidad de las publicaciones fue comprobada en dos rondas mediante escrutinio del título (primera ronda) y del resumen (segunda ronda). Dos investigadores realizaron este procedimiento de forma independiente. Se calculó el estadístico kappa de Cohen para medir la fiabilidad interinvestigador en este proceso. En caso de discrepancias, se consultó a un tercer investigador hasta alcanzar un consenso. Posteriormente, se obtuvo una copia a texto completo de los estudios seleccionados para su lectura.

5.2.4. Extracción de conceptos relevantes

La información relevante de los estudios seleccionados se recopiló utilizando un formulario de recogida de datos diseñado a tal efecto. Los ítems incluidos fueron: a) país donde se llevó a cabo el estudio, b) diseño de la investigación, c) tamaño de la muestra, d) características de los participantes (edad y condición de salud); y e) instrumentos de valoración utilizados como medidas de resultado.

Los datos fueron extraídos de forma independiente, utilizando dicho formulario, por los dos mismos investigadores mencionados anteriormente. Se revisaron todas las discrepancias y se llegó a un acuerdo tras discutir las posturas enfrentadas. En caso de no alcanzarse dicho acuerdo, se consultó a un tercer investigador que tomaba decisiones informadas tras escuchar a ambas partes. Se extrajeron los instrumentos de valoración utilizados como medidas de resultado en cada uno de los estudios seleccionados, contabilizando la frecuencia con la que habían sido utilizados. Las medidas de resultado se clasificaron siguiendo los siguientes criterios: a) su número de ítems (únicos o múltiples); y b) su orientación: autoinformados por el paciente, utilizados en la valoración clínica o medidas no instrumentalizadas (por ejemplo, preguntas orientadas a un solo paciente). Los elementos que componían cada medida de resultado fueron extraídos para su posterior vinculación a la CIF.

5.2.5. Vinculación de los conceptos a la CIF

El proceso de vinculación consiste en traducir los conceptos relevantes identificados en las medidas de resultado a categorías de 2º nivel de la CIF. Para ello, se tomó como referencia el trabajo de Cieza et al. [158], y se consultó la herramienta *ICF-eLearning Tool* de la OMS [136] (www.icf-elearning.com; acceso el 7 de diciembre de 2022) sobre la CIF.

Los conceptos significativos fueron identificados a partir de los ítems extraídos de las medidas de resultado utilizadas en los estudios incluidos en esta revisión. Un concepto se definió como una entidad de significado independiente; pudiendo identificarse uno o más conceptos a partir de un único ítem. Posteriormente, los conceptos significativos se vincularon a la categoría más precisa de la CIF en los componentes de “funciones corporales” (b), “estructuras corporales” (s), “actividades y participación” (d) y “factores ambientales” (e). Los conceptos también se vincularon a “factores personales” (pf), aunque éstos aún no están clasificados en la CIF. En caso de que un concepto fuera demasiado general o vago, se le asignó el código “nd” (no definido). Del mismo modo, si la información quedaba fuera del ámbito de la CIF, se utilizaba el código “nc” (no cubierto).

El proceso de vinculación fue realizado de forma independiente por los dos revisores anteriores. Los resultados se compararon y los desacuerdos se resolvieron mediante discusión. De la misma forma que para la selección de artículos, las discrepancias se discutieron con un tercer revisor hasta llegar a un acuerdo final. El nivel de acuerdo entre revisores para este proceso fue calculado utilizando el estadístico kappa de Cohen.

5.2.6. Análisis de frecuencias

La relevancia de las categorías de la CIF vinculadas a las medidas de resultado fue valorada mediante un análisis de frecuencias. Si una categoría era repetidamente asignada en una misma medida de resultado, era contada una única vez.

5.2.7. Comparación con el conjunto básico de la CIF para afecciones musculoesqueléticas postagudas

Las categorías obtenidas en los procesos anteriores fueron comparadas con las presentes en el conjunto básico completo de la CIF para afecciones musculoesqueléticas postagudas [150]. Este conjunto básico está compuesto por 70 categorías de 2º nivel de la CIF (7 categorías pertenecientes al componente “estructuras corporales”, 23 al componente “funciones corporales”, 22 al de “actividades y participación” y, por último, 18 al de “factores ambientales”). Este conjunto básico de la CIF se utilizó como patrón de referencia para evaluar si las medidas de resultado identificadas son adecuadas para cubrir los aspectos esenciales del funcionamiento en la población estudiada.

También se registraron las categorías adicionales de la CIF identificadas, siempre que hubieran sido consideradas relevantes en el 5% o más de los estudios seleccionados [147]. Las categorías CIF adicionales se definieron como aquellas identificadas en las medidas de resultado pero no incluidas en el conjunto básico de CIF tomado como referencia.

5.3. Resultados

5.3.1. Selección de estudios

La búsqueda en la literatura científica arrojó un total de 540 publicaciones potencialmente relevantes. Se eliminaron 95 publicaciones por tratarse de registros duplicados. En el proceso de cribado, 256 artículos fueron descartados por el título y 117 tras la lectura del resumen. Los 72 artículos restantes se cribaron mediante una lectura del texto completo y 51 se incluyeron en el análisis [108,219-268]. La Figura 5 muestra el diagrama de flujo de este proceso. El coeficiente kappa de Cohen fue de 0,76 [IC95%: 0,67-0,85].

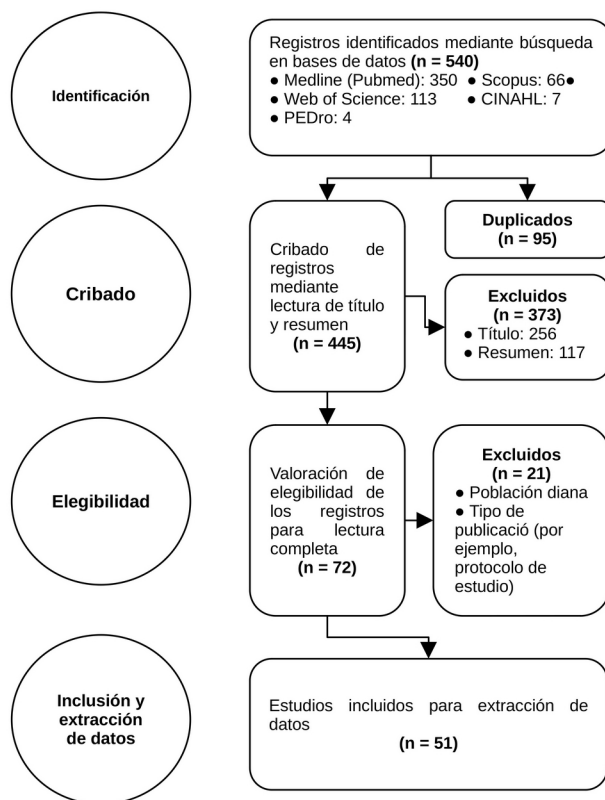


Figura 5. Flujograma del proceso de búsqueda bibliográfica

5.3.2. Características de los estudios

Los estudios incluidos fueron realizados en un total de 14 países. La localización más frecuente fue Europa, con 66,7% del total: 34 estudios distribuidos en el Reino Unido (n

= 10); Noruega, España y Suecia (n = 5, cada uno); Dinamarca (n = 3); Países Bajos (n = 2) y Bélgica, Alemania, Irlanda e Italia (n = 1, cada uno). Oceanía representó el 17,6%: 9 en total, distribuidos en Australia (n = 6) y Nueva Zelanda (n = 3), y el 15,7% restante (n = 8) se realizaron en Norteamérica: Estados Unidos de América (n = 7) y Canadá (n = 1).

El tamaño de la muestra conjunta de estos estudios incluyó un total de 14 702 pacientes que padecían algún tipo de afección musculoesquelética. El trastorno más estudiado correspondió con dolor musculoesquelético inespecífico en diferentes localizaciones (como lumbalgia, cervicalgia u omalgia), identificándose en el 74,5% de los estudios. El siguiente problema de salud más relevante (19,6%) fueron los trastornos de tipo degenerativo (como la artrosis de cadera, rodilla o mano). Por último, el 5,9% de los estudios se centraron en síndromes de dolor específicos (como el síndrome subacromial, el codo de tenista o el síndrome del trocánter mayor).

En cuanto al diseño de los estudios, el 74,5% (n = 38) correspondieron a estudios experimentales. El ensayo controlado aleatorizado fue el diseño más frecuente, contabilizando el 94,7% (n = 36) de todos los estudios experimentales. Los estudios observacionales supusieron el 25,5% del total (n = 13), siendo los estudios de cohortes el diseño más habitual (ver Tabla 20).

5.3.3. Medidas de resultado

Se identificaron un total de 108 instrumentos de valoración a partir de los 51 estudios seleccionados. El 68,5% (74) de estas medidas era de tipo multicomponente (varios ítems, como el índice de discapacidad de Oswestry), mientras que el 31,5% restante eran herramientas unidimensionales (por ejemplo, la escala analógica visual). En la Tabla 21 se puede consultar una relación de las medidas de resultado más relevantes.

Estos instrumentos se clasificaron según el aspecto principal del funcionamiento que pretendían evaluar, siendo los más relevantes los siguientes: a) discapacidad (28 medidas de resultado), b) presencia de factores psicosociales (17 medidas de resultado), c) descripción del dolor (13 medidas de resultado), d) medidas físicas (9 medidas de resultado), e) rendimiento físico (9 medidas de resultado), f) calidad de vida (8 medidas de resultado), g) percepción global del cambio (2 medidas de resultado); y h) otros (22

medidas de resultado). En cuanto a las medidas de resultado, las más utilizadas en relación con las áreas del funcionamiento enumeradas anteriormente fueron, respectivamente: a) cuestionario de Roland Morris (11 estudios), b) cuestionario de creencias de miedo-evitación (en inglés, *Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire*, en 8 estudios), c) escala numérica de calificación del dolor (35 estudios), d) medida de la amplitud de movimiento (9 estudios), e) medida del nivel de actividad física (3 estudios), f) cuestionario EuroQoL-5D (12 estudios), g) calificación global del cambio (en inglés, *Global Rating of Change Score*, en 9 estudios); y h) medida indirecta de la recuperación (10 estudios).

5.3.4. Resultados de la vinculación a la CIF

Se extrajeron un total de 1129 conceptos a partir de las herramientas de valoración seleccionadas. De ellos, 1110 conceptos se vincularon a categorías de segundo nivel de la CIF, mientras que 19 no pudieron asignarse a ninguna categoría específica de la CIF porque estaban definidos de forma ambigua o quedaban fuera del ámbito de la clasificación. Estos conceptos fueron vinculados a 147 categorías de la CIF. El coeficiente Kappa para este proceso fue de 0,72 [IC95%: 0,65-0,79]. Por componentes de la CIF, 62 categorías (42,2%) pertenecían a “actividades y participación”, 55 (37,4%) a “funciones corporales”, 22 (15,0%) a “factores ambientales” y, por último, 8 (5,4%) categorías a “estructuras corporales”. Las categorías más mencionadas para cada componente fueron, respectivamente, “d450 Andar” (contada 90 veces), “b280 Sensación de dolor” (207), “e355 Profesionales de la salud” y “e580 Servicios, sistemas y políticas sanitarias” (73 ambas), y “s760 Estructura del tronco” (33).

En cuanto a los conceptos que no pudieron ser vinculados a la CIF, 11 de ellos correspondían a “factores personales” (por ejemplo, edad, sexo, índice de masa corporal, etc.). Debido a su ambigüedad, 4 conceptos fueron clasificados como “nd” (por ejemplo, el ítem “¿aceptaría un apretón de manos sin reticencias?” del índice funcional para artropatías de la mano puede dar lugar a múltiples interpretaciones y no se vinculó a una categoría específica de la CIF). Por último, otros 4 conceptos estaban relacionados con la CIF, pero no encajaban en ninguna categoría (por ejemplo, los eventos adversos o el número de visitas al médico generalista).

5.3.5. Comparación con el conjunto básico de la CIF para afecciones musculoesqueléticas postagudas

Las categorías de la CIF obtenidas a partir de los conceptos de funcionamiento identificados en las medidas de resultado coinciden en un 84,2% con las presentes en el conjunto básico de la CIF tomado como referencia. Las medidas de resultado identificadas en este estudio no pudieron cubrir 11 de las categorías presentes en el conjunto básico de la CIF. Estas categorías pertenecían al componente “factores ambientales” (“e125 Productos y tecnología para la comunicación”, “e225 Clima”, “e410 Actitudes individuales de miembros de la familia cercana”, “e420 Actitudes individuales de amigos”, “e440 Actitudes individuales de cuidadores y personal de ayuda”, “e555 Servicios, sistemas y políticas de asociación y organización”, “e575 Servicios, sistemas y políticas de apoyo social general”), “actividades y participación” (“d155 Adquisición de habilidades”, “d310 Comunicación-recepción de mensajes hablados”), “funciones corporales” (“b435 Funciones del sistema inmunológico”) y “estructuras corporales” (“s810 Estructura de las áreas de la piel”). La Tabla 22 muestra una relación entre las medidas de resultado y las categorías de la CIF en el conjunto básico breve de la CIF para afecciones musculoesqueléticas postagudas.

En la Tabla 23 se puede consultar la relevancia de las categorías incluidas en el conjunto básico completo de la CIF para afecciones musculoesqueléticas postagudas. Esta relevancia se deriva de la frecuencia con que cada categoría aparece representada en las medidas de resultado analizadas.

Además de lo anterior, se extrajeron un total de 87 categorías adicionales de la CIF a partir de las medidas de resultado analizadas. El umbral del 5% fue superado por 68 de estas categorías, por lo que fueron consideradas relevantes. Por componentes de la CIF, 41 categorías pertenecían a “actividades y participación”, 19 a “funciones corporales”, 7 a “factores ambientales” y 1 a “estructuras corporales”. Las categorías adicionales más relevantes para cada componente de la CIF fueron, respectivamente, “d859 Trabajo y empleo, otro especificado y no especificado” (identificada en el 86,3% de los estudios), “b720 Funciones relacionadas con la movilidad de los huesos” (82,4%), “e399 Apoyo y relaciones, no especificados” (25,5%) y “s770 Estructuras

musculoesqueléticas adicionales relacionadas con el movimiento” (5,9%). En la Tabla 24 puede consultarse la lista completa de estas categorías.

5.4. Discusión

Esta revisión de alcance ha identificado los conceptos relacionados con el funcionamiento más relevantes, desde la perspectiva del investigador, en el tratamiento de afecciones musculoesqueléticas en UFAP. Según los resultados de este estudio, el componente de la CIF “actividades y participación” fue el más ampliamente considerado, representando el 42,2% de todas las categorías identificadas (62 de un total de 147). Sin embargo, las categorías de la CIF más significativas resultaron pertenecer al componente “funciones corporales” (por ejemplo, “b280 Sensación de dolor” o “b710 Funciones relacionadas con la movilidad de las articulaciones” se contaron 207 y 104 veces, respectivamente).

La evaluación del dolor ha mostrado ser el aspecto del funcionamiento más importante en la valoración de estas condiciones de salud, con hasta 13 medidas de resultado identificadas con este fin. Además, cabe resaltar que las herramientas utilizadas no estaban únicamente orientadas a la descripción del dolor, sino también a identificar características relacionadas con su cronificación. Muestra de ello es la presencia de medidas de resultado dirigidas a discriminar el dolor nociplásico, como la detección de umbrales de dolor por presión, la presencia de sumación temporal o de modulación condicionada [205]. Este hallazgo está en consonancia con la definición multidimensional del dolor formulada por la *International Association for the Study of Pain* en 2020 [269]; y las recomendaciones de la *Initiative on Methods, Measurement, and Pain Assessment in Clinical Trials* [270]. También responde al importante impacto en términos de discapacidad que el dolor crónico como entidad clínica está teniendo en la población mundial en las últimas décadas [206,271].

La valoración del movimiento fue el segundo aspecto funcional más relevante considerado en las medidas de resultado analizadas. En términos de la CIF, el movimiento puede describirse mediante un amplio conjunto de categorías. Van Dijk et al. [126] han contribuido a aclarar esta cuestión mediante un estudio sobre la calidad del movimiento en pacientes con lumbalgia. Como han observado estos autores, el

movimiento es una entidad compleja que no sólo incluye aspectos estructurales (por ejemplo, articulaciones o músculos) y funcionales (control motor o propiocepción), sino que también implica importantes funciones mentales (percepción, motivación y emociones). La misma conclusión puede extraerse de los resultados de esta revisión, ya que todas las categorías de segundo nivel pertenecientes al capítulo de la CIF “b7 Funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento” fueron identificadas en las medidas de resultado analizadas. Esto confirma la importancia que la valoración del movimiento tiene para la Fisioterapia como disciplina, así como el papel central que juega en el tratamiento de trastornos musculoesqueléticos [98,119]. Este hallazgo está en consonancia con la contribución de Finger et al. [174], al describir dentro del marco de la CIF el perfil de los pacientes que reciben atención sanitaria por parte de fisioterapeutas.

Los aspectos psicosociales también han mostrado desempeñar un papel importante en la evaluación de trastornos musculoesqueléticos. Categorías de la CIF como “b130 Funciones relacionadas con la energía y los impulsos”, “b152 Funciones emocionales” y “b160 Funciones del pensamiento” (que incluye “b1602 Contenido del pensamiento”) se encuentran entre las más frecuentemente identificadas en las medidas de resultado utilizadas en la investigación sobre patología musculoesquelética. En el contexto de esta revisión, estas categorías pueden considerarse transversales a los conceptos de dolor y de movimiento descritos anteriormente. El catastrofismo, la kinesiofobia y las creencias de miedo-evitación son aspectos que se han descrito en el contexto del dolor crónico y pueden conducir a cambios conductuales que provocan trastornos del movimiento. La relación entre el dolor, la función y los factores psicosociales ya ha sido establecida por algunos autores [207-209], y son predictores de discapacidad y absentismo laboral [272].

En cuanto al componente de la CIF “actividades y participación”, las categorías pertenecientes a los capítulos “d4 Movilidad”, “d5 Autocuidado” y “d6 Vida doméstica” han sido ampliamente identificadas en los instrumentos de evaluación analizados. Estos aspectos son habitualmente recogidos en cuestionarios autoinformados por el paciente, a pesar de la controversia que la validez de este tipo de medidas de resultado suscita en la literatura científica [273]. En cuanto a categorías de la CIF aisladas, “d450 Andar” fue

la más frecuentemente identificada, lo cual es relevante desde el punto de vista del funcionamiento, ya que la velocidad de la marcha ha sido propuesta por algunos autores como predictor de discapacidad y calidad de vida [185,186].

En relación con el componente “factores ambientales”, se identificaron un total de 22 categorías de la CIF, aunque con una frecuencia sustancialmente inferior a la de los componentes mencionados anteriormente. Sólo 6 medidas de resultado pretendían evaluar de forma expresa un factor ambiental, por lo que el proceso de vinculación a la CIF tuvo que realizarse a partir de medidas de resultado que abordan este tema de forma indirecta. El aspecto identificado con mayor frecuencia fue la calidad de la asistencia sanitaria, que se conceptualizó como una combinación de las siguientes categorías de la CIF: “e355 Profesionales de la salud”, “e450 Actitudes individuales de profesionales de la salud”, y “e580 Servicios, sistemas y políticas sanitarias”. La falta de medidas de resultado específicas para evaluar los factores ambientales puede estar relacionada con la dificultad de conceptualizar este componente de la CIF. Como afirmaron Day et al. [190], aunque la CIF es un marco avanzado para describir el estado funcional en relación con la salud, el sistema de codificación actual puede no ser adecuado para describir el continuo facilitador-barrera.

Además, la información relacionada con el componente “estructuras corporales” permitió vincular todas las categorías del capítulo de la CIF “s7 Estructuras relacionadas con el movimiento” y la categoría “s120 Médula espinal y estructuras relacionadas”. Sin embargo, no podemos considerar este hallazgo suficientemente relevante porque la frecuencia para estas categorías fue baja. Por otra parte, la identificación de regiones corporales es altamente dependiente de la población diana de los estudios seleccionados. Por ejemplo, la categoría más frecuente fue “s760 Estructura del tronco”, pero esto podría deberse al hecho de que 18 estudios (35,3%) incluían pacientes con lumbalgia. Por este motivo, la categoría de la CIF “s770 Estructuras musculoesqueléticas adicionales relacionadas con el movimiento” es más versátil e inclusiva para el propósito de la revisión, ya que considera las estructuras corporales de forma inespecífica (huesos, articulaciones, músculos, ligamentos, etc.), en comparación con el resto de categorías de este capítulo que se basan en regiones anatómicas.

Por último, los “factores personales” no se analizaron en esta revisión porque este componente aún no se ha desarrollado en la CIF. Autores como Geyh et al. [132] han desarrollado propuestas para su codificación, pero todavía no existe consenso internacional sobre este tema.

En la comparación con el conjunto básico de la CIF para las afecciones musculoesqueléticas postagudas, hubo un alto porcentaje de concordancia (84,2%) con las categorías de la CIF obtenidas a partir de las medidas de resultado. Sin embargo, asumir sin más consideración que existe una buena cobertura de los aspectos relevantes del funcionamiento puede ser engañoso. Las herramientas de evaluación que abarcan la mayoría de las categorías de la CIF son cuestionarios autoinformados por el paciente, cuya validez de contenido ha sido cuestionada por algunos autores [274]. En los últimos años, se han realizado esfuerzos para mejorar las propiedades de estas medidas de resultados [275], pero se ha de ser muy cuidadoso en la selección de dichas herramientas para evitar una recogida de datos clínicos sesgada [276].

Además, se ha identificado un elevado número de categorías adicionales de la CIF, por lo que existen varias áreas de funcionamiento que se consideran importantes desde el punto de vista del investigador, pero que no están convenientemente representadas en este conjunto básico de la CIF. Esto podría deberse a su propia naturaleza, al tratarse de un conjunto básico dirigido a equipos multidisciplinares que formen parte de centros de rehabilitación [151]. Sin embargo, los EAP no sólo se centran en la rehabilitación, por lo que podrían tener necesidades específicas en cuanto a su descripción del funcionamiento. Los resultados de este estudio ponen de manifiesto que el uso del conjunto básico de la CIF analizado puede poner en riesgo una correcta descripción del funcionamiento en este contexto asistencial de APS.

Las categorías adicionales de la CIF pertenecientes mayoritariamente al componente “actividades y participación” estaban relacionadas principalmente con los capítulos “d4 Movilidad”, “d6 Vida doméstica” y “d8 Áreas principales de la vida” (que incluye aspectos como educación, empleo y vida económica). Las categorías más frecuentes eran coherentes con este hallazgo, identificándose “d859 Trabajo y empleo, otro especificado y no especificado” (presente en el 86,3% de los estudios), “d640 Realizar los quehaceres de la casa” (72,5%), “d920 Tiempo libre y ocio” (68,6%) y

“d455 Desplazarse por el entorno” (52,9%). En cuanto a las “funciones corporales”, la categoría de la CIF “b720 Funciones relacionadas con la movilidad de los huesos” fue la más frecuente (82,4%). Por su parte, el capítulo más relevante de la CIF fue “b1 Funciones mentales”, incluyendo categorías como “b180 Experiencias relacionadas con uno mismo y con el tiempo” (74,5%), “b160 Funciones del pensamiento” (68,6%), y “b126 Funciones del temperamento y la personalidad” (49,0%). A su vez, parece necesaria una descripción más amplia del dolor, teniendo en cuenta la identificación de “b289 Sensación de dolor, otra especificada y no especificada” (56,9%). Por último, también se identificó una miríada de “factores ambientales”, pero aparentemente con menos relevancia y más dificultad para alcanzar un consenso claro. Al mencionar categorías de la CIF concretas, encontramos “e399 Apoyo y relaciones, no especificados” (25,5%), “e570 Servicios, sistemas y políticas de seguridad social” (23,5%), o “e325 Conocidos, compañeros, colegas, vecinos y miembros de la comunidad” (17,6%).

En vista de lo anterior, debe considerarse la necesidad de desarrollar un conjunto básico adaptado para la AP. Los conjuntos básicos de la CIF existentes son adecuados para describir las primeras fases del proceso de rehabilitación, que comienza con la atención hospitalaria de los casos agudos y continúa en los centros de rehabilitación [151]. Sin embargo, se carece de una herramienta basada en la CIF comparable que pueda utilizarse en la fase final del proceso de continuidad asistencial, donde el paciente se reintegra en su comunidad. En cierta medida, algunos autores ya han apuntado a esta necesidad reclamando un conjunto básico de CIF para las afecciones musculoesqueléticas crónicas [153], que también podría aplicarse en un entorno de AP. La disponibilidad de un conjunto básico de la CIF adaptado tiene profundas implicaciones, ya que es el marco que permite seleccionar las herramientas de evaluación más apropiadas para un contexto clínico determinado.

5.4.1. Limitaciones del estudio

Las limitaciones de esta revisión incluyen posibles sesgos derivados de la selección de estudios, la extracción de medidas de resultado y los relacionados con el proceso de vinculación a la CIF. En cuanto a la selección de estudios, sólo se seleccionaron

publicaciones en inglés y castellano, por lo que es posible que se haya pasado por alto información relevante de estudios publicados en otro idioma. Otro aspecto a considerar es la decisión de no establecer un umbral para la selección de las medidas de resultado, con el fin de que el análisis fuera lo más exhaustivo posible. Sin embargo, esto implicó analizar un elevado número de instrumentos de evaluación y dio lugar a la vinculación de categorías de la CIF con una frecuencia muy baja (por ejemplo, había 97 categorías con una frecuencia inferior a 20). Por ello, esto debería tenerse en cuenta a la hora de interpretar los datos. Por último, aunque existen normas establecidas para el proceso de vinculación [158], es inevitable cierto grado de subjetividad por parte de los investigadores. Por lo tanto, las categorías vinculadas podrían estar sesgadas de algún modo.

5.4.2. Conclusiones

Los resultados de esta revisión han permitido identificar los conceptos de funcionamiento más relevantes en pacientes con patología musculoesquelética desde la perspectiva del investigador. El conjunto básico de la CIF para afecciones musculoesqueléticas postagudas no incluye todos estos aspectos, existiendo una carencia en áreas de funcionamiento relacionadas con la AP. Las medidas de resultado identificadas presentan suficiente potencial para evaluar dichos aspectos, por lo que una adecuada selección de las mismas sería útil para su aplicación clínica. Sin embargo, es importante tener en cuenta que existe un elevado número de categorías adicionales, por lo que ha de considerarse de nuevo la posibilidad de elaborar un conjunto básico para afecciones musculoesqueléticas orientado a la AP.

5.5. Tablas

Tabla 19. Estrategias de búsqueda en revisión de alcance, según bases de datos	
Base de datos: Medline/Pubmed	Filtros aplicados
1. (((("Musculoskeletal Diseases"[Mesh] AND "primary Health Care"[Mesh])) AND "Physical Therapy Modalities"[Mesh]) AND ("Outcome Assessment, Health Care"[Mesh] OR "Patient Reported Outcome Measures"[Mesh] OR "International Classification of Functioning, Disability and Health"[Mesh])	Tipo de artículo: <ul style="list-style-type: none"> • Estudio clínico • Ensayo clínico • Estudio comparativo • Ensayo clínico controlado • Estudio multicéntrico • Estudio observacional • Ensayo clínico pragmático • Ensayo clínico aleatorizado Fecha de publicación: últimos 10 años Idioma: inglés, castellano
2. (((musculoskeletal AND (disease* OR condition* OR disorder*)) AND (primary health care OR Community-Based primary Care)) AND (physical therapy modalities OR physical therapy OR physiotherapy)) AND (body function* OR body structure* OR activit* OR participation* OR ICF OR international classification of functioning disability and health OR outcomes measures)	
Base de datos: Scopus	Filtros aplicados
1. musculoskeletal condition AND physiotherapy AND primary health care AND outcomes measures (title-abs-key)	Tipo de documento: artículo Idioma: inglés Año: desde 2012
2. musculoskeletal disorder AND physiotherapy AND primary health care AND outcomes measures (title-abs-key)	
3. musculoskeletal condition AND physical therapy AND primary health care AND outcomes measures (title-abs-key)	
4. musculoskeletal disorder AND physical therapy AND primary health care AND outcomes measures (title-abs-key)	
Base de datos: CINAHL	Filtros aplicados
1. musculoskeletal condition AND physiotherapy AND primary health care AND outcomes measures	Fecha de publicación: desde 2012
2. musculoskeletal disorder AND physiotherapy AND primaria health care AND outcomes measures	
3. musculoskeletal condition AND physical therapy AND primaria health care AND outcomes measures	
4. musculoskeletal disorder AND physical therapy AND primaria health care AND outcomes measures	

Tabla 19 (continuación). Estrategias de búsqueda en revisión de alcance, según bases de datos

Base de datos: Web of Science		Filtros aplicados
1. musculoskeletal condition AND physiotherapy AND primaria health care AND outcomes measures		Fecha de publicación: desde 2012
2. musculoskeletal disorder AND physiotherapy AND primaria health care AND outcomes measures		
3. musculoskeletal condition AND physical therapy AND primaria health care AND outcomes measures		
4. musculoskeletal disorder AND physical therapy AND primaria health care AND outcomes measures		
Base de datos: PEDro		Filtros aplicados
1. musculoskeletal disorder physical therapy primaria health care outcomes measures		Fecha de publicación: desde 2012
2. musculoskeletal disorder physiotherapy primaria health care outcomes measures		
3. musculoskeletal condition physical therapy primaria health care outcomes measures		
4. musculoskeletal condition physiotherapy primaria health care outcomes measures		

Tabla 20. Características de los estudios incluidos en la revisión

Estudio	País	Diseño	Tamaño muestral	Participantes			Medidas de resultado*
				Edad (años)	Femenino/Masculino	Patología	
Abbot et al. (2019)	Nueva Zelanda	Experimental (ECA)	206	37-92	114/92	Artrosis de rodilla o cadera	primaria: WOMAC secundaria: NPRS, WT, STS, TUG, AdEv
Allen et al. (2017)	Estados Unidos	Experimental (ECA)	537	NI	397/140	Artrosis de rodilla o cadera	primaria: WOMAC secundaria: PHQ, SPPB, ATU, PAL
Amorim et al. (2019)	Australia	Experimental (ECA)	68	>18	34/34	Lumbalgia crónica	primaria: CS, NPRS, RMDQ secundaria: PAL, DASS, FABQ, IPAQ, PSQI
Arden et al. (2017)	Reino Unido	Observacional (ECR)	62	>18	39/23	Lumbalgia	primaria: BQ, WT, ST, STS
Battista et al. (2021)	Italia	Observacional (ECD)	11	s/d	6/5	Artrosis de rodilla o cadera	primaria: DQ (3)
Benell et al. (2017)	Australia	Experimental (ECA)	148	>50	83/65	Dolor crónico de rodilla	primaria: NPRS, WOMAC secundaria: GROC, PCS, AQLI, ASES, CSQ, AdEv
Benell et al. (2014)	Australia	Experimental (ECA)	78	s/d	42/36	Artrosis de rodilla	primaria: VAS, WOMAC secundaria: Adh
Bornhöft et al. (2019)	Suecia	Experimental (ECA)	55	16-67	34/21	Trastornos musculoesqueléticos	primaria: NPRS, DRI, EQL5, OMPQ secundaria: ARM
Burns et al. (2018)	Estados Unidos	Experimental (ECA)	90	≥18	37/53	Lumbalgia	primaria: NPRS, ODI, GROC
Chesterton et al. (2013)	Reino Unido	Experimental (ECA)	241	s/d	109/132	Epicondilalgia	primaria: NPRS secundaria: GROC, PRTEE, EQL5, IPQ, SF-12

ECA: ensayo clínico aleatorizado; EINC: estudio intervencional no controlado; ECR: estudio de cohortes retrospectivo; ECP: estudio de cohortes prospectivo; ECD: estudio cualitativo descriptivo; ET: estudio transversal; s/d: sin datos.

* Las abreviaturas para las medidas de resultado pueden consultarse en la última página de esta Tabla.

Tabla 20 (continuación). Características de los estudios incluidos en la revisión

Estudio	País	Diseño	Tamaño muestral	Participantes		Patología	Medidas de resultado*
				Edad (años)	Femenino/Masculino		
Christiansen et al. (2018)	Dinamarca	Observacional (ECP)	160	>18	90/70	Cervicalgia y lumbalgia	primaria: DASH, NPRS, NDI, OMPQ, RMDQ, WHO5
Costa et al. (2022)	Portugal	Experimental (EINC)	343	>18	205/138	Dolor musculoesquelético	primaria: NPRS secundaria: ATU (2), GAD, PHQ, FABQ, WPAI, Adh
Crossley et al. (2015)	Australia	Experimental (ECA)	92	>40	53/39	Artrosis fémoro-patelar	primaria: GROC, KOOS, VAS secundaria: Adh, AdEv
Cuesta-Vargas et al. (2015)	España	Experimental (ECA)	114	s/d	s/d	Trastornos musculoesqueléticos crónicos	primaria: SF-12, EQL5, VAS, RMDQ, NDI, WOMAC
Darlow et al. (2019)	Nueva Zelanda	Experimental (ECA)	221	s/d	105/116	Lumbalgia	primaria: RMDQ secundaria: NPRS, DRS, PS, EQL5, OCCQ, PSEQ, PyScFQ (4)
Emilson et al. (2017)	Suecia	Experimental (ECA)	43	18-65	30/10/22	Dolor musculoesquelético	primaria: NPRS, PDI, TSK, PR
Ferrer-Peña et al. (2019)	España	Observacional (ET)	49	s/d	41/8	Síndrome doloroso del trocánter mayor	primaria: PPSA, GCPS, PPT, TS, CPMI, VAS
Gohir et al (2021)	Reino Unido	Experimental (ECA)	105	>45	71/34	Artrosis de rodilla	primaria: NPRS secundaria: WOMAC, STS, TUG, MHQ, MVC, PPT, TS, CPM, SQM, PSQI, MUA
Goldberg et al. (2018)	Estados Unidos	Observacional (ET)	853	>18	458/395	Dolor musculoesquelético	primaria: TSK, SF-8

ECA: ensayo clínico aleatorizado; EINC: estudio intervencional no controlado; ECR: estudio de cohortes retrospectivo; ECP: estudio de cohortes prospectivo; ECD: estudio cualitativo descriptivo; ET: estudio transversal; s/d: sin datos.

* Las abreviaturas para las medidas de resultado pueden consultarse en la última página de esta Tabla.

Tabla 20 (continuación). Características de los estudios incluidos en la revisión

Estudio	País	Diseño	Tamaño muestral	Participantes		Patología	Medidas de resultado*
				Edad (años)	Femenino/Masculino		
Hill et al. (2020)	Reino Unido	Experimental (ECA)	524	s/d	318/206	Dolor musculoesquelético (varias localizaciones)	primaria: RMDQ, NDI, SPADI, KOOS, SF-12 secundaria: STMT, MHQ, TSK, ECRQ, EQL5, PS, GROC, WA, WP, PQ
Hopewell et al. (2021)	Reino Unido	Experimental (ECA)	708	>18	349/359	Síndrome del manguito rotador	primaria: SPADI secundaria: EQL5
Laslett et al. (2014)	Nueva Zelanda	Observacional (ECP)	161	>18–81	82/79	Hombro doloroso	primaria: SPADI, VAS, FABQ, SF-8, DRS
Leaver et al. (2013)	Australia	Observacional (ECP)	181	18-70	117/64	Cervicalgia	primaria: PR secundaria: NPRS, NDI
Leemans et al. (2021)	Bélgica	Experimental (ECA)	50	25-80	27/23	Lumbalgia	primaria: NPRS, BPS secundaria: PPT, TS, CPM, FABQ, SF-36, CSI, ATU
Legha et al. (2020)	Reino Unido	Experimental (ECA)	1083	s/d	619/464	Artrosis de rodilla	primaria: WOMAC
Lentz et al. (2018)	Estados Unidos	Observacional (ECP)	440	s/d	275/164	Cervicalgia, lumbalgia, gonalgia u hombro doloroso	primaria: PQ (2), NPRS, NDI, ODI, DASH, IKDF, OSPRO-ROS, OSPRO-YF
Lewis et al. (2017)	Reino Unido	Experimental (ECA)	227	>18	109/118	Síndrome del manguito rotador	primaria: OSS secundaria: SPADI, VAS, DVAS, PQ, ROM, OT-NS, OT-HT
Lingner et al. (2018)	Alemania	Experimental (ECA)	87	18-50	44/43	Lumbalgia	primaria: NPRS, VAS secundaria: ATU (3), HFAQ, GROC, WA, PS

ECA: ensayo clínico aleatorizado; EINC: estudio intervencional no controlado; ECR: estudio de cohortes retrospectivo; ECP: estudio de cohortes prospectivo; ECD: estudio cualitativo descriptivo; ET: estudio transversal; s/d: sin datos.

* Las abreviaturas para las medidas de resultado pueden consultarse en la última p ana de esta Tabla.

Tabla 20 (continuación). Características de los estudios incluidos en la revisión

Estudio	País	Diseño	Tamaño muestral	Participantes		Patología	Medidas de resultado*
				Edad (años)	Femenino/Masculino		
López-López et al. (2015)	España	Experimental (ECA)	48	18-65	42/6	Cervicalgia crónica	primaria: VAS secundaria: ROM, PPT, STAI, BDI, TSK, PCS
Marra et al. (2012)	Canadá	Experimental (ECA)	139	≥ 50	79/60	Artrosis de rodilla	primaria: OA-QI secundaria: HUI3, LEFS, PAT5, WOMAC
Matarán-Peñarocha et al. (2020)	España	Experimental (ECA)	64	18-65	32/32	Lumbalgia crónica inespecífica	primaria: MQ-OT, FTFd, ODI, RMDQ, TSK, VAS
Miedema et al. (2016)	Países Bajos	Observacional (ECP)	682	18-64	286/396	Dolor musculoesquelético (brazo, cuello y hombro)	primaria: DASH, PR
Minns Lowe et al. (2020)	Reino Unido	Experimental (ECA)	41	>18	20/21	Trastornos musculoesqueléticos	primaria: WT secundaria: PAL (2), NPRS, PANAS, GSES, SF-36 (1), PR, DAQ
Molgaard Nielsen et al. (2017)	Dinamarca	Observacional (ECP)	928	18-65	418/510	Lumbalgia	primaria: NPRS, RMDQ secundaria: PQ (3)
Moseng et al. (2020)	Noruega	Experimental (ECA)	393	≥45	280/113	Artrosis de rodilla y/o cadera	primaria: NPRS, DQ (2), ROM, HOOS, KOOS
Murphy et al. (2013)	Irlanda	Observacional (ECP)	1532	s/d	958/574	Lumbalgia	primaria: VAS, RMDQ, DRAM, BBQ, ROM, MSPQ, SFAT
Noblet et al. (2020)	Reino Unido	Experimental (ECA)	29	>18	17/12/22	Lumbalgia	primaria: NPRS, RMDQ secundaria: EQL5, TSK, PAL, WA, ATU (2)

ECA: ensayo clínico aleatorizado; EINC: estudio intervencional no controlado; ECR: estudio de cohortes retrospectivo; ECP: estudio de cohortes prospectivo; ECD: estudio cualitativo descriptivo; ET: estudio transversal; s/d: sin datos.

* Las abreviaturas para las medidas de resultado pueden consultarse en la última página de esta Tabla.

Tabla 20 (continuación). Características de los estudios incluidos en la revisión

Estudio	País	Diseño	Tamaño muestral	Participantes		Patología	Medidas de resultado*
				Edad (años)	Femenino/Masculino		
Østerås et al. (2014)	Noruega	Experimental (ECA)	130	40-79	117/13	Artrosis de mano	primaria: FIHOA, NPRS, PSFS, DQ secundaria: ROM, GROC, DQ, MVC, MPU-OT, Adh, AdEv
Østerås et al. (2019)	Noruega	Experimental (ECA)	393	≥45	279/114	Artrosis de rodilla y/o cadera	primaria: OA-QI secundaria: PS, PAL, PR
Paanalathi et al. (2016)	Suecia	Experimental (ECA)	1057	18-65	740/317	Cervicalgia y/o lumbalgia	primaria: CPQ, NPRS, DQ (3) secundaria: PR, ATU
Palacín-Marín et al. (2013)	España	Experimental (ECA)	15	>18	06/09	Lumbalgia	primaria: ROM, ST-OT, SLR-OT, ODI, VAS, SF-12, TSK
Sandal et al. (2021)	Dinamarca	Experimental (ECA)	461	>18	255/206	Lumbalgia	primaria: RMDQ secundaria: NPRS, PSEQ, FABQ, IPQ, EQL5, GROC, SGPAL
Schroder et al. (2021)	Suecia	Experimental (ECA)	467	18-65	204/263	Lumbalgia	primaria: NPRS, ODI secundaria: IPQ, EQL5, PEI, GROC, PS
Schuetze et al. (2014)	Australia	Experimental (EINC)	16	18-65	12/04/22	Lumbalgia	primaria: OMPQ, ODI, DASS, MAAS, PCS, CPAQ, SF-36, CISQ
Trulsson Schouenborg et al. (2021)	Suecia	Observacional (ECP)	274	>18	194/80	Dolor crónico musculoesquelético	primaria: NPRS secundaria: DRI, EQL5
Uhl et al. (2017)	Estados Unidos	Observacional (ECR)	128	s/d	74/53	Hombro doloroso	primaria: PQ, NPRS, Adh, ATU, DASH
Van der Maas et al. (2015)	Países Bajos	Experimental (ECA)	94	s/d	77/17	Dolor crónico musculoesquelético	primaria: NPRS, BDI, SF-36, PDI, SBC, PSEQ, PCS

ECA: ensayo clínico aleatorizado; EINC: estudio intervencional no controlado; ECR: estudio de cohortes retrospectivo; ECP: estudio de cohortes prospectivo; ECD: estudio cualitativo descriptivo; ET: estudio transversal; s/d: sin datos.

* Las abreviaturas para las medidas de resultado pueden consultarse en la última página de esta Tabla.

Tabla 20 (continuación). Características de los estudios incluidos en la revisión

Estudio	País	Diseño	Tamaño muestral	Participantes			Medidas de resultado*
				Edad (años)	Femenino/Masculino	Patología	
Vibe Fersum et al. (2019)	Noruega	Experimental (ECA)	121	18-65	33/88	Lumbalgia inespecífica	primaria: OMPQ secundaria: ODI, HSC, FABQ
Vibe Fersum et al. (2013)	Noruega	Experimental (ECA)	121	18-65	63/58	Lumbalgia inespecífica	primaria: NPRS, ODI secundaria: HSC, FABQ, ROM, PS, WA, CS
Williams et al (2019)	Reino Unido	Experimental (ECA)	440	>18	288/152	Trastornos musculoesqueléticos	primaria: PSFS secundaria: EQL5, PAM, MRI
Xia et al. (2016)	Estados Unidos	Experimental (ECA)	192	21-54	88/104	Lumbalgia	primaria: RMDQ secundaria: VAS, FABQ, SF-36

ECA: ensayo clínico aleatorizado; EINC: estudio intervencional no controlado; ECR: estudio de cohortes retrospectivo; ECP: estudio de cohortes prospectivo; ECD: estudio cualitativo descriptivo; ET: estudio transversal; s/d: sin datos.

*Abreviaturas para los instrumentos de valoración: AdEv: efectos adversos informados; Adh: adherencia al tratamiento; AQLI: instrumento de valoración de la calidad de vida; ARM: escala de actitudes respecto a la responsabilidad para trastornos musculoesqueléticos; ASES: escala de autoeficacia para artrosis; ATU: uso de analgésicos y otras terapias; BBQ: cuestionario de creencias respecto a la espalda; BDI: inventario de depresión Beck; BPS: escala de rendimiento de espalda; BQ: cuestionario Bournemouth; CISQ: cuestionario de satisfacción del cliente; CPAQ: cuestionario de aceptación de dolor crónico; CPM: modulación condicional del dolor; CPMI: índice de modulación condicionada del dolor; CPQ: cuestionario de dolor crónico; CS: búsqueda de atención sanitaria; CSI: inventario de sensibilización central; CSQ: cuestionario de estrategias de superación; DAQ: cuestionario de actividades diarias; DASH: discapacidad de brazo, hombro y mano; DASS: escala de depresión-ansiedad; DQ: pregunta sobre discapacidad; DRAM: método de valoración de riesgo y socorro; DRI: índice de valoración de la discapacidad; DRS: escala de valoración de la discapacidad; DVAS: escala visual analógica de discapacidad; ECRQ: cuestionario de tranquilización de consulta efectiva; EQL5: Euro calidad de vida 5 dimensiones; FABQ: cuestionario de creencias de evitación por miedo; FIHOA: índice funcional para artrosis de mano; FTFd: distancia dedo-suelo; GAD: cuestionario de desorden de ansiedad generalizada; GCPS: escala graduada de dolor crónico; GROC: evaluación global del cambio; GSES: escala general del autoeficacia; HFAQ: cuestionario de capacidad funcional de Hannover; HOOS: escala de discapacidad en artrosis de cadera y rodilla; HSC: lista de verificación de síntomas Hopkins; HUI3: índice de utilidades en salud-3; IKDF: formulario subjetivo de rodilla del comité internacional de documentación de rodilla; IPAQ: cuestionario internacional de actividad física; IPQ: cuestionario de percepción de enfermedad; KOOS: Puntuación de artrosis y lesión de rodilla; LEFS: escala funcional de extremidad inferior; MAAS: escala de conciencia de atención plena; MHQ: cuestionario de salud musculoesquelética; MPU-OT: prueba de recogida Moberg; MQ-OT: prueba ortopédica de McQuade; MRI: instrumento MedRisk; MSPQ: cuestionario modificado de percepción somática; MUA: valoración ecográfica musculoesquelética; MVC: contracción voluntaria máxima; NDI: índice de discapacidad cervical; NPRS: escala numérica de valoración del dolor;

Tabla 20 (continuación). Características de los estudios incluidos en la revisión

OA-QI: indicadores de calidad para la gestión de la artrosis; OCCQ: cuestionario Otago de costes y consecuencias para lumbalgia; ODI: índice de discapacidad de Oswestry; OMPQ: cuestionario de cribaje Örebro para dolor musculoesquelético; OSPRO-ROS: herramienta para revisión de sistemas OSPRO; OSPRO-YF: herramienta de banderas amarillas OSPRO; OSS: escala Oxford para hombro; OT-NS: prueba ortopédica del signo de Neer; OT-HT: prueba ortopédica de Hawkins's; PAL: nivel de actividad física; PAM: medida de activación del paciente; PANAS: programa de afecto positivo y negativo; PAT5: prueba de adaptación al papel-5 dimensiones; PCS: escala de catastrofismo del dolor; PDI: índice de discapacidad del dolor; PEI: instrumento de habilitación para el dolor; PHQ: cuestionario de salud del paciente; PPSA: porcentaje de superficie de dolor; PPT: umbral de dolor por presión; PQ: pregunta sobre dolor; PR: recuperación percibida; PRTEE: evaluación del codo de tenista comunicada por el paciente; PS: satisfacción del paciente; PSEQ: cuestionario de autoeficacia del dolor; PSFS: escala funcional específica del paciente; PyScFQ: pregunta sobre factores psicosociales; PSQI: Índice de calidad del sueño de Pittsburgh; RMDQ: Cuestionario de discapacidad de Roland Morris; ROM: rango de movimiento; SBC: escala de conexión corporal; SF-8: encuesta breve de 8 preguntas; SF-12: Encuesta breve de 12 preguntas; SF-36: Encuesta breve de 36 preguntas; SFAT: Herramienta de evaluación funcional de Simmond; SGPAL: Escala Saltin-Grimby de nivel de actividad física; SLR-OT: prueba ortopédica de elevación de la pierna recta; SPADI: Índice de dolor y discapacidad en el hombro; SPPB: batería corta de rendimiento físico; SQM: medida de la calidad del sueño; ST: prueba de paso; ST-OT: Prueba ortopédica de Sorensen; STAI: inventario de ansiedad estado-rasgo; STMT: herramienta STarT-MSK; STS: prueba de sedestación-bipedestación; TC: cambio de tratamiento; TS: sumación temporal; TSK: Escala de kinesiofobia de Tampa; TUG: prueba de levántese y ande; VAS: escala analógica visual; WA: absentismo laboral; WHO5: Índice de bienestar OMS-5; WOMAC: Índice de artrosis de la Universidad Western Ontario McMaster; WP: productividad laboral; WPAI: cuestionario de productividad laboral y deterioro de la actividad; WT: prueba de marcha

Tabla 21. Frecuencia de los instrumentos de valoración y temas principales

Instrumento de valoración	Tema principal	Tipo	Número de estudios
Escala numérica de valoración del dolor de 11 puntos	Descripción del dolor	Unidimensional	27
0-100 mm. Escala analógica visual	Descripción del dolor	Unidimensional	11
Cuestionario EuroQoL-5 dimensiones	Calidad de vida en relación a la salud	Multicomponente	11
Cuestionario sobre discapacidad Roland Morris	Discapacidad	Multicomponente	11
Pregunta sobre discapacidad	Discapacidad	Unidimensional	10
Variación en el uso de analgésicos u otras terapias	Otros (medida indirecta de recuperación)	Unidimensional	10
Valoración global del cambio	Percepción global del cambio	Unidimensional	9
Cuestionario de creencias de evitación del miedo	Factores psicosociales	Multicomponente	8
Índice de discapacidad de Oswestry	Discapacidad	Multicomponente	8
Índice de artritis de las universidades Western Ontario y McMaster	Discapacidad	Multicomponente	8
Recuperación percibida	Percepción global del cambio	Unidimensional	7
Medida del nivel de actividad física	Rendimiento físico	Unidimensional	7
Pregunta sobre dolor	Descripción del dolor	Unidimensional	7
Medida del rango de movimiento	Medida física	Unidimensional	7
Escala de kinesiofobia de Tampa	Factores psicosociales	Multicomponente	7
Cuestionario de satisfacción del paciente	Otros (satisfacción del paciente)	Multicomponente	6
Adherencia al tratamiento	Otros (factor personal)	Unidimensional	5
Índice de discapacidad cervical	Discapacidad	Multicomponente	5

Tabla 21 (continuación). Frecuencia de los instrumentos de valoración y temas principales

Instrumento de valoración	Tema principal	Tipo	Número de estudios
Cuestionario breve de 36 preguntas	Calidad de vida en relación a la salud	Multicomponente	5
Eventos adversos informados	Otros (eventos adversos)	Unidimensional	4
Cuestionario de discapacidades de brazo, hombro y mano	Discapacidad	Multicomponente	4
Cuestionario de detección del dolor musculoesquelético de Örebro	Descripción del dolor	Multicomponente	4
Escala de catastrofización del dolor	Factores psicosociales	Multicomponente	4
Umbral de detección del dolor por presión	Descripción del dolor	Unidimensional	4
Pregunta sobre factores psicosociales	Factores psicosociales	Unidimensional	4
Encuesta breve de 12 preguntas	Calidad de vida en relación a la salud	Multicomponente	4
Índice de dolor y discapacidad del hombro	Discapacidad	Multicomponente	4
Absentismo laboral informado	Discapacidad	Unidimensional	4
Cuestionario de percepción de la enfermedad	Otros (percepción enfermedad)	Multicomponente	3
Puntuación de resultados de lesiones y artrosis de rodilla	Discapacidad	Multicomponente	3
Cuestionario de autoeficacia del dolor	Discapacidad	Multicomponente	3
Prueba de sedestación-bipedestación	Rendimiento físico	Unidimensional	3
Sumación temporal del dolor	Descripción del dolor	Unidimensional	3
Prueba de marcha	Rendimiento físico	Unidimensional	3
Inventario de depresión de Beck	Factores psicosociales	Multicomponente	2
Búsqueda de atención sanitaria	Otros (medida indirecta de recuperación)	Unidimensional	2

Tabla 21 (continuación). Frecuencia de los instrumentos de valoración y temas principales

Instrumento de valoración	Tema principal	Tipo	Número de estudios
Modulación condicional del dolor	Descripción del dolor	Unidimensional	2
Escalas de depresión-ansiedad-estrés	Factores psicosociales	Multicomponente	2
Índice de calificación de discapacidad	Discapacidad	Multicomponente	2
Escala de calificación de discapacidad	Discapacidad	Unidimensional	2
Lista de verificación de síntomas de Hopkins	Factores psicosociales	Multicomponente	2
Cuestionario de salud musculoesquelética	Discapacidad	Multicomponente	2
Cuestionario de indicadores de calidad de la artrosis	Otros (factor ambiental)	Multicomponente	2
Índice de discapacidad por dolor	Discapacidad	Multicomponente	2
Cuestionario de salud del paciente	Factores psicosociales	Multicomponente	2
Escala de función específica del paciente	Disability	Multicomponente	2
Fuerza muscular máxima	Medida física	Unidimensional	2
Índice de calidad del sueño de Pittsburgh	Other (sleep)	Multicomponente	2
Encuesta breve de 8 preguntas	Calidad de vida en relación a la salud	Multicomponente	2
Prueba de "levántese y ande"	Rendimiento físico	Unidimensional	2
Escala de autoeficacia para la artritis	Discapacidad	Multicomponente	1
Instrumento de evaluación de la calidad de vida	Calidad de vida en relación a la salud	Multicomponente	1
Escala de actitudes frente a la responsabilidad por trastornos musculoesqueléticos	Otros (factor ambiental)	Multicomponente	1
Cuestionario de creencias sobre la espalda	Factores psicosociales	Multicomponente	1

Tabla 21 (continuación). Frecuencia de los instrumentos de valoración y temas principales

Instrumento de valoración	Tema principal	Tipo	Número de estudios
Escala de rendimiento de la espalda	Discapacidad	Multicomponente	1
Cuestionario Bournemouth	Descripción del dolor	Multicomponente	1
Inventario de sensibilización central	Descripción del dolor	Multicomponente	1
Cuestionario de aceptación del dolor crónico	Factores psicosociales	Multicomponente	1
Cuestionario de evaluación del dolor crónico	Descripción del dolor	Multicomponente	1
Cuestionario de satisfacción del cliente	Otros (satisfacción del paciente)	Multicomponente	1
Índice de modulación condicionada del dolor	Descripción del dolor	Multicomponente	1
Cuestionario sobre estrategias de afrontamiento	Factores psicosociales	Multicomponente	1
Cuestionario de actividades diarias	Discapacidad	Multicomponente	1
Escala visual analógica de discapacidad	Discapacidad	Unidimensional	1
Método de evaluación del peligro y del riesgo	Factores psicosociales	Multicomponente	1
Cuestionario de consulta y tranquilización eficaces	Otros (factor ambiental)	Multicomponente	1
Distancia dedo-suelo	Medida física	Unidimensional	1
Índice funcional para la artrosis de la mano	Discapacidad	Multicomponente	1
Escala de autoeficacia general	Discapacidad	Multicomponente	1
Trastorno de ansiedad generalizada	Factores psicosociales	Multicomponente	1
Escala graduada de dolor crónico	Descripción del dolor	Multicomponente	1
Cuestionario de Hannover sobre la capacidad funcional	Discapacidad	Multicomponente	1
Prueba de Hawkins	Medida física (ortopédica)	Unidimensional	1

Tabla 21 (continuación). Frecuencia de los instrumentos de valoración y temas principales

Instrumento de valoración	Tema principal	Tipo	Número de estudios
Índice de Utilidades en Salud-3	Calidad de vida en relación a la salud	Multicomponente	1
Puntuación de resultado de discapacidad de cadera y artrosis	Discapacidad	Multicomponente	1
Formulario subjetivos de rodilla del Comité Internacional de Documentación de la Rodilla	Discapacidad	Multicomponente	1
Cuestionario Internacional de Actividad Física	Rendimiento físico	Multicomponente	1
Escala de función de las extremidades inferiores	Discapacidad	Multicomponente	1
Prueba McQuade	Medida física (ortopédica)	Unidimensional	1
Instrumento MedRisk	Otros (factor ambiental)	Multicomponente	1
Escala de Conciencia de Atención Plena	Otros (autopercepción)	Multicomponente	1
Prueba de recogida Moberg	Medida física (ortopédica)	Unidimensional	1
Cuestionario de percepción somática modificado	Otros (autopercepción)	Multicomponente	1
Evaluación ultrasonográfica musculoesquelética	Otros (prueba de imagen)	Unidimensional	1
Signo de Neer	Medida física (ortopédica)	Unidimensional	1
Herramienta OSPRO de revisión de sistemas	Factores psicosociales	Multicomponente	1
Herramienta OSPRO de banderas amarillas	Factores psicosociales	Multicomponente	1
Cuestionario Otago de costes y consecuencias del dolor lumbar	Otros (factor ambiental)	Multicomponente	1
Puntuación de hombro Oxford	Discapacidad	Multicomponente	1
Instrumento de habilitación del dolor	Otros (autogestión)	Multicomponente	1

Tabla 21 (continuación). Frecuencia de los instrumentos de valoración y temas principales

Instrumento de valoración	Tema principal	Tipo	Número de estudios
Prueba adaptativa en papel-5D	Calidad de vida en relación a la salud	Multicomponente	1
Medida de activación del paciente	Otros (autogestión)	Multicomponente	1
Evaluación del codo de tenista según el paciente	Discapacidad	Multicomponente	1
Porcentaje de superficie de dolor	Descripción del dolor	Unidimensional	1
Programa de afectos positivos y negativos	Factores psicosociales	Multicomponente	1
Pregunta sobre productividad laboral	Otros (factor ambiental)	Unidimensional	1
Escala de nivel de actividad física de Saltin-Grimby	Rendimiento físico	Multicomponente	1
Escala de conexión corporal	Otros (autopercepción)	Multicomponente	1
Batería corta de rendimiento físico	Rendimiento físico	Multicomponente	1
Herramienta de evaluación funcional de Simmond	Rendimiento físico	Multicomponente	1
Medida de la calidad del sueño	Otros (sueño)	Unidimensional	1
Prueba de Sorensen	Medida física (ortopédica)	Unidimensional	1
Herramienta StarT-MSK	Discapacidad	Multicomponente	1
Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo	Factores psicosociales	Multicomponente	1
Prueba de paso	Rendimiento físico	Unidimensional	1
Prueba de elevación de pierna recta	Medida física (ortopédica)	Unidimensional	1
Índice de bienestar de la OMS-5	Calidad de vida en relación a la salud	Multicomponente	1
Productividad laboral y deterioro de la actividad	Otros (factor ambiental)	Multicomponente	1

Tabla 22. Comparación entre medidas de resultado y categorías del conjunto básico de la CIF abreviado para afecciones musculoesqueléticas postagudas

Categoría de la CIF*	Frecuencia	Medidas de resultado**
b134 Funciones del sueño	58	PSQI, SQM (actigrafía)
b260 Función propioceptiva	4	Medidas de rendimiento físico (por ejemplo, SPPB)
b280 Sensación de dolor	207	NPRS, VAS, OMPQ, PPDT, TS, CPM, BC, CSI, CPAQ, FABQ, GCPS, PCS, TSK
b435 Funciones del sistema inmunológico	0	-
b530 Funciones relacionadas con el mantenimiento del peso	11	IPQ, DRAM, PHQ
b620 Funciones urinarias	4	DRAM, CSI
b730 Funciones relacionadas con la fuerza muscular	104	Medida física (por ejemplo, dinamómetro)
b740 Funciones relacionadas con la resistencia muscular	99	Medida física (por ejemplo, prueba de McQuade)
b755 Funciones relacionadas con los reflejos de movimiento involuntario	93	Escalas específicas para regiones corporales (por ejemplo, BPS) o medidas de rendimiento físico (por ejemplo, TUG)
b780 Sensaciones relacionadas con los músculos y las funciones del movimiento	29	HSC, MHQ, OSPRO-YF, IPQ, CSI, escalas específicas para regiones corporales (por ejemplo, DASH)
d155 Adquisición de habilidades	0	-
d177 Tomar decisiones	5	DRAM, BDI

* Las letras iniciales muestran el componente de la CIF (“b” para “funciones corporales”; “d” para “actividades y participación”, “e” para “factores ambientales” and “s” para “estructuras corporales”).

**La lista completa de abreviaturas se encuentra en la última hoja de la Tabla.

Tabla 22 (continuación). Comparación entre medidas de resultado y categorías del conjunto básico de la CIF abreviado para afecciones musculoesqueléticas postagudas

Categoría de la CIF*	Frecuencia	Medidas de resultado**
d230 Llevar a cabo rutinas diarias	23	Escala de calidad de vida (por ejemplo, SF-36), cuestionarios relacionados con el dolor (por ejemplo, CPAQ o PEI), CSQ, DRAM, MHQ
d240 Manejo del estrés y otras demandas psicológicas	41	AQLI, BDI, CSQ, DASS, GAD, OSPRO-YF, PCS, PAM, PHQ, SF-36, STAI
d410 Cambiar las posturas corporales básicas	46	LEFS, escalas específicas para regiones corporales (por ejemplo, HOOS)
d415 Mantener la posición del cuerpo	64	DRI, escalas específicas para regiones corporales
d430 Levantar y llevar objetos	43	DAQ, DRI, PAT5, escalas específicas para regiones corporales (por ejemplo, ODI o SPADI)
d450 Andar	90	TUG, LEFS, ASES, DRI, DAQ, escalas de calidad de vida (por ejemplo, EQL5), escalas específicas para regiones corporales (por ejemplo, KOOS)
d465 Desplazarse utilizando algún tipo de equipamiento	29	DAQ, IPAQ, SGPAL
d510 Lavarse	70	SF-36, AQLI, DRI, EQL5, MHQ, PDI, escalas específicas para regiones corporales (por ejemplo, DASH)
d520 Cuidado de partes del cuerpo	12	AQLI, escalas específicas para regiones corporales (por ejemplo, DASH)
d530 Higiene personal relacionada con los procesos de excreción	19	AQLI, PAT5, escalas específicas para regiones corporales (por ejemplo, WOMAC)
<p>* Las letras iniciales muestran el componente de la CIF (“b” para “funciones corporales”; “d” para “actividades y participación”, “e” para “factores ambientales” and “s” para “estructuras corporales”).</p> <p>**La lista completa de abreviaturas se encuentra en la última hoja de la Tabla.</p>		

Tabla 22 (continuación). Comparación entre medidas de resultado y categorías del conjunto básico de la CIF abreviado para afecciones musculoesqueléticas postagudas

Categoría de la CIF*	Frecuencia	Medidas de resultado**
d540 Vestirse	83	ASES, AQLI, DRI, EQL5, MHQ, PDI, PAT5, escalas específicas para regiones corporales (por ejemplo, PRTEE)
d550 Comer	18	AQLI, DRAM, PDI, PAT5, region-specific functional scale (e.g., DASH)
e110 Productos o sustancias para el consumo personal	36	BBQ, OSPRO-ROS, OCCQ, PAM
e115 Productos y tecnología para uso personal en la vida diaria	24	ASES, HUI3
e120 Productos y tecnología para la movilidad y el transporte personal en espacios cerrados y abiertos	37	BBQ, HUI3, OA-QI
e225 Clima	0	-
e355 Profesionales de la salud	73	AdEv, ARM, BBQ, CSQ, ECRQ, MRI, OA-QI
e450 Actitudes individuales de profesionales de la salud	63	CSQ, ECRQ, MRI, OA-QI, PSEQ

* Las letras iniciales muestran el componente de la CIF (“b” para “funciones corporales”; “d” para “actividades y participación”, “e” para “factores ambientales” and “s” para “estructuras corporales”).

**La lista completa de abreviaturas se encuentra en la última hoja de la Tabla.

Tabla 22 (continuación). Comparación entre medidas de resultado y categorías del conjunto básico de la CIF abreviado para afecciones musculoesqueléticas postagudas

Lista completa de abreviaturas de las medidas de resultado.

AdEv: efectos adversos notificados; AQLI: instrumento de evaluación de la calidad de vida; ARM: escala de actitudes respecto a la responsabilidad en los trastornos musculoesqueléticos; ASES: escala de autoeficacia para la artritis; BBQ: cuestionario de creencias sobre la espalda; BDI: inventario de depresión de Beck; BPS: escala de rendimiento de la espalda; BC: cuestionario Bournemouth; CPAQ: cuestionario de aceptación del dolor crónico; CPM: modulación condicional del dolor; CSI: inventario de sensibilización central; CSQ: cuestionario sobre estrategias de afrontamiento; DAQ: cuestionario de actividades diarias; DASH: discapacidad de brazo, hombro y mano; DASS: escala de depresión, ansiedad y estrés; DRAM: método de evaluación de la angustia y el riesgo; DRI: índice de calificación de la discapacidad; ECRQ: cuestionario de consulta eficaz y tranquilizadora; EQL5: cuestionario EuroQoL-5D; FABQ: cuestionario sobre creencias de evitación por miedo; FIHOA: índice funcional para la artrosis de mano; GAD: cuestionario sobre el trastorno de ansiedad generalizada; GCPS: escala graduada de dolor crónico; HOOS: discapacidad de cadera y puntuación de los resultados de la artrosis; HSC: lista de comprobación de síntomas de Hopkins; HUI3: índice de servicios sanitarios-3; IPAQ: cuestionario internacional de actividad física; IPQ: cuestionario de percepción de la enfermedad; KOOS: puntuación de lesiones de rodilla y artrosis; LEFS: escala funcional de las extremidades inferiores; MHQ: cuestionario de salud musculoesquelética; MRI: instrumento MedRisk; NPRS: escala numérica de calificación del dolor; OA-QI: indicadores de calidad para el tratamiento de la artrosis; OCCQ: cuestionario Otago de costes y consecuencias para la lumbalgia; ODI: índice de discapacidad de Oswestry; OMPQ: cuestionario de detección del dolor musculoesquelético de Örebro; OSPRO-ROS: Herramienta OSPRO de revisión de sistemas; OSPRO-YF: Herramienta OSPRO de banderas amarillas; OSS: Escala de hombro Oxford; PAM: medida de activación del paciente; PAT5: prueba de papel adaptativa-5D; PCS: escala de catastrofización del dolor; PDI: índice de incapacidad por dolor; PEI: instrumento de habilitación para el dolor; PHQ: cuestionario de salud del paciente; PPT: umbral de dolor por presión; PQ: pregunta sobre dolor; PR: recuperación percibida; PRTEE: evaluación del codo de tenista comunicada por el paciente; PSEQ: cuestionario de autoeficacia para el dolor; PSQI: índice de calidad del sueño de Pittsburgh; SF-36: encuesta breve de 36 preguntas; SGPAL: escala Saltin-Grimby de nivel de actividad física; SPADI: índice de dolor y discapacidad del hombro; SPPB: batería corta de rendimiento físico; SQM: medida de la calidad del sueño; STAI: inventario de ansiedad estado-rasgo; TS: sumación temporal; TSK: escala de kinesiofobia de Tampa; TUG: prueba de levántese y ande; VAS: escala analógica visual; WOMAC: índice de artrosis de las universidades Western Ontario y McMaster.

Tabla 23. Frecuencia de categorías del conjunto básico completo para afecciones musculoesqueléticas postagudas identificadas en las medidas de resultado

Categoría de la CIF	Capítulo de la CIF (tema)*	Frecuencia
b130 Funciones relacionadas con la energía y los impulsos	b1 Funciones mentales (funciones mentales globales)	73
b134 Funciones del sueño (A)	b1 ^{a, b}	58
b152 Funciones emocionales	b1 Funciones mentales (funciones mentales específicas)	104
b260 Función propioceptiva (A)	b2 Funciones sensoriales y dolor (funciones sensoriales adicionales)	4
b270 Funciones sensoriales relacionadas con la temperatura y otros estímulos	b2 Funciones sensoriales y dolor ^b	3
b280 Sensación de dolor (A)	b2 Funciones sensoriales y dolor (dolor)	207
b415 Funciones de los vasos sanguíneos	b4 Funciones de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio (funciones del sistema cardiovascular)	1
b435 Funciones del sistema inmunológico (A)	b4 ^a (funciones de los sistemas hematológico e inmunológico)	0
b440 Funciones respiratorias	b4 ^a (funciones del sistema respiratorio)	11
b455 Funciones relacionadas con la tolerancia al ejercicio	b4 ^a (funciones adicionales y sensaciones de los sistemas cardiovascular y respiratorio)	45
b525 Funciones relacionadas con la defecación	b5 Funciones de los sistemas digestivo, metabólico y endocrino (funciones relacionadas con el sistema digestivo)	2
b530 Funciones relacionadas con el mantenimiento del peso (A)	b5 a,b	11
b620 Funciones urinarias (A)	b6 Funciones genitourinarias y reproductoras (funciones urinarias)	4

* Las letras iniciales muestran el componente de la CIF (“b” para “funciones corporales”; “d” para “actividades y participación”, “e” para “factores ambientales” y “s” para “estructuras corporales”).

(A) indica que la categoría también pertenece a la versión abreviada del conjunto básico de la CIF.

a Mismo capítulo que la categoría anterior.

b Mismo tema que la categoría anterior.

Tabla 23 (continuación). Frecuencia de categorías del conjunto básico completo para afecciones musculoesqueléticas postagudas identificadas en las medidas de resultado

Categoría de la CIF	Capítulo de la CIF (tema)*	Frecuencia
b710 Funciones relacionadas con la movilidad de las articulaciones	b7 Funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento (funciones de las articulaciones y los huesos)	104
b715 Funciones relacionadas con la estabilidad de las articulaciones	b7 ^{a,b}	92
b730 Funciones relacionadas con la fuerza muscular (A)	b7 ^a (funciones musculares)	104
b735 Funciones relacionadas con el tono muscular	b7 ^{a,b}	99
b740 Funciones relacionadas con la resistencia muscular (A)	b7 ^{a,b}	99
b755 Funciones relacionadas con los reflejos de movimiento involuntario (A)	b7 ^a (funciones relacionadas con el movimiento)	93
b760 Funciones relacionadas con el control de los movimientos voluntarios	b7 ^{a,b}	94
b770 Funciones relacionadas con el patrón de la marcha	b7 ^{a,b}	66
b780 Sensaciones relacionadas con los músculos y las funciones del movimiento (A)	b7 ^{a,b}	29
b810 Funciones protectoras de la piel	b8 Funciones de la piel y estructuras relacionadas (funciones de la piel)	1
d155 Adquisición de habilidades (A)	d1 ^a (aprendizaje básico)	0
d177 Tomar decisiones (A)	d1 ^a (aplicación del conocimiento)	5
d230 Llevar a cabo rutinas diarias (A)	d2 Tareas y demandas generales	23
d240 Manejo del estrés y otras demandas psicológicas (A)	d2 ^a	41
d310 Comunicación-recepción de mensajes hablados	d3 Comunicación (comunicación-recepción)	0

* Las letras iniciales muestran el componente de la CIF (“b” para “funciones corporales”; “d” para “actividades y participación”, “e” para “factores ambientales” y “s” para “estructuras corporales”).

(A) indica que la categoría también pertenece a la versión abreviada del conjunto básico de la CIF.

a Mismo capítulo que la categoría anterior.

b Mismo tema que la categoría anterior.

Tabla 23 (continuación). Frecuencia de categorías del conjunto básico completo para afecciones musculoesqueléticas postagudas identificadas en las medidas de resultado

Categoría de la CIF	Capítulo de la CIF (tema)*	Frecuencia
d410 Cambiar las posturas corporales básicas (A)	d4 Movilidad (cambiar y mantener la posición del cuerpo)	46
d415 Mantener la posición del cuerpo (A)	d4 a,b	64
d420 "Transferir el propio cuerpo"	d4 a,b	13
d430 Levantar y llevar objetos (A)	d4 a (llevar, mover y usar objetos)	43
d440 Uso fino de la mano	d4 a,b	32
d445 Uso de la mano y el brazo (A)	d4 a,b	16
d450 Andar (A)	d4 a (andar y moverse)	90
d460 Desplazarse por distintos lugares	d4 a,b	44
d465 Desplazarse utilizando algún tipo de equipamiento (A)	d4 a,b	29
d510 Lavarse (A)	d5 Autocuidado (tema no disponible)	70
d520 Cuidado de partes del cuerpo (A)	d5 a,b	12
d530 Higiene personal relacionada con los procesos de excreción (A)	d5 a,b	19
d540 Vestirse (A)	d5 Autocuidado (tema no disponible)	83
d550 Comer (A)	d5 a,b	18
d560 Beber	d5 a,b	18
d570 Cuidado de la propia salud	d5 a,b	49
d760 Relaciones familiares	d7 Interacciones y relaciones interpersonales (interacciones interpersonales particulares)	48

* Las letras iniciales muestran el componente de la CIF ("b" para "funciones corporales"; "d" para "actividades y participación", "e" para "factores ambientales" y "s" para "estructuras corporales").

(A) indica que la categoría también pertenece a la versión abreviada del conjunto básico de la CIF.

a Mismo capítulo que la categoría anterior.

b Mismo tema que la categoría anterior.

Tabla 23 (continuación). Frecuencia de categorías del conjunto básico completo para afecciones musculoesqueléticas postagudas identificadas en las medidas de resultado

Categoría de la CIF	Capítulo de la CIF (tema)*	Frecuencia
e110 Productos o sustancias para el consumo personal (A)	e1 Productos y tecnología (tema no disponible)	36
e115 Productos y tecnología para uso personal en la vida diaria (A)	e1 ^{a,b}	24
e120 Productos y tecnología para la movilidad y el transporte personal en espacios cerrados y abiertos (A)	e1 ^{a,b}	37
e125 Productos y tecnología para la comunicación	e1 ^{a,b}	0
e150 Diseño, construcción, materiales de construcción y tecnología arquitectónica para edificios de uso público	e1 ^{a,b}	1
e225 Clima (A)	e2 Entorno natural y cambios en el entorno derivados de la actividad humana (tema no disponible)	0
e310 Familiares cercanos	e3 Apoyo y relaciones (tema no disponible)	13
e320 Amigos	e3 ^{a,b}	14
e340 Cuidadores y personal de ayuda	e3 ^{a,b}	14
e355 Profesionales de la salud (A)	e3 ^{a,b}	73
e410 Actitudes individuales de miembros de la familia cercana	e4 Actitudes (tema no disponible)	0
e420 Actitudes individuales de amigos	e4 ^{a,b}	0
e430 Actitudes individuales de personas en cargos de autoridad	e4 ^{a,b}	6
e440 Actitudes individuales de cuidadores y personal de ayuda	e4 ^{a,b}	0
e450 Actitudes individuales de profesionales de la salud (A)	e4 ^{a,b}	63
e555 Servicios, sistemas y políticas de asociación y organización	e5 Servicios, sistemas y políticas (tema no disponible)	0
e575 Servicios, sistemas y políticas de apoyo social general	e5 ^{a,b}	0

* Las letras iniciales muestran el componente de la CIF ("b" para "funciones corporales"; "d" para "actividades y participación", "e" para "factores ambientales" y "s" para "estructuras corporales").

(A) indica que la categoría también pertenece a la versión abreviada del conjunto básico de la CIF.

a Mismo capítulo que la categoría anterior.

b Mismo tema que la categoría anterior.

Tabla 23 (continuación). Frecuencia de categorías del conjunto básico completo para afecciones musculoesqueléticas postagudas identificadas en las medidas de resultado

Categoría de la CIF	Capítulo de la CIF (tema)*	Frecuencia
e580 Servicios, sistemas y políticas sanitarias	e5 ^{a,b}	73
s710 Estructura de la cabeza y de la región del cuello	s7 Estructuras relacionadas con el movimiento	8
s720 Estructura de la región del hombro	s7 ^a	19
s730 Estructura de la extremidad superior	s7 ^a	12
s740 Estructura de la región pélvica	s7 ^a	1
s750 Estructura de la extremidad inferior	s7 ^a	15
s760 Estructura del tronco	s7 ^a	33
s810 Estructura de las áreas de la piel	s8 Piel y estructuras relacionadas	0

* Las letras iniciales muestran el componente de la CIF (“b” para “funciones corporales”; “d” para “actividades y participación”, “e” para “factores ambientales” y “s” para “estructuras corporales”).

(A) indica que la categoría también pertenece a la versión abreviada del conjunto básico de la CIF.

a Mismo capítulo que la categoría anterior.

b Mismo tema que la categoría anterior.

Tabla 24. Categorías de 2º nivel de la CIF adicionales vinculadas a conceptos identificados a partir de las medidas de resultado

Código CIF	Descripción	Frecuencia	Porcentaje de estudios (%)
d859	Trabajo y empleo, otro especificado y no especificado	89	86,3
b720	Funciones relacionadas con la movilidad de los huesos	93	82,4
b180	Experiencias relacionadas con uno mismo y con el tiempo	82	74,5
d640	Realizar los quehaceres de la casa	54	72,5
b160	Funciones del pensamiento	70	68,6
d920	Tiempo libre y ocio	65	68,6
d455	Desplazarse por el entorno	44	52,9
d649	Tareas del hogar, otras especificadas y no especificadas	40	51,0
b126	Funciones del temperamento y la personalidad	42	49,0
d299	Tareas y demandas generales, no especificadas	32	45,1
d910	Vida comunitaria	37	41,2
d620	Adquisición de bienes y servicios	28	37,3
d999	Vida comunitaria, social y cívica, no especificada	38	35,3
d160	Centrar la atención	14	33,3
b289	Sensación de dolor, no especificada	23	29,4
	Sensación de dolor, otra especificada (modulación condicionada del dolor)	3	5,9
	Sensación de dolor, otra especificada (sumación temporal)	3	5,9
d899	Áreas principales de la vida no especificadas	33	25,5
d770	Relaciones íntimas	17	25,5
e399	Apoyo y relaciones, no especificados	14	25,5
e570	Servicios, sistemas y políticas de seguridad social	23	23,5
d429	Cambiar y mantener la posición del cuerpo, otra especificada y no especificada	19	23,5
b140	Funciones de la atención	16	23,5
d159	Aprendizaje básico, otro especificado y no especificado	5	23,5
d699	Vida doméstica, no especificadas	25	21,6
d850	Trabajo remunerado	18	21,6
d750	Relaciones sociales informales	14	21,6
d650	Cuidado de los objetos del hogar	12	21,6
d163	Pensar	18	19,6
d740	Relaciones formales	11	19,6
d599	Autocuidado, no especificado	10	19,6
e325	Conocidos, compañeros, colegas, vecinos y miembros de la comunidad	11	17,6
d630	Preparar comidas	11	15,7
b122	Funciones psicosociales globales	10	15,7
d730	Relacionarse con extraños	9	13,7
d449	Llevar, mover y usar objetos, otro especificado y no especificado	7	13,7
e499	Actitudes, no especificadas	7	13,7
d820	Educación escolar	7	11,8

CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud

Tabla 24 (continuación). Categorías de 2º nivel de la CIF adicionales vinculadas a conceptos identificados a partir de las medidas de resultado			
Código CIF	Descripción	Frecuencia	Porcentaje de estudios (%)
b265	Funciones táctiles	6	11,8
d845	Conseguir, mantener y finalizar un trabajo	6	11,8
d110	Mirar	5	11,8
d799	Interacciones y relaciones interpersonales, no especificadas	5	11,8
d855	Trabajo no remunerado	19	9,8
d166	Leer	13	9,8
b164	Funciones cognitivas superiores	7	9,8
b765	Funciones relacionadas con los movimientos involuntarios	6	9,8
d879	Vida económica, otra especificada y no especificada (carga económica para la familia)	9	7,8
e330	Personas en cargos de autoridad	6	7,8
b144	Funciones de la memoria	5	7,8
b210	Funciones visuales	5	7,8
d170	Escribir	5	7,8
d330	Hablar	5	7,8
e425	Actitudes individuales de conocidos, compañeros, colegas, vecinos y miembros de la comunidad	5	7,8
b110	Funciones de la conciencia	4	7,8
b240	Sensaciones asociadas con la audición y con la función vestibular	4	7,8
d475	Conducción	4	7,8
d489	Desplazarse utilizando medios de transporte, otro especificado y no especificado	4	7,8
e315	Otros familiares	4	7,8
s770	Estructuras musculoesqueléticas adicionales relacionadas con el movimiento	9	5,9
d138	Adquirir información	6	5,9
d175	Resolver problemas	6	5,9
d930	Religión y espiritualidad	6	5,9
d470	Utilización de medios de transporte	5	5,9
d720	Interacciones interpersonales complejas	5	5,9
b114	Funciones de la orientación	3	5,9
b410	Funciones del corazón	3	5,9
b449	Funciones del sistema respiratorio, otras especificadas y no especificadas	3	5,9
b510	Funciones relacionadas con la ingestión	3	5,9
d660	Ayudar a los demás	3	5,9
b450	Funciones respiratorias adicionales	2	5,9
b156	Funciones de la percepción	3	3,9
b230	Funciones auditivas	3	3,9
d710	Interacciones interpersonales básicas	3	3,9

CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud

Tabla 24 (continuación). Categorías de 2º nivel de la CIF adicionales vinculadas a conceptos identificados a partir de las medidas de resultado			
Código CIF	Descripción	Frecuencia	Porcentaje de estudios (%)
b235	Función vestibular	2	3,9
d729	Interacciones interpersonales generales, otras especificadas y no especificadas	2	3,9
d779	Relaciones interpersonales particulares, otras especificadas y no especificadas	2	3,9
b749	Funciones musculares, otras especificadas y no especificadas (flexibilidad)	1	3,9
e398	Apoyo y relaciones, otros especificados	1	3,9
b139	Funciones mentales globales, otras especificadas y no especificadas	3	2,0
d179	Aplicación del conocimiento, otra especificada y no especificada (prevención de la enfermedad)	2	2,0
b117	Funciones intelectuales	1	2,0
b460	Sensaciones asociadas con las funciones cardiovasculares y respiratorias	1	2,0
b599	Funciones de los sistemas digestivo, metabólico y endocrino, no especificadas	1	2,0
b830	Otras funciones de la piel	1	2,0
b840	Sensaciones relacionadas con la piel	1	2,0
e455	Actitudes individuales de profesionales "relacionados con la salud"	1	2,0
e498	Actitudes, otras especificadas (críticas)	1	2,0
e590	Servicios, sistemas y políticas laborales y de empleo	1	2,0
s120	Médula espinal y estructuras relacionadas	1	2,0

CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud

PERSPECTIVA DEL CONTEXTO CLÍNICO

Estudio empírico multicéntrico

6. La perspectiva del contexto clínico: estudio empírico multicéntrico

La perspectiva del contexto clínico fue analizada por medio de un estudio transversal multicéntrico que contó con la participación de 32 UFAP de Castilla y León y 34 fisioterapeutas de área (ver Figura 6). El protocolo de investigación fue registrado en *clinicaltrials.gov* (identificador NCT04135976) y fue aprobado por los Comités Éticos de Investigación Clínica de las áreas de salud de Castilla y León donde se ubicaban dichas UFAP (ver ANEXOS 9 y 10). En este capítulo se expone la metodología utilizada, los resultados obtenidos y la discusión sobre los principales hallazgos.

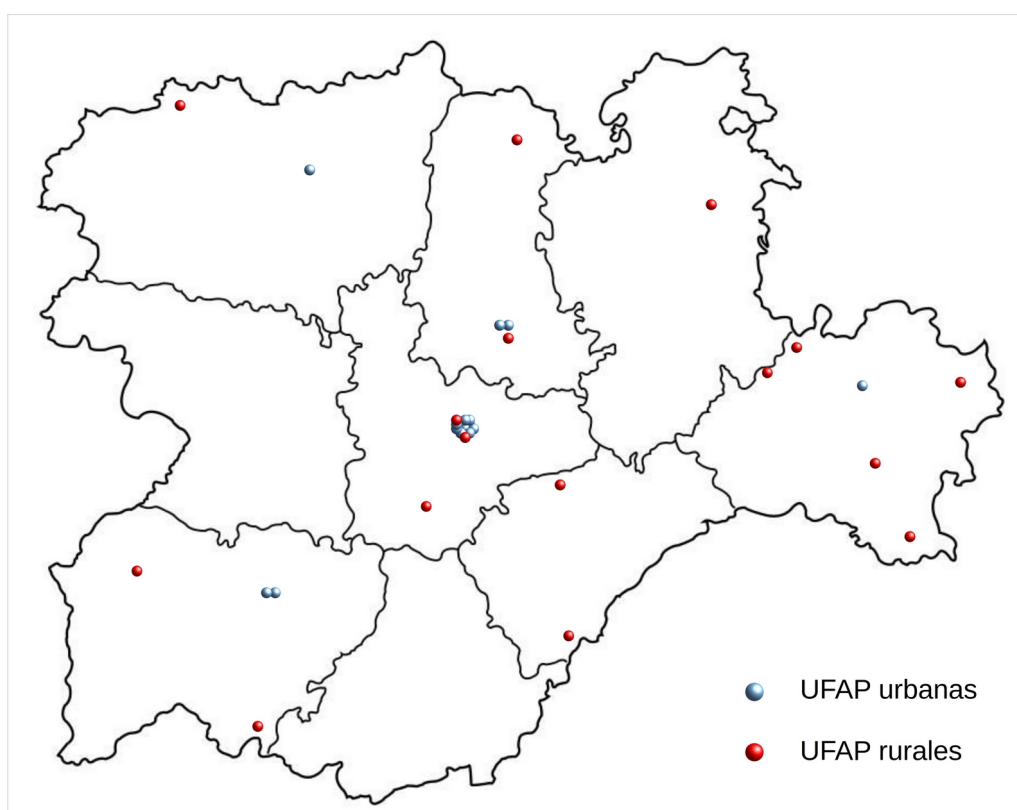


Figura 6. Distribución de la UFAP participantes en el estudio multicéntrico

6.1. Objetivo del estudio

El objetivo de este estudio fue evaluar la validez de contenido de la versión completa del conjunto básico de la CIF para afecciones musculoesqueléticas postagudas [150] en las UFAP del SACYL.

6.2. Métodos

6.2.1. Diseño y contexto clínico

Se realizó un estudio transversal multicéntrico entre mayo de 2022 y enero de 2023 en el que participaron 32 UFAP del SACYL. Estas unidades prestan atención de fisioterapia comunitaria a una población total de 2 308 174 habitantes, centrándose en el tratamiento de problemas musculoesqueléticos. El informe del estudio se redactó siguiendo las directrices de la declaración *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* [277].

6.2.2. Participantes y tamaño de la muestra

Los participantes en el estudio fueron seleccionados a partir de pacientes con problemas musculoesqueléticos remitidos a las UFAP por médicos de familia y salud comunitaria. Los criterios de inclusión fueron: a) pacientes mayores de 18 años, b) diagnóstico de un problema musculoesquelético por un médico general, y c) conocimiento suficiente de castellano. Los criterios de exclusión fueron a) derivación por un problema no musculoesquelético (por ejemplo, trastornos neurológicos) y b) derivación desde servicios hospitalarios.

El tamaño de la muestra se fijó en 273 pacientes teniendo en cuenta un nivel de confianza del 90%, una proporción esperada de 0,5 y un margen de error del 5%. Los pacientes fueron reclutados consecutivamente tras ser informados de las características y objetivos del estudio. Los que aceptaron participar firmaron un consentimiento informado (ver ANEXO 11). La diferencia de características entre las poblaciones urbana y rural se consideró una potencial fuente de sesgo por lo que, para garantizar que ambas perspectivas estuvieran representadas, se incluyeron pacientes de ambos ámbitos de tal manera que estuvieran proporcionalmente representados en la muestra.

6.2.3. Descripción de la muestra

La caracterización de la muestra se realizó a partir de la recogida de datos sociodemográficos y clínicos relacionados con la enfermedad (edad, sexo, nivel educativo, ocupación y diagnóstico). También se utilizó una versión española validada del cuestionario breve de valoración de la función musculoesquelética (BVFM)

[278,279] y una versión modificada del cuestionario autoadministrado de comorbilidades (CAC) [280] (ver ANEXOS 12 y 13).

El BVFM es una medida de resultado informado por el paciente (MRIP) de 46 preguntas que se utiliza para evaluar su estado funcional. Las primeras 34 preguntas están diseñadas para evaluar la función física de los pacientes (índice de disfunción), mientras que las 12 preguntas restantes se centran en el nivel de malestar del paciente (índice de molestia). Los ítems se puntúan mediante una escala tipo Likert de 5 puntos que va de 1 (ningún problema) a 5 (incapaz de realizar una tarea/síntomas todo el tiempo/muy molesto). La puntuación del cuestionario oscila entre 0 y 100 puntos, siendo las puntuaciones más altas indicativas de un peor funcionamiento.

En cuanto a la versión modificada del CAC, se trata de un cuestionario que recoge información sobre 13 comorbilidades que fue utilizado para evaluar el estado de salud de la muestra. El sistema de puntuación asigna un punto a cada comorbilidad que presente el paciente y otro punto más si está recibiendo tratamiento médico por ese motivo. Por lo tanto, la puntuación de este cuestionario oscila entre 0 (ninguna comorbilidad) y 26 (un total de 13 comorbilidades en tratamiento).

6.2.4. Medidas de resultado

La versión completa del conjunto básico de la CIF para afecciones musculoesqueléticas postagudas incluye un total de 70 categorías. Veintitrés de estas categorías pertenecen al componente de la CIF “funciones corporales” (b130-b810) y están incluidas en los capítulos “b1 Funciones mentales”, “b2 Funciones sensoriales y dolor”, “b4 Funciones de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio”, “b5 Funciones de los sistemas digestivo, metabólico y endocrino”, “b6 Funciones genitourinarias y reproductoras”, “b7 Funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento” y “b8 Funciones de la piel y estructuras relacionadas”. Las 7 categorías de la CIF del componente “estructuras corporales” (s710-s810) forman parte de los capítulos “s7 Estructuras relacionadas con el movimiento” y “s8 Piel y estructuras relacionadas”. En cuanto al componente “actividades y participación” (d155-d760), se incluyen un total de 22 categorías de la CIF procedentes de los capítulos “d1 Aprendizaje y aplicación del conocimiento”, “d2 Tareas y demandas generales”, “d3 Comunicación”, “d4 Movilidad”, “d5 Autocuidado” y “d7 Interacciones y relaciones

interpersonales”. Por último, las 18 categorías de la CIF del componente “factores ambientales” (e110-e580) se distribuyen en los capítulos “e1 Productos y tecnología”, “e2 Entorno natural y cambios en el entorno derivados de la actividad humana”, “e3 Apoyo y relaciones”, “e4 Actitudes” y “e5 Servicios, sistemas y políticas” [150]. La lista completa de las categorías de la CIF, clasificadas según el componente al que pertenecen, figura en las Tablas 25-28.

La relevancia de las categorías de la CIF se midió utilizando una escala analógica visual (EVA), que iba de 0 (ningún problema) a 100 mm (problema total). Las mediciones se convirtieron en calificadores de la CIF, de tal forma que el calificador 0 indicaba “ausencia de problema” (de 0 a 4 mm en la EVA) y los calificadores 1-4 eran considerados como “problema” (de 5 a 100 mm). Los calificadores 8 (no especificado) y 9 (no aplicable) fueron recodificados como 0, ya que se asumió que una categoría que no podía definirse suficientemente o que se consideraba “no aplicable” tampoco podía representar un problema significativo para el paciente. Se aplicaron los mismos criterios con respecto a las categorías de la CIF pertenecientes al componente “factores ambientales”, pero se informó a los pacientes de que el calificador podía describir un impacto positivo (facilitador) o negativo (barrera) en el funcionamiento.

Para registrar los datos, se utilizó un formulario estandarizado basado en la *ICF-based Documentation Tool* (disponible en: <https://www.icf-core-sets.org>; consultado el 21 de junio de 2022). Este formulario presentaba las categorías de la CIF incluidas en el conjunto básico, junto con sus definiciones, además de una EVA para valorar la relevancia de dichas categorías (ver ANEXOS 12 y 13).

6.2.5. Recogida de datos

El reclutamiento de pacientes y la recogida de datos fueron realizados por 34 fisioterapeutas de área, tras ser informados de los objetivos y la metodología del estudio y asistir a un taller sobre los fundamentos de la CIF. Los datos se obtuvieron a partir de entrevistas estructuradas que se realizaron a los pacientes, como parte de la valoración funcional que se lleva a cabo en la primera consulta de fisioterapia. Durante la entrevista, se presentó a los pacientes las 70 categorías del conjunto básico de la CIF para afecciones musculoesqueléticas postagudas.

El papel del fisioterapeuta consistía en explicar las definiciones de las categorías de la CIF y asegurarse de que los pacientes comprendían los conceptos incluidos en las mismas. A continuación, se pidió a los pacientes que valoraran la relevancia de cada categoría de la CIF utilizando la EVA incluida en el formulario. Los fisioterapeutas colaboradores supervisaron la valoración realizada por los pacientes y respondieron a sus preguntas durante el proceso de recogida de datos. Tras cumplimentar el formulario, los fisioterapeutas colaboradores convirtieron las puntuaciones de la EVA en los correspondientes calificadores de la CIF.

Al finalizar la entrevista, se recogieron datos sociodemográficos de los pacientes y datos clínicos relacionados con la enfermedad. Por último, se entregaron a los pacientes los dos cuestionarios autoadministrados descritos anteriormente (BVMF y CAC), otorgándoles un plazo de una semana para su cumplimentación. Los cuestionarios cumplimentados fueron entregados a los fisioterapeutas colaboradores.

Los fisioterapeutas colaboradores fueron instruidos para que enviaran únicamente formularios completos, es decir, que incluyeran los datos obtenidos en las entrevistas estructuradas y los cuestionarios autoadministrados completados por los pacientes.

6.2.6. Métodos estadísticos

La prevalencia de los problemas relacionados con el funcionamiento experimentados por los pacientes se analizó mediante estadística descriptiva. La relevancia de las categorías de la CIF se definió como “problema” (calificadores 0, 8 y 9 de la CIF) o “ausencia de problema” (calificadores 1-4 de la CIF). La validez de contenido se consideró confirmada si una categoría de la CIF era considerada como “problema” en al menos el 5% de la muestra. Se utilizó el mismo umbral como criterio de validación si una categoría del componente “factores ambientales” era experimentada por los pacientes como un facilitador o un obstáculo.

6.3. Resultados

Un total de 274 pacientes con afecciones musculoesqueléticas participaron en el estudio. La edad media de los participantes fue de 55,4 años (con un rango entre 18 y 89 años), siendo mujeres el 70,4% de la muestra. Las afecciones más frecuentes fueron lumbalgia

Aplicabilidad CIF en Fisioterapia AP

(24,1%), cervicalgia (16,4%) y tendinopatías de miembros superiores (13,5%). Las características de la muestra figuran en la Tabla 29.

La evaluación del estado funcional de la muestra obtuvo una puntuación media de 21,8 puntos en el BVFM, lo que indica una discapacidad leve. Al analizar las subescalas del BVFM, se observa un deterioro moderado en el “índice de molestia” (31,8 puntos) frente a un deterioro más leve en el “índice de disfunción” (18,3 puntos). Esto indica que el impacto que la afección musculoesquelética sobre las áreas principales de la vida (por ejemplo, familia, trabajo u ocio) es superior al correspondiente con el nivel de disfunción identificado en la muestra.

En cuanto al estado de salud, la puntuación media en la muestra en el CAC fue de 3,1 puntos, lo que implica que el paciente tipo tenía al menos 2 comorbilidades (una de las cuales estaba en tratamiento).

Con respecto a la validez de contenido del conjunto básico completo de la CIF para afecciones musculoesqueléticas postagudas, todas las categorías superaron el umbral de prevalencia del 5% y fueron confirmadas (ver Tablas 25-28).

6.3.1. Prevalencia de deficiencias en Funciones Corporales

La prevalencia de las categorías de la CIF del conjunto básico relacionadas con las funciones corporales osciló entre el 27% de “b620 Funciones urinarias” y el 87,2% de “b280 Sensación de dolor”. En general, las categorías de este componente representaban los problemas más prevalentes para los pacientes que participaron en el estudio. Seis de estas categorías mostraron una prevalencia superior al 75% y estaban incluidas en los capítulos de la CIF “b1 Funciones mentales”, “b2 Funciones sensoriales y dolor”, “b4 Funciones de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio” y “b7 Funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento”. Las categorías más frecuentes en cada capítulo fueron, respectivamente, “b134 Funciones del sueño” (78,5%), “b280 Sensación de dolor” (87,2%), “b455 Funciones relacionadas con la tolerancia al ejercicio” (75,9%) y “b710 Funciones relacionadas con la movilidad de las articulaciones” (84,7%). Las frecuencias del resto de categorías de este componente pueden consultarse en la Tabla 25.

6.3.2. Prevalencia de deficiencias en Estructuras Corporales

Las categorías de la CIF en el componente “estructuras corporales” mostraron una prevalencia que varió entre el 21,9% de “s810 Estructura de las áreas de la piel” y el 64,6% de “s750 Estructura de la extremidad inferior”. Las categorías pertenecientes a “s7 Estructuras relacionadas con el movimiento” mostraron frecuencias similares, directamente relacionadas con la condición musculoesquelética que presentaba el paciente. Por el contrario, la categoría “s810 Estructura de las áreas de la piel”, del capítulo “s8 Piel y estructuras relacionadas”, mostró una prevalencia significativamente menor (21,9%). La lista completa de frecuencias de las categorías de este componente figura en la Tabla 26.

6.3.3. Prevalencia de limitaciones o restricciones en Actividades y Participación

En este componente las prevalencias oscilaron entre el 12,4% de “d550 Comer” y el 63,5% de “d430 Levantar y llevar objetos”. Las categorías más prevalentes pertenecían al capítulo “d4 Movilidad”, siendo “d430 Levantar y llevar objetos” (63,5%) y “d410 Cambiar las posturas corporales básicas” (61,7%) las más representativas. Algunas categorías de la CIF del capítulo “d2 Tareas y demandas generales” también se encontraron entre las más prevalentes, como “d240 Manejo del estrés y otras exigencias psicológicas” (59,5%) y “d230 Llevar a cabo rutinas diarias”. Por último, las categorías de la CIF “d560 Beber” (12,9%) y “d550 Comer” (12,4%), del capítulo “d5 Autocuidado”, aunque validadas, resultaron ser las menos significativas para los pacientes de todas las incluidas en el conjunto básico de la CIF. La Tabla 27 muestra una lista completa de las frecuencias de estas categorías.

6.3.4. Prevalencia de barreras o facilitadores debidos a Factores Ambientales

Las categorías de la CIF del componente “factores ambientales” tuvieron la frecuencia media más baja (31,1%), oscilando entre el 55,8% de “e225 Clima” y el 17,2% de “e340 Cuidadores y personal de ayuda”. En general, las categorías del capítulo “e1 Productos y tecnología” fueron los facilitadores/barreras más significativos, oscilando entre el 31,0% de “e150 Diseño, construcción, materiales de construcción y tecnología arquitectónica para edificios de uso público” y el 37,6% de “e115 Productos y tecnología para uso personal en la vida diaria”. Sin embargo, las categorías más

relevantes de la CIF en este componente fueron “e225 Clima” (55,8%) y “e580 Servicios, sistemas y políticas sanitarias” (39,4%). Las frecuencias del resto categorías figuran en la Tabla 28.

6.4. Discusión

Los resultados de este estudio han proporcionado información sobre la relevancia clínica de las categorías del conjunto básico completo de la CIF para afecciones musculoesqueléticas postagudas cuando se aplica en UFAP. Todas las categorías de este conjunto básico de la CIF superaron el umbral del 5% y fueron confirmadas, demostrando así una validez de contenido adecuada para este contexto clínico. A continuación, se discutirán los principales resultados en relación a los componentes de la CIF.

Las categorías de los componentes de la CIF “funciones corporales” y “estructuras corporales” resultaron ser las más relevantes para los pacientes. En particular, la importancia concedida a la sensación de dolor (b280) respalda los resultados obtenidos en la revisión de alcance llevada a cabo para la realización de esta Tesis Doctoral [218], poniendo de nuevo de manifiesto la relevancia de este aspecto en relación a la tendencia al alza en la prevalencia de dolor musculoesquelético crónico observada a nivel mundial [272]. La prevalencia mostrada por los trastornos del sueño (b134) también apoya esta relación, ya que se ha demostrado que se trata de un factor de riesgo para el desarrollo de dolor crónico [281]. Además, también se ha observado una prevalencia significativamente alta para categorías de la CIF relacionadas con la estructura y la función de la piel (b810 y s810). Este hallazgo resulta inesperado en el sentido de que, a priori, no cabe suponer que los problemas musculoesqueléticos tratados en AP estén asociados a lesiones que afecten a la integridad de la piel. Una posible explicación podría ser la identificación por parte de pacientes de fenómenos como la alodinia o la hiperalgesia, relacionados con la alteración de las percepciones sensoriales observadas en procesos de dolor crónico [282]. También pone de relieve la importancia de la evaluación y el tratamiento del dolor en las UFAP [206].

La valoración del movimiento demostró ser clave para el enfoque fisioterapéutico de los problemas musculoesqueléticos, siendo las categorías de la CIF relacionadas con este aspecto las más prevalentes en su conjunto. Como se ha expuesto anteriormente, el

movimiento es una entidad compleja que incluye aspectos estructurales, funcionales y mentales. Las categorías de la CIF pertenecientes al capítulo “s7 Estructuras relacionadas con el movimiento” permiten describir la dimensión estructural, siendo todas ellas confirmadas en este estudio. Desde un punto de vista funcional, la descripción del movimiento puede realizarse con las categorías de la CIF pertenecientes al capítulo “b7 Funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento”. La movilidad articular (b710) y la fuerza muscular (b730) fueron los aspectos de este capítulo considerados más relevantes por los pacientes. La relevancia atribuida a la evaluación de la tolerancia al ejercicio (b455), indirectamente relacionada con el concepto de movimiento, puede estar vinculada con la importancia que la prescripción de ejercicio terapéutico tiene actualmente en el abordaje de problemas musculoesqueléticos desde el punto de vista de la Fisioterapia. Por último, aspectos como el nivel de energía (b130) y las emociones (b152) parecen estar relacionados con las funciones mentales implicadas en el movimiento [126].

La prevalencia de las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación se concentraron en la movilidad, lo que es coherente con las deficiencias descritas anteriormente. El capítulo de la CIF “d4 movilidad” incluye tareas como levantar y transportar objetos (d430), cambiar y mantener una posición corporal (d410 y d415) o caminar (d450). Además, la prevalencia relativamente alta de aspectos como manejar el estrés (d240), llevar a cabo la rutina diaria (d230), adquirir habilidades (d155) y tomar decisiones (d177) puede estar relacionada con la ya mencionada influencia que los factores psicosociales tienen en los trastornos musculoesqueléticos [60].

El clima y el sistema sanitario fueron los factores ambientales más relevantes para los participantes en el estudio. El clima de Castilla y León se caracteriza por inviernos fríos y veranos calurosos con cortos periodos primaverales y otoñales. En 2021, la temperatura media fue de 12,4°C, con oscilaciones entre -11,9°C y 40,2°C [283], aunque se desconoce su influencia en los trastornos musculoesqueléticos. En cuanto al sistema sanitario, los pacientes valoraron la atención recibida desde el SACYL con una puntuación de 8,46 sobre 10 en una encuesta realizada en 2017 [284].

6.4.4. Limitaciones del estudio

Las limitaciones de este estudio están relacionadas con su diseño y con los criterios aplicados para validar las categorías de la CIF. Con respecto al diseño del estudio, se ha de tener en cuenta que únicamente se evaluó la validez de contenido porque el conjunto básico de CIF analizado fue desarrollado para ser utilizado por equipos multidisciplinares en centros de rehabilitación [151], por lo que no estaba claro si podía describir el funcionamiento en un entorno de AP. Por otro lado, las categorías de la CIF que describían los factores ambientales se definieron como variables dicotómicas para simplificar el proceso de validación, por lo que no se obtuvo información sobre si los pacientes consideraban estos factores como facilitadores, barreras o ambos. Por último, el criterio para confirmar la validez de contenido de una categoría de la CIF se fijó arbitrariamente en el 5%. Esta decisión se basó en la aportación de Grill y Stucki [169], y en un estudio de validación realizado por Weigl et al. [166] sobre una población y contexto clínico similares a los del presente estudio (población europea y problemas musculoesqueléticos debido a artrosis, que habitualmente son tratados en AP). Sin embargo, no hay consenso en la literatura científica sobre qué porcentaje es el más adecuado [285-288]. En este estudio, sólo 5 categorías de la CIF mostraron una prevalencia inferior al 20% (“d550 Comer”, “d560 Beber”, “e340 Cuidadores personales y personal de ayuda”, “d530 Higiene personal relacionada con los procesos de excreción” y “e440 Actitudes individuales de cuidadores y personal de ayuda”), por lo que la decisión de utilizar un umbral más restrictivo no habría cambiado los resultados de forma significativa. Por último, aunque Grill y Stucki [169] sugirieron una medición inicial y otra final en los estudios de validación, se realizó una única medición inicial porque la capacidad de detectar cambios clínicos no se consideró como un criterio necesario para valorar la validez de contenido.

6.4.5. Implicaciones para la práctica clínica

Los resultados de este estudio han mostrado que el conjunto básico de la CIF para afecciones musculoesqueléticas postagudas tiene una buena validez de contenido para un contexto de fisioterapia de AP.

Sin embargo, los estudios realizados sobre el resto de perspectivas sugieren que este conjunto básico podría no cubrir adecuadamente algunas áreas de funcionamiento

relevantes para este contexto asistencial [154,218]. Por ello, se plantea de nuevo la cuestión de si un conjunto básico específico sería la opción más conveniente para la implementación de la CIF en las UFAP. Las puntuaciones obtenidas por la muestra de este estudio en los cuestionarios BVFM y CAC parecen apoyar esta idea. Por un lado, la presencia generalizada de comorbilidades confirma la complejidad de los pacientes atendidos en AP y la necesidad de optimizar las intervenciones para mejorar su salud. Por otro, la mayor relevancia relativa atribuida por las puntuaciones del BVFM a las áreas principales de la vida, como la familia, el trabajo o el ocio; resalta la principal carencia de este conjunto básico, al no incluir ninguna categoría dedicada a estos aspectos esenciales en la APS.

El modelo biopsicosocial articulado por la CIF se ha ido extendiendo por todo el mundo y los conjuntos básicos han demostrado su utilidad en la transición desde el modelo biomédico [133]. Sin embargo, existe una carencia de estudios de validación de los conjuntos básicos ya existentes, lo que sugiere que persisten barreras para extender este modelo desde el nivel teórico al práctico [148]. En particular, la perspectiva clínica es la menos explorada, a pesar de ser la que aporta una información más directa sobre la validez de estas herramientas y permite confirmar o descartar la utilidad en la práctica clínica real.

Los conjuntos básicos de la CIF dedicados a las afecciones musculoesqueléticas pretenden describir los aspectos comunes a un grupo muy heterogéneo de condiciones de salud, lo que resulta un desafío tanto en su desarrollo como en su aplicación. Al centrarse la actividad de las UFAP en el tratamiento de estas enfermedades, la validación de estas herramientas tiene profundas implicaciones, ya que pueden utilizarse como estándar de referencia en la selección de MRIP [289]. Según las directrices del *Consensus-based standards for the selection of health measurement instruments* [276], los ítems incluidos en una MRIP deben ser pertinentes y abarcar todos los aspectos significativos para el paciente. Esto no sólo mejora las propiedades de medición de dichas herramientas, sino que también evita respuestas sesgadas o la frustración del paciente si se formulan preguntas irrelevantes o se omiten cuestiones importantes. Un enfoque aún más sólido puede ser el desarrollo de herramientas de evaluación basadas en la CIF, que tienen la ventaja de estar respaldadas por un proceso científico basado en la evidencia similar al utilizado en el desarrollo de los conjuntos básicos de la CIF [290,291].

6.4.6. Conclusiones

Este estudio confirma la validez de contenido del conjunto básico de la CIF para las afecciones musculoesqueléticas postagudas en las UFAP del SACYL. Dado que el tamaño de la muestra es relativamente grande en comparación con estudios similares, estos resultados tienen un buen potencial de generalización. Sin embargo, es necesario tener cautela a la hora de extrapolar los resultados, ya que los servicios de salud presentan una gran variabilidad entre sí, tanto en su organización como en las prestaciones sanitarias que ofrecen.

6.5. Tablas

Tabla 25. Conjunto básico de la CIF completo para afecciones musculoesqueléticas postagudas: prevalencia de las deficiencias en las funciones corporales

Código CIF	Categoría de la CIF	Capítulo	Prevalencia (%)
b130	Funciones relacionadas con la energía y los impulsos	Funciones mentales	72,3
b134	Funciones del sueño (A)		78,5
b152	Funciones emocionales		71,5
b260	Función propioceptiva (A)	Funciones sensoriales y dolor	48,9
b270	Funciones sensoriales relacionadas con la temperatura y otros estímulos		38,0
b280	Sensación de dolor (A)		87,2
b415	Funciones de los vasos sanguíneos	Funciones de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio	40,9
b435	Funciones del sistema inmunológico (A)		36,1
b440	Funciones respiratorias		36,1
b455	Funciones relacionadas con la tolerancia al ejercicio		75,9
b525	Funciones relacionadas con la defecación	Funciones de los sistemas digestivo, metabólico y endocrino	31,4
b530	Funciones relacionadas con el mantenimiento del peso (A)		55,8
b620	Funciones urinarias (A)	Funciones genitourinarias y reproductoras	27,0

CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud

(A): esta categoría de la CIF también pertenece a la versión abreviada del conjunto básico

En negrita: categorías de la CIF que mostraron una prevalencia $\geq 50,0\%$

Tabla 25 (continuación). Conjunto básico de la CIF completo para afecciones musculoesqueléticas postagudas: prevalencia de las deficiencias en las funciones corporales

Código CIF	Categoría de la CIF	Capítulo	Prevalencia (%)
b710	Funciones relacionadas con la movilidad de las articulaciones	Funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento	84,7
b715	Funciones relacionadas con la estabilidad de las articulaciones		65,3
b730	Funciones relacionadas con la fuerza muscular (A)		79,2
b735	Funciones relacionadas con el tono muscular		68,6
b740	Funciones relacionadas con la resistencia muscular (A)		75,6
b755	Funciones relacionadas con los reflejos de movimiento involuntario (A)		40,9
b760	Funciones relacionadas con el control de los movimientos voluntarios		39,1
b770	Funciones relacionadas con el patrón de la marcha		56,2
b780	Sensaciones relacionadas con los músculos y las funciones del movimiento (A)		74,5
b810	Funciones protectoras de la piel		Funciones de la piel y estructuras relacionadas

CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud

(A): esta categoría de la CIF también pertenece a la versión abreviada del conjunto básico

En negrita: categorías de la CIF que mostraron una prevalencia $\geq 50,0\%$

Tabla 26. Conjunto básico de la CIF completo para afecciones musculoesqueléticas postagudas: prevalencia de las deficiencias en las estructuras corporales

Código CIF	Categorías de la CIF	Capítulo	Prevalencia (%)
s710	Estructura de la cabeza y de la región del cuello	Estructuras relacionadas con el movimiento	62,4
s720	Estructura de la región del hombro		61,0
s730	Estructura de la extremidad superior		57,7
s740	Estructura de la región pélvica		48,5
s750	Estructura de la extremidad inferior		64,6
s760	Estructura del tronco		57,7
s810	Estructura de las áreas de la piel	Piel y estructuras relacionadas	21,9

CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud
 En negrita: categorías de la CIF que mostraron una prevalencia $\geq 50,0\%$

Tabla 27. Conjunto básico de la CIF completo para afecciones musculoesqueléticas postagudas: prevalencia de limitaciones o restricciones en actividades y participación

Código CIF	Categorías de la CIF	Capítulo	Prevalencia (%)
d155	Adquisición de habilidades (A)	Aprendizaje y aplicación del conocimiento	42,3
d177	Tomar decisiones (A)		40,2
d230	Llevar a cabo rutinas diarias (A)	Tareas y demandas generales	57,7
d240	Manejo del estrés y otras demandas psicológicas (A)		59,5
d310	Comunicación-recepción de mensajes hablados	Comunicación	23,0
d410	Cambiar las posturas corporales básicas (A)	Movilidad	61,7
d415	Mantener la posición del cuerpo (A)		58,4
d420	“Transferir el propio cuerpo”		42,7
d430	Levantar y llevar objetos (A)		63,5
d440	Uso fino de la mano		29,9
d445	Uso de la mano y el brazo (A)		44,5
d450	Andar (A)		52,6
d460	Desplazarse por distintos lugares		45,3
d465	Desplazarse utilizando algún tipo de equipamiento (A)		38,7

CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud
(A): esta categoría de la CIF también pertenece a la versión abreviada del conjunto básico
En negrita: categorías de la CIF que mostraron una prevalencia $\geq 50,0\%$

Tabla 27 (continuación). Conjunto básico de la CIF completo para afecciones musculoesqueléticas postagudas: prevalencia de limitaciones o restricciones en actividades y participación

Código CIF	Categorías de la CIF	Capítulo	Prevalencia (%)
d510	Lavarse (A)	Autocuidado	24,1
d520	Cuidado de partes del cuerpo (A)		28,8
d520	Cuidado de partes del cuerpo (A)		28,8
d530	Higiene personal relacionada con los procesos de excreción (A)		17,9
d540	Vestirse (A)		34,7
d550	Comer (A)		12,4
d560	Beber		12,8
d570	Cuidado de la propia salud		23,7
d760	Relaciones familiares	Interacciones y relaciones interpersonales	23,4

CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud
(A): esta categoría de la CIF también pertenece a la versión abreviada del conjunto básico
En negrita: categorías de la CIF que mostraron una prevalencia $\geq 50,0\%$

Tabla 28. Conjunto básico de la CIF completo para afecciones musculoesqueléticas postagudas: prevalencia de barreras o facilitadores debidas a factores ambientales

Código CIF	Categorías de la CIF	Capítulo	Prevalencia (%)
e110	Productos o sustancias para el consumo personal (A)	Productos y tecnología	34,7
e115	Productos y tecnología para uso personal en la vida diaria (A)		37,6
e120	Productos y tecnología para la movilidad y el transporte personal en espacios cerrados y abiertos (A)		29,9
e125	Productos y tecnología para la comunicación		32,1
e150	Diseño, construcción, materiales de construcción y tecnología arquitectónica para edificios de uso público		31,0
e225	Clima (A)	Entorno natural y cambios en el entorno derivados de la actividad humana	55,8
e310	Familiares cercanos	Apoyo y relaciones	32,8
e320	Amigos		30,3
e340	Cuidadores y personal de ayuda		17,2
e355	Profesionales de la salud (A)		30,3
e410	Actitudes individuales de miembros de la familia cercana	Actitudes	31,4
e420	Actitudes individuales de amigos		28,8
e430	Actitudes individuales de personas en cargos de autoridad		30,3

CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud

(A): esta categoría de la CIF también pertenece a la versión abreviada del conjunto básico

En negrita: categorías de la CIF que mostraron una prevalencia $\geq 50,0\%$

Tabla 28 (continuación). Conjunto básico de la CIF completo para afecciones musculoesqueléticas postagudas: prevalencia de barreras o facilitadores debidas a factores ambientales

Código CIF	Categorías de la CIF	Capítulo	Prevalencia (%)
e440	Actitudes individuales de cuidadores y personal de ayuda	Actitudes	19,3
e450	Actitudes individuales de profesionales de la salud (A)		26,6
e555	Servicios, sistemas y políticas de asociación y organización	Servicios, sistemas y políticas	25,9
e575	Servicios, sistemas y políticas de apoyo social general		26,6
e580	Servicios, sistemas y políticas sanitarias		39,4

CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud
(A): esta categoría de la CIF también pertenece a la versión abreviada del conjunto básico
En negrita: categorías de la CIF que mostraron una prevalencia $\geq 50,0\%$

Tabla 29. Características de la muestra en el estudio multicéntrico	
Edad (años), <i>media (desviación típica)</i>	55,4 (12,3)
Sexo, <i>n (%)</i>	
Mujer	193 (70,4)
Hombre	81 (29,6)
Nivel educativo, <i>n (%)</i>	
Bajo (sin estudios o educación obligatoria)	114 (41,6)
Media (bachillerato o formación profesional)	83 (30,3)
Alta (estudios universitarios)	77 (28,1)
Ocupación, <i>n (%)</i>	
Empleado por cuenta propia o ajena	146 (53,3)
Desempleado/estudiante	54 (19,7)
Jubilado	74 (27,0)
Afección por la que fue derivado a fisioterapia, <i>n (%)</i>	
Lumbalgia	66 (24,1)
Cervicalgia	45 (16,4)
Tendinopatía de extremidad superior	37 (13,5)
Omalgia	30 (10,9)
Artrosis de la extremidad inferior	29 (10,6)
Tendinopatía de extremidad inferior	26 (9,5)
Artrosis de la extremidad superior	11 (4,0)
Esguince de tobillo	10 (3,6)
Otras (por ejemplo, mialgia)	20 (7,3)
Estado funcional	
BVFM, <i>puntuación media (desviación típica)</i>	21,8 (14,7)
Índice de disfunción	18,3 (13,4)
Índice de molestia	31,8 (21,4)
Estado de salud	
CAC, <i>media (desviación típica)</i>	3,1 (2,8)
n: número; BVFM: Cuestionario breve de valoración de la función musculoesquelética; CAC: Cuestionario autoadministrado de comorbilidades	

**PROPUESTA DE
HERRAMIENTA BASADA EN
LA CIF PARA LA VALORACIÓN
FUNCIONAL DE AFECCIONES
MUSCULOESQUELÉTICAS EN
UFAP**

7. Propuesta de herramienta basada en la CIF para la valoración funcional de afecciones musculoesqueléticas en UFAP

Los estudios realizados durante el desarrollo de esta Tesis Doctoral han servido para describir, desde diferentes perspectivas, los aspectos del funcionamiento más relevantes para las UFAP. La CIF ha sido el marco de referencia utilizado en esta descripción, permitiendo una comparación de estas perspectivas y determinando qué aspectos son comunes o particulares para cada una de ellas. El conjunto básico de la CIF para afecciones musculoesqueléticas ha mostrado, en general, una adecuada validez de contenido para todas las perspectivas. Esto se ha puesto especialmente de manifiesto en los resultados del estudio multicéntrico, en el que el conjunto básico ha mostrado ser representativo del contexto clínico de las UFAP, sobre el que interaccionan el resto de perspectivas analizadas.

En particular, las encuestas realizadas siguiendo el método Delfos han permitido reafirmar la potencial utilidad de este conjunto básico para los fisioterapeutas de AP, así como descartar el conjunto básico para la etapa aguda de las enfermedades musculoesqueléticas. Con algunos matices, el conjunto básico dirigido a la etapa postaguda es un adecuado punto de partida para adoptar el uso de la CIF en las UFAP.

Un desafío que plantea la integración del enfoque de la CIF es seleccionar las herramientas de medición más adecuadas a utilizar en el contexto asistencial estudiado. La revisión de alcance de la literatura científica ha logrado arrojar luz sobre este tema, tras analizar un considerable número de medidas de resultado y vinculándolas a la CIF. Con esta contribución, se dispone de información que puede ser potencialmente útil para el desarrollo de una herramienta específica que permita valorar, tomando la CIF como base, los aspectos esenciales del funcionamiento en las UFAP.

Sin embargo, esta información no estaría completa si no se considerara el punto de vista del paciente. El estudio cualitativo mediante grupos focales no sólo ha respaldado la validez de contenido del conjunto básico, sino que ha aportado información relevante sobre aspectos que no estaban incluidos en el mismo y que son clave para los pacientes atendidos en las UFAP. En particular, la falta de consideración de aspectos relacionados con las principales áreas de la vida se ha mostrado como la principal carencia del conjunto básico analizado.

En resumen, el conjunto básico de la CIF para afecciones musculoesqueléticas postagudas tiene una adecuada validez de contenido desde las 4 perspectivas consideradas. Sin embargo, habría que incluir los aspectos relevantes, en relación al contexto de AP, que han sido identificados en los estudios realizados. Por ello, un conjunto básico de la CIF elaborado a partir de las perspectivas estudiadas en esta Tesis Doctoral supondría una herramienta válida para el abordaje de afecciones musculoesqueléticas a nivel comunitario. En los siguientes apartados se expondrán los aspectos metodológicos a tener en cuenta a la hora de elaborar esta herramienta basada en la CIF, así como las implicaciones que su disponibilidad tendría sobre la actividad de las UFAP.

7.1. Consideraciones generales en el desarrollo de un conjunto básico de la CIF para la atención comunitaria de afecciones musculoesqueléticas

El desarrollo de conjuntos básicos de la CIF se realiza siguiendo la metodología establecida por Selb et al. [147], según la cual han de realizarse una serie de estudios preparatorios y una posterior conferencia de consenso que dé lugar a una selección preliminar de categorías de la CIF. La conferencia de consenso es un proceso de toma de decisiones en el que participan entre 21 y 24 expertos de diferentes disciplinas, de tal forma que representen la totalidad de las regiones mundiales de la OMS. Este proceso implica el desarrollo alternativo de grupos de trabajo y sesiones plenarias a partir de la información obtenida en los estudios preparatorios. Las sucesivas evaluaciones y votaciones sobre la relevancia de las categorías de la CIF consideradas dan lugar a versiones preliminares (abreviada y completa) del conjunto básico en cuestión.

Los resultados de los estudios expuestos en los capítulos anteriores han permitido obtener la información necesaria para describir, por medio de la CIF, las perspectivas de investigadores, fisioterapeutas de AP y pacientes atendidos en UFAP. En este sentido, es preciso tener en cuenta que el contexto asistencial abordado implica a una única disciplina y está circunscrito a un ámbito geográfico mucho más reducido.

Otro aspecto a considerar es que, si bien el estudio empírico multicéntrico realizado ha confirmado la validez de contenido del conjunto básico de la CIF para afecciones musculoesqueléticas postagudas en las UFAP, su diseño no ha permitido identificar categorías adicionales. Esto es debido a que se trataba de un estudio de

validación y no propiamente destinado a capturar la perspectiva clínica. Los estudios destinados a este fin utilizan la lista de verificación de la CIF, en lugar de las categorías de un conjunto básico ya elaborado. Esta lista incluye 125 categorías que son consideradas como más relevantes desde el punto de vista clínico para resumir y registrar la información básica sobre el funcionamiento de una persona [292].

En vista de lo anteriormente expuesto, es necesario adaptar la metodología propuesta por Selb et al. [147] para servir al propósito de esta Tesis Doctoral. En la literatura científica pueden encontrarse algunos enfoques alternativos que han sido utilizados con éxito en el desarrollo de conjuntos básicos de la CIF. En particular, se ha considerado especialmente útil el enfoque utilizado por Papelard et al. [290] para el desarrollo de un conjunto básico de la CIF para pacientes con esclerosis múltiple. Su planteamiento consistió en realizar un proceso de triangulación entre los conceptos identificados en los estudios destinados a capturar las perspectivas de investigadores, profesionales y pacientes; partiendo de una información similar a la obtenida en el desarrollo de esta Tesis Doctoral. Otro enfoque que mostró ser adecuado, en este caso para abordar un contexto asistencial de AP, fue el utilizado por Spoorenberg et al. [293]. En este caso, se utilizó el método Delfos para conjugar las diferentes perspectivas y realizar un posterior estudio multicéntrico para validar los resultados obtenidos. Finalmente, es relevante considerar la metodología utilizada por Lin et al. [294] para desarrollar un conjunto básico para evaluación clínica de pacientes con obesidad mórbida. En este caso, se parte de las categorías incluidas en el conjunto básico de la CIF para obesidad [295] y se utiliza el método Delfos para identificar categorías que representen conceptos adicionales y seleccionar las más relevantes en el conjunto agregado.

Teniendo en consideración las contribuciones científicas anteriores, los resultados de los estudios incluidos en esta Tesis Doctoral podrían utilizarse como base para desarrollar un conjunto básico de la CIF para el abordaje comunitario de afecciones musculoesqueléticas en las UFAP. El listado agregado de categorías de la CIF identificadas en dichos estudios puede consultarse en las Tablas 30-33.

7.2. Aplicabilidad de la CIF en las UFAP y futuras líneas de desarrollo e investigación

La aprobación de la CIF por parte de la OMS supuso la disponibilidad de un marco conceptual universalmente aceptado sobre la discapacidad. Esto fue especialmente importante para la Rehabilitación, cuyo objetivo es mantener un funcionamiento óptimo en personas que experimentan discapacidad, favoreciendo su interacción con el ambiente [296]. La Fisioterapia, al ser una disciplina centrada en el movimiento humano, es un elemento clave para prevenir la discapacidad o mejorar la experiencia de aquellas personas que la padecen [145].

El principal desafío con respecto a la CIF es lograr su integración en la práctica clínica, a lo largo de todo el continuo asistencial. El ciclo de Rehabilitación está implicado en varios niveles asistenciales, desde la atención hospitalaria de los casos agudos, y el posterior tratamiento de las secuelas en servicios de rehabilitación multidisciplinares, hasta la integración final del paciente en la comunidad. La integración de la CIF ha sido propuesta en este ciclo mediante el uso de diversas herramientas, como son: a) los perfiles categóricos, que combinan las categorías de un conjunto básico con los correspondientes calificadores obtenidos tras la valoración del paciente, b) las hojas de valoración, que ilustran tanto la perspectiva del paciente como la del profesional en un formato similar al anterior, c) los mapas de asignación de intervenciones, que organizan las tareas que ha de realizar cada profesional en relación con cada categoría de la CIF considerada, d) las tablas de intervenciones, que contienen toda la información sobre asignación y evaluación de las intervenciones aplicadas por todos los profesionales que participan en el proceso de rehabilitación; y e) los visores de evaluación, que muestran el cambio del estado funcional a lo largo del ciclo de Rehabilitación [296,297].

En el caso de la Fisioterapia, algunos autores también han propuesto herramientas basadas en la CIF para tratar de reducir la distancia entre este marco teórico y la práctica clínica. En particular, es necesario identificar vías que permitan integrar la CIF como lenguaje común de las actuaciones de fisioterapia. Una aproximación inicial en este sentido consistió en definir categorías de intervención, con el fin de incorporar la CIF a la documentación empleada por los fisioterapeutas en el registro de datos clínicos [298]. Sin embargo, este enfoque resultó limitado y surgieron nuevas propuestas para

considerar de forma amplia el uso de conjuntos básicos de la CIF en la práctica clínica de la fisioterapia [299]. Los conjuntos básicos han de entenderse como herramientas intermedias en la implementación de la CIF en el ámbito asistencial. La principal ventaja que ofrecen es guiar al fisioterapeuta sobre qué aspectos del funcionamiento han de ser valorados en el paciente. Su uso es complementario con las herramientas de medición que se utilizan en las valoraciones de fisioterapia; como pueden ser las medidas de la función física, del rendimiento o los cuestionarios autoinformados por el paciente [300]. Este enfoque combinado permite aprovechar las características de codificación de la CIF con la fiabilidad, validez y precisión de las escalas cuantitativas. A su vez, sirve de ayuda para interpretar los hallazgos clínicos y expresarlos de una forma inteligible entre distintas disciplinas y contextos asistenciales [301]. El principal desafío en la implementación de este enfoque continúa siendo decidir qué instrumentos de medición son capaces de representar con mayor fiabilidad los conceptos incluidos en las diferentes categorías de la CIF que componen el conjunto básico [302].

Ante la falta de conjuntos básicos de la CIF específicamente desarrollados para la fisioterapia, Escorpizo et al. [300] propusieron utilizar algunos de los ya existentes. En particular, una de las posibilidades más sencillas consiste en integrar el conjunto básico genérico de la CIF en las herramientas de documentación utilizadas habitualmente en fisioterapia. Este conjunto básico consta de 28 categorías y ha mostrado una adecuada validez en la descripción general del funcionamiento [303]. Otra opción puede ser el uso de conjuntos básicos para determinadas condiciones de salud, integrándolos en documentos de base en la práctica fisioterapéutica, como la *Guide to Physical Therapist Practice* de la APTA [304]. De esta forma, el fisioterapeuta decide qué categorías requieren de un examen sobre el paciente y selecciona la prueba que considera más adecuada para valorar el aspecto del funcionamiento representado por dicha categoría (por ejemplo, la decisión de evaluar la categoría “b280 Sensación de dolor” conlleva el registro de la medición realizada con una EVA para el dolor) [300]. En línea con este enfoque, la APTA ha promovido el desarrollo de guías de práctica clínica que integran la CIF como base en la formulación de sus recomendaciones [305-307].

Los pasos descritos anteriormente sobre la adopción de la CIF como marco conceptual para describir el funcionamiento, además de su utilidad como sistema clasificatorio para el registro de datos clínicos, pueden reproducirse en el ámbito de la fisioterapia en AP. Los resultados obtenidos en esta Tesis Doctoral sientan la base para

el desarrollo de un conjunto básico específicamente adaptado a las UFAP. La disponibilidad de este conjunto básico facilitaría la integración de la CIF en los protocolos de fisioterapia en AP [92], contribuyendo a una selección óptima de herramientas de medición para este contexto clínico. Además, facilitaría el registro normalizado de datos en las aplicaciones informáticas usadas en la gestión de la historia clínica electrónica de los pacientes, aspecto que ha mostrado ser muy relevante en la medición de la calidad en las actuaciones de fisioterapia en AP [308]. Este desarrollo ha de acompañarse de una formación que capacite a los fisioterapeutas de AP en el uso de la CIF y en las herramientas relacionadas con esta clasificación [300].

Los resultados de los estudios realizados en el desarrollo de esta Tesis Doctoral sirven de punto de partida para la adopción de la CIF como marco de referencia para la descripción del funcionamiento en las UFAP. La información sobre las diferentes perspectivas implicadas es suficiente para desarrollar un conjunto básico de la CIF para la atención comunitaria de afecciones musculoesqueléticas adaptado a estas unidades. El beneficio del uso de la CIF en las UFAP puede contribuir a homogeneizar las valoraciones de fisioterapia, además del resto de actuaciones de fisioterapia que se deriven de dichas valoraciones. Por último, la disponibilidad de este conjunto básico permitiría integrar la CIF en los protocolos existentes y en los sistemas informáticos para el registro de datos en las historias clínicas.

7.3. Limitaciones de la Tesis Doctoral

La principal limitación en los resultados obtenidos en el desarrollo de esta Tesis Doctoral es la ausencia de una descripción de la perspectiva clínica utilizando la lista de verificación de la CIF [292]. La validación del conjunto básico para afecciones musculoesqueléticas postagudas se consideró como un aspecto clave para la implementación de la CIF en las UFAP, por lo que el estudio multicéntrico realizado utilizó las categorías incluidas en dicha herramienta. Esto tiene implicaciones metodológicas en el desarrollo de un conjunto básico específico pero, tal como se ha expuesto anteriormente, existen alternativas que permiten superar esta circunstancia.

Otra limitación está relacionada con el hallazgo de haber identificado 22 categorías de la CIF “no especificadas” y 6 categorías del tipo “otras especificadas”. La identificación de categorías “no especificadas” muestra que algunos

aspectos del funcionamiento son relevantes desde determinadas perspectivas, pero su falta de definición implica que no puedan considerarse para el desarrollo del conjunto básico específico para las UFAP. Por otra parte, las categorías “otras especificadas” describen aspectos que, si bien han sido claramente definidos desde alguna de las perspectivas implicadas, no están inicialmente contemplados en la CIF, por lo que cabe la posibilidad de que no puedan ser extrapoladas al resto de perspectivas.

Por otro lado, la cantidad de información obtenida con respecto a los componentes de la CIF es desigual a lo largo de los estudios. En particular, no se alcanzó consenso sobre categorías de “factores ambientales” en el estudio Delfos, por lo que no se identificaron categorías de este componente desde la perspectiva del fisioterapeuta de AP. Sin embargo, es posible utilizar las categorías que obtuvieron mayor probabilidad de ser representativas de este punto de vista. Con respecto a los “factores personales”, al no estar definidos en la CIF, hubo variabilidad en cuanto a la forma de clasificarlos a lo largo de los estudios. Una posibilidad para superar esta limitación es utilizar el sistema de clasificación propuesto por Geyh et al. [132] y homogeneizar la información obtenida para desarrollar el conjunto básico de la CIF adaptado a las UFAP.

Por último, otra posible limitación tiene que ver con la capacidad de generalización de los resultados. El ámbito de estudio se ha circunscrito a la comunidad autónoma de Castilla y León y al SACYL, por lo que la extrapolación de resultados a otros contextos asistenciales habría de realizarse teniendo en cuenta la variabilidad existente entre servicios de salud, en la prestación de servicios de fisioterapia en AP y en lo que respecta a las características de la población diana.

7.4. Tablas

Código CIF	Descripción de la categoría de la CIF	Perspectiva				¿Categoría adicional?
		Profesional	Paciente	Investigador	Contexto clínico	
b110	Funciones de la conciencia			X		Sí
b114	Funciones de la orientación			X		Sí
b122	Funciones psicosociales globales			X		Sí
b126	Funciones del temperamento y la personalidad		X	X		Sí
b130	Funciones relacionadas con la energía y los impulsos		X	X	X	No
b134	Funciones del sueño		X	X	X	No
b140	Funciones de la atención		X	X		Sí
b144	Funciones de la memoria			X		Sí
b152	Funciones emocionales		X	X	X	No
b156	Funciones de la percepción		X			Sí
b160	Funciones del pensamiento		X	X		Sí
b164	Funciones cognitivas superiores		X	X		Sí
b180	Experiencias relacionadas con uno mismo y con el tiempo		X	X		Sí
b199	Funciones mentales, no especificadas		X			Sí
b210	Funciones visuales			X		Sí
b235	Función vestibular		X			Sí
b240	Sensaciones asociadas con la audición y con la función vestibular			X		Sí
b260	Función propioceptiva	X	X	X	X	No
b265	Funciones táctiles	X	X	X		Sí
b270	Funciones sensoriales relacionadas con la temperatura y otros estímulos	X	X	X	X	No
b280	Sensación de dolor	X	X	X	X	No
b289	Sensación de dolor, otra especificada y no especificada (alodinia, migraña, modulación condicionada, sumación temporal)		X	X		Sí
b410	Funciones del corazón			X		Sí
b415	Funciones de los vasos sanguíneos		X	X	X	No
b429	Funciones del sistema cardiovascular, otras especificadas y no especificadas		X			Sí
b435	Funciones del sistema inmunológico		X	X	X	No
b440	Funciones respiratorias		X	X	X	No
b445	Funciones de los músculos respiratorios	X				Sí
b449	Funciones del sistema respiratorio, otras especificadas y no especificadas			X		Sí
b450	Funciones respiratorias adicionales			X		Sí
b455	Funciones relacionadas con la tolerancia al ejercicio	X	X	X	X	No

CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud

Tabla 30 (continuación). Lista agregada de categorías del componente de la CIF "Funciones Corporales"						
Código CIF	Descripción de la categoría de la CIF	Perspectiva				¿Categoría adicional?
		Profesional	Paciente	Investigado	Contexto clínico	
b460	Sensaciones asociadas con las funciones cardiovasculares y respiratorias	X				Sí
b499	Funciones de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio, no especificadas		X			Sí
b510	Funciones relacionadas con la ingestión			X		Sí
b525	Funciones relacionadas con la defecación		X	X	X	No
b530	Funciones relacionadas con el mantenimiento del peso		X	X	X	No
b539	Funciones relacionadas con el sistema digestivo, otras especificadas y no especificadas		X			Sí
b620	Funciones urinarias		X	X	X	No
b710	Funciones relacionadas con la movilidad de las articulaciones	X	X	X	X	No
b715	Funciones relacionadas con la estabilidad de las articulaciones	X		X	X	No
b720	Funciones relacionadas con la movilidad de los huesos	X	X	X		Sí
b730	Funciones relacionadas con la fuerza muscular	X	X	X	X	No
b735	Funciones relacionadas con el tono muscular	X	X	X	X	No
b740	Funciones relacionadas con la resistencia muscular	X	X	X	X	No
b749	Funciones musculares, otras especificadas y no especificadas		X			Sí
b750	Funciones relacionadas con los reflejos motores	X				Sí
b755	Funciones relacionadas con los reflejos de movimiento involuntario	X	X	X	X	No
b760	Funciones relacionadas con el control de los movimientos voluntarios	X	X	X	X	No
b765	Funciones relacionadas con los movimientos involuntarios			X		Sí
b770	Funciones relacionadas con el patrón de la marcha	X	X	X	X	No
b780	Sensaciones relacionadas con los músculos y las funciones del movimiento	X	X	X	X	No
b799	Funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento, no especificadas		X			Sí
b810	Funciones protectoras de la piel			X	X	No

CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud

Tabla 31. Lista agregada de categorías del componente de la CIF “Estructuras Corporales”

Código CIF	Descripción de la categoría de la CIF	Perspectiva				¿Categoría adicional?
		Profesional	Paciente	Investigador	Contexto clínico	
s120	Médula espinal y estructuras relacionadas	X	X			Sí
s199	Estructura del sistema nervioso, no especificada		X			Sí
s410	Estructura del sistema cardiovascular		X			Sí
s430	Estructura del sistema respiratorio		X			Sí
s540	Estructura del intestino		X			Sí
s599	Estructuras relacionadas con los sistemas digestivo, metabólico y endocrino, no especificadas		X			Sí
s620	Estructura del suelo pélvico		X			Sí
s710	Estructura de la cabeza y de la región del cuello	X	X	X	X	No
s720	Estructura de la región del hombro	X	X	X	X	No
s730	Estructura de la extremidad superior	X	X	X	X	No
s740	Estructura de la región pélvica	X	X	X	X	No
s750	Estructura de la extremidad inferior	X	X	X	X	No
s760	Estructura del tronco	X	X	X	X	No
s770	Estructuras musculoesqueléticas adicionales relacionadas con el movimiento	X	X	X		Sí
s799	Estructuras relacionadas con el movimiento, no especificadas	X				Sí
s810	Estructura de las áreas de la piel				X	No

CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud

Tabla 32. Lista agregada de categorías del componente de la CIF “Actividades y Participación”						
Código CIF	Descripción de la categoría de la CIF	Perspectiva				¿Categoría adicional?
		Profesional	Paciente	Investigador	Contexto clínico	
d110	Mirar			X		Sí
d137	Adquisición de conceptos		X			Sí
d138	Adquisición de información		X	X		Sí
d155	Adquisición de habilidades		X		X	No
d159	Aprendizaje básico, otro especificado y no especificado			X		Sí
d160	Centrar la atención		X	X		Sí
d163	Pensar			X		Sí
d166	Leer		X	X		Sí
d170	Escribir			X		Sí
d175	Resolver problemas		X	X		Sí
d177	Tomar decisiones		X	X	X	No
d179	Aplicación del conocimiento, otra especificada y no especificada (prevención de la enfermedad)		X			Sí
d210	Llevar a cabo una única tarea		X			Sí
d230	Llevar a cabo rutinas diarias		X	X	X	No
d240	Manejo del estrés y otras demandas psicológicas		X	X	X	No
d299	Tareas y demandas generales, no especificadas			X		Sí
d310	Comunicación-recepción de mensajes hablados		X		X	No
d330	Hablar		X	X		Sí
d350	Conversación		X			Sí
d360	Utilización de dispositivos y técnicas de comunicación		X			Sí
d399	Comunicación, no especificada		X			Sí
d410	Cambiar las posturas corporales básicas	X	X	X	X	No
d415	Mantener la posición del cuerpo	X	X	X	X	No
d420	“Transferir el propio cuerpo”	X	X	X	X	No
d429	Cambiar y mantener la posición del cuerpo, otra especificada y no especificada		X	X		Sí
d430	Levantar y llevar objetos	X	X	X	X	No
d435	Mover objetos con las extremidades inferiores	X				Sí
d440	Uso fino de la mano	X	X	X	X	No
d445	Uso de la mano y el brazo	X	X	X	X	No
d449	Llevar, mover y usar objetos, otro especificado y no especificado		X	X		Sí

CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud

Tabla 32 (continuación). Lista agregada de categorías del componente de la CIF "Actividades y Participación"						
Código CIF	Descripción de la categoría de la CIF	Perspectiva				¿Categoría adicional?
		Profesional	Paciente	Investigador	Contexto clínico	
d450	Andar	X	X	X	X	No
d455	Desplazarse por el entorno		X	X		Sí
d460	Desplazarse por distintos lugares	X	X	X	X	No
d465	Desplazarse utilizando algún tipo de equipamiento	X	X	X	X	No
d470	Utilización de medios de transporte		X	X		Sí
d475	Conducción		X	X		Sí
d489	Desplazarse utilizando medios de transporte, otro especificado y no especificado			X		Sí
d499	Movilidad, no especificado		X			Sí
d510	Lavarse	X	X	X	X	No
d520	Cuidado de partes del cuerpo	X	X	X	X	No
d530	Higiene personal relacionada con los procesos de excreción	X	X	X	X	No
d540	Vestirse	X	X	X	X	No
d550	Comer	X	X	X	X	No
d560	Beber	X	X	X	X	No
d570	Cuidado de la propia salud	X	X	X	X	No
d598	Autocuidado, otro especificado (confinamiento)		X			Sí
d599	Autocuidado, no especificado		X	X		Sí
d620	Adquisición de bienes y servicios		X	X		Sí
d630	Preparar comidas		X	X		Sí
d640	Realizar los quehaceres de la casa		X	X		Sí
d649	Tareas del hogar, otras especificadas y no especificadas		X	X		Sí
d650	Cuidado de los objetos del hogar		X	X		Sí
d660	Ayudar a los demás		X	X		Sí
d699	Vida doméstica, no especificadas		X	X		Sí
d710	Interacciones interpersonales básicas		X			Sí
d720	Interacciones interpersonales complejas		X	X		Sí
d730	Relacionarse con extraños			X		Sí
d740	Relaciones formales			X		Sí
d750	Relaciones sociales informales			X		Sí
d760	Relaciones familiares		X	X	X	No
d770	Relaciones íntimas		X	X		Sí

CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud

Tabla 32 (continuación). Lista agregada de categorías del componente de la CIF "Actividades y Participación"						
Código CIF	Descripción de la categoría de la CIF	Perspectiva				¿Categoría adicional?
		Profesional	Paciente	Investigador	Contexto clínico	
d779	Relaciones interpersonales particulares, otras especificadas y no especificadas		X			Sí
d799	Interacciones y relaciones interpersonales, no especificadas			X		Sí
d820	Educación escolar			X		Sí
d830	Educación superior		X			Sí
d839	Educación, otra especificada y no especificada		X			Sí
d845	Conseguir, mantener y finalizar un trabajo			X		Sí
d850	Trabajo remunerado		X	X		Sí
d855	Trabajo no remunerado			X		Sí
d859	Trabajo y empleo, otro especificado y no especificado		X	X		Sí
d870	Autosuficiencia económica		X			Sí
d879	Vida económica, otra especificada y no especificada		X	X		Sí
d899	Áreas principales de la vida no especificadas			X		Sí
d910	Vida comunitaria		X	X		Sí
d920	Tiempo libre y ocio	X	X	X		Sí
d930	Religión y espiritualidad			X		Sí
d999	Vida comunitaria, social y cívica, no especificada		X	X		Sí

CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud

Tabla 33. Lista agregada de categorías del componente de la CIF “Factores Ambientales”						
Código CIF	Descripción de la categoría de la CIF	Perspectiva				¿Categoría adicional?
		Profesional	Paciente	Investigador	Contexto clínico	
e110	Productos o sustancias para el consumo personal		X	X	X	No
e115	Productos y tecnología para uso personal en la vida diaria		X	X	X	No
e120	Productos y tecnología para la movilidad y el transporte personal en espacios cerrados y abiertos		X	X	X	No
e125	Productos y tecnología para la comunicación		X		X	No
e135	Productos y tecnología para el empleo		X			Sí
e140	Productos y tecnología para las actividades culturales, recreativas y deportivas		X			Sí
e150	Diseño, construcción, materiales de construcción y tecnología arquitectónica para edificios de uso público		X	X	X	No
e155	Diseño, construcción, materiales de construcción y tecnología arquitectónica para edificios de uso privado		X			Sí
e160	Productos y tecnología relacionados con el uso/explotación del suelo		X			Sí
e165	Pertenencias		X			Sí
e210	Geografía física		X			Sí
e215	Población		X			Sí
e225	Clima		X		X	No
e310	Familiares cercanos		X	X	X	No
e315	Otros familiares			X		Sí
e320	Amigos		X	X	X	No
e325	Conocidos, compañeros, colegas, vecinos y miembros de la comunidad		X	X		Sí
e330	Personas en cargos de autoridad		X	X		Sí
e340	Cuidadores y personal de ayuda		X	X	X	No
e355	Profesionales de la salud		X	X	X	No
e360	Otros profesionales		X			Sí
e399	Apoyo y relaciones, no especificados		X	X		Sí
e410	Actitudes individuales de miembros de la familia cercana		X		X	No
e420	Actitudes individuales de amigos		X		X	No

CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud

Tabla 33 (continuación). Lista agregada de categorías del componente de la CIF "Factores Ambientales"						
Código CIF	Descripción de la categoría de la CIF	Perspectiva				¿Categoría adicional?
		Profesional	Paciente	Investigador	Contexto clínico	
e425	Actitudes individuales de conocidos, compañeros, colegas, vecinos y miembros de la comunidad		X	X		Sí
e430	Actitudes individuales de personas en cargos de autoridad		X	X	X	No
e440	Actitudes individuales de cuidadores y personal de ayuda		X		X	No
e445	Actitudes individuales de extraños		X			Sí
e450	Actitudes individuales de profesionales de la salud		X	X	X	No
e455	Actitudes individuales de profesionales "relacionados con la salud"		X			Sí
e460	Actitudes sociales		X			Sí
e499	Actitudes, no especificadas		X	X		Sí
e510	Servicios, sistemas y políticas de producción de artículos de consumo		X			Sí
e515	Servicios, sistemas y políticas de arquitectura y construcción		X			Sí
e520	Servicios, sistemas y políticas de planificación de los espacios abiertos		X			Sí
e540	Servicios, sistemas y políticas de transporte		X			Sí
e550	Servicios, sistemas y políticas legales		X			Sí
e555	Servicios, sistemas y políticas de asociación y organización		X		X	No
e570	Servicios, sistemas y políticas de seguridad social		X	X		Sí
e575	Servicios, sistemas y políticas de apoyo social general		X		X	No
e580	Servicios, sistemas y políticas sanitarias		X	X	X	No
e590	Servicios, sistemas y políticas laborales y de empleo		X			Sí

CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud

CONCLUSIONES

8. Conclusiones

Las conclusiones de la presente Tesis Doctoral se exponen a continuación:

1. El conjunto básico de la CIF para afecciones musculoesqueléticas postagudas ha mostrado una adecuada validez de contenido desde todas las perspectivas implicadas en la atención sanitaria realizada en las UFAP. La identificación de categorías adicionales, relacionadas con el contexto de APS, implica que la herramienta óptima para integrar el uso de la CIF en las UFAP sea un conjunto básico específico que englobe estos hallazgos.
2. El análisis de la perspectiva del fisioterapeuta ha revelado que existen aspectos relacionados con el movimiento humano que no están suficientemente descritos por el conjunto básico de la CIF para afecciones musculoesqueléticas postagudas. Además, se ha observado una ausencia generalizada de consenso profesional en cuanto a factores ambientales.
3. El análisis de la perspectiva del paciente ha mostrado que hay extensas áreas del funcionamiento de los pacientes atendidos en las UFAP que el conjunto básico de la CIF para afecciones musculoesqueléticas postagudas no es capaz de cubrir. Estos aspectos se refieren a áreas mayores de la vida y parecen estar estrechamente vinculados al entorno de APS.
4. El análisis de la perspectiva del investigador ha identificado suficientes medidas de resultado para evaluar los aspectos considerados en el conjunto básico de la CIF para afecciones musculoesqueléticas postagudas. Estas medidas de resultado valoran aspectos adicionales del funcionamiento relacionados con el contexto de la APS y que están ausentes en el conjunto básico.
5. El análisis de la perspectiva clínica ha confirmado empíricamente una adecuada validez de contenido del conjunto básico de la CIF para afecciones musculoesqueléticas post-agudas en las UFAP.
6. Los resultados de los estudios incluidos en esta Tesis Doctoral pueden tomarse como punto de partida para el desarrollo de un conjunto básico de la CIF específico para las UFAP. La disponibilidad de este conjunto básico de la CIF

Aplicabilidad CIF Fisioterapia AP

tiene el potencial de contribuir no sólo a una atención de fisioterapia de mayor calidad, sino que también podría repercutir positivamente en la selección de herramientas de medición más específicas y a facilitar el registro sistemático de datos clínicos.

REFERENCIAS

9. Referencias

- [1] Dawson B, Bond C. Dawson Report on the Future Provision of Medical and Allied Services. Londres: Consultative Council on Medical and Allied Services; 1920.
- [2] Dawson Report: sixty years after the high hopes of 1920. Health Soc Serv J. 1980;90(4693):638-40.
- [3] Locke C. Dawson's 'Big Idea': The Enduring Appeal of the Primary Healthcare Centre in Britain [monografía en internet]. Sheffield: Universidad de Sheffield; 2020 [acceso 28 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://historymatters.sites.sheffield.ac.uk/blog-archive/2020/dawsons-big-idea-the-enduring-appeal-of-the-primary-healthcare-centre-i>
- [4] NHS 75 England [sede web]. National Health System; 2023 [acceso 6 de marzo de 2023]. NHS History. Disponible en: <https://www.england.nhs.uk/nhsbirthday/about-the-nhs-birthday/nhs-history/>
- [5] World Health Organization [sede web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2023 [acceso 6 de marzo de 2023]. History of WHO. Disponible en: <https://www.who.int/about/history>
- [6] United Nations [sede web]. Office of the Secretary-General's Envoy of Youth. Nueva York: Naciones Unidas; 2013 [acceso 28 de febrero de 2023]. WHO: World Health Organization. Disponible en: <https://www.un.org/youthenvoy/2013/09/who-world-health-organisation/>
- [7] Birn AE, Kremmentsov N. 'Socialising' primary care? The Soviet Union, WHO and the 1978 Alma-Ata Conference. BMJ Glob Health;2018;3(Suppl 3):e000992.
- [8] United Nations General Assembly. Resolution adopted by the General Assembly 3201 (S-VI): declaration on the establishment of a new international economic order. 1974.

Referencias

- [9] Rifkin SB. Alma Ata after 40 years: Primary Health Care and Health for All - from consensus to complexity. *BMJ Glob Health*. 2018;3(Suppl 3):e001188.
- [10] Bhutta ZA, Atun R, Ladher N, Abbasi K. Alma Ata and primary healthcare: back to the future. *BMJ*. 2018;363:k4433.
- [11] Conferencia internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata; 6-12 de septiembre de 1978. Ginebra: Organización mundial de la salud; 1978.
- [12] World Health Organization [sede web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2023 [acceso 6 de marzo de 2023]. WHO called to return to the Declaration of Alma-Ata. Disponible en: <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/declaration-of-alma-ata>
- [13] Engel G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196(4286):129-36.
- [14] Hone T, Macinko J, Millett C. Revisiting Alma-Ata: what is the role of primary health care in achieving the Sustainable Development Goals? *Lancet*. 2018;392(10156):1461-72.
- [15] Watkins DA, Yamey G, Schäferhoff M, Adeyi O, Alleyne G, Alwan A, et al. Alma-Ata at 40 years: reflections from the Lancet Commission on Investing in Health. *Lancet*. 2018;392(10156):1434-60.
- [16] World Bank. World development report 1993: Investing in health. Washington DC: World Bank; 1993.
- [17] World Health Organization. The world health report 2000: Health systems: Improving performance. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2000.
- [18] World Health Organization. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 2018 [acceso 26 de marzo de 2023]. Millennium Development Goals (MDGs). Disponible en: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/millennium-development-goals-\(mdgs\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/millennium-development-goals-(mdgs))
- [19] World Health Organization. Primary health care: now more than ever. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008.

- [20] Organización Mundial de la Salud [sede web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 2023 [acceso 26 de marzo de 2023]. Cobertura Universal de Salud. Disponible en: <https://www.who.int/es/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab>
- [21] Commission on the Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health: Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008.
- [22] Park S, Abrams R. Alma-Ata 40th birthday celebrations and the Astana Declaration on Primary Health Care 2018. Br J Gen Pract. 2019;69(682):220-1.
- [23] United Nations [sede web]. Nueva York: Naciones Unidas. 2023 [acceso 26 de marzo de 2023]. Sustainable Development Goals (SDGS). The SDGS in action. Disponible en: <https://www.undp.org/sustainable-development-goals>
- [24] Global Conference on Primary Health Care. Declaration of Astana. Ginebra: Organización mundial de la salud; 2018. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>.
- [25] Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. Milbank Q. 2005;83(3):457-502.
- [26] Rosano A, Loha CA, Falvo R, van der Zee J, Ricciardi W, Guasticchi G, et al. The relationship between avoidable hospitalization and accessibility to primary care: a systematic review. Eur J Public Health. 2013;23(3):356-60.
- [27] Chabrol F, Albert L, Ridde V. 40 years after Alma-Ata, is building new hospitals in low-income and lower-middle-income countries beneficial? BMJ Glob Health. 2019;3(Suppl 3):e001293.
- [28] Egwu IN. Update: Primary care is not the same as primary health care, or is it? Fam Community Health. 1984;7(3):83-8.

Referencias

- [29] Starfield B. Primary care: balancing health needs, services and technology. Oxford, UK: Oxford University Press; 1998.
- [30] Plsek PE, Greenhalgh T. Complexity science: The challenge of complexity in health care. *BMJ*. 2001;323(7313):625-8.
- [31] Lipsitz LA. Understanding Health Care as a Complex System: The Foundation for Unintended Consequences. *JAMA*. 2012;308(3):243-4.
- [32] Walsh JA, Warren KS. Selective Primary Health Care: An Interim Strategy for Disease Control in Developing Countries. *N Engl J Med*. 1979;301(18):967-74.
- [33] Green A. Is there primary health care in the UK? *Health Policy Plan*. 1987;2(2):129-37.
- [34] Allen LN, Barkley S, De Maeseneer J, van Weel C, Kluge H, de Wit N, et al. Unfulfilled potential of primary care in Europe. *BMJ*. 2018;363:k4469.
- [35] Ooms G, Van Damme W, Baker BK, Zeitz P, Schrecker T. The ‘diagonal’ approach to Global Fund financing: a cure for the broader malaise of health systems? *Glob Health*. 2008;4:6.
- [36] Rifkin SB. Examining the links between community participation and health outcomes: a review of the literature. *Health Policy Plan*. 2014;29(Suppl 2):ii98-106.
- [37] Cabo-Salvador FJ. Gestión sanitaria integral: pública y privada. Madrid: Centro de estudios financieros; 2010.
- [38] Farrerons-Noguera L. Historia del sistema sanitario español: Debates parlamentarios, 1812-1986. Madrid: Díaz de Santos; 2013.
- [39] Ley de 25 de noviembre de 1944, de Bases de Sanidad Nacional. *Boletín Oficial del Estado* nº 331 (26-11-1944): 8908-36.
- [40] Constitución Española. *Boletín Oficial del Estado* nº 311 (29-12-1978): 29313-424.

- [41] Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud. Boletín Oficial del Estado nº 27 (1-2-1984): 2627-9.
- [42] Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado nº 102 (29-4-1986): 15207-224.
- [43] Or Z, Cases C, Lisac M, Vrangbæk K, Winblad U, Bevan G. Are health problems systemic? Politics of access and choice under Beveridge and Bismarck systems. *Health Econ Policy Law*. 2010;5(3):269-93.
- [44] Delnoij DMJ. Bismarck or Beveridge: primary care matters. *Eur J Public Health*. 2013;23(3):349.
- [45] Ley 1/1993 de 6 de abril de Ordenación del Sistema Sanitario. Boletín Oficial del Estado nº 124 (25-5-1993): 15692-709.
- [46] Bankauskaite V, Dobuis HF, Saltman RB. La descentralización sanitaria en Europa. *Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas Sanitarias*; 2006.
- [47] Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Boletín Oficial del Estado nº 222 (16-9-2006): 32650-79.
- [48] Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Boletín Oficial del Estado nº 98 (24-4-2012): 31278-312.
- [49] Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. *Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2019.
- [50] World Health Organization. Resolution WHA29.35 of the Twenty-ninth World Health Assembly. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1976.
- [51] Mitchell R. The research base of community-based rehabilitation. *Disabil Rehabil*. 1999;21(10-11):459-68.

Referencias

- [52] Helander E, Mendis P, Nelson G. Training Disabled People in the Community. An Experimental Manual on Rehabilitation for Developing Countries. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1980.
- [53] Helander E, Mendis P, Nelson G. Training Disabled People in the Community. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1983.
- [54] Hartley S, Finkenflugel H, Kuipers P, Thomas M. Community-based rehabilitation: opportunity and challenge. *Lancet*. 2009;374(9704):1803-4.
- [55] Finkenflügel H, Wolffers I, Huijsman R. The evidence base for community-based rehabilitation: a literature review. *Int J Rehabil Res*. 2005;28(3):187-201.
- [56] Grandisson M, Hébert M, Thibeault R. Practice guidelines for program evaluation in community-based rehabilitation. *Disabil Rehabil*. 2017;39(12):1243-51.
- [57] McColl MA, Shortt S, Godwin M, Smith K, Rowe K, O'Brien P, et al. Models for Integrating Rehabilitation and Primary Care: A Scoping Study. *Arch Phys Med Rehabil*. 2009;90(9):1523-31.
- [58] World Health Organization [sede web]. Musculoskeletal conditions . 2022 [acceso 26 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions>
- [59] Cieza A, Causey K, Kamenov K, Hanson SW, Chatterji S, Vos T. Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2021;396(10267):2006-17.
- [60] Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, Louw Q, Ferreira ML, Genevay S, et al. What low back pain is and why we need to pay attention. *Lancet*. 2018;391(10137):2356-67.
- [61] Mbada C, Olawuyi A, Oyewole OO, Odole AC, Ogundele AO, Fatoye F. Characteristics and determinants of community physiotherapy utilization and supply. *BMC Health Serv Res*. 2019;19(1):168.

- [62] Moseley AM, Herbert RD, Sherrington C, Maher CG. Evidence for physiotherapy practice: A survey of the Physiotherapy Evidence Database (PEDro). *Aust J Physiother.* 2002;48(1):43-9.
- [63] Caplan N, Robson H, Robson A, Barry G, Wilkes G. Associations between community-based physiotherapy for musculoskeletal injury and health related quality of life (EQ-5D): a multi-centre retrospective analysis. *Health Qual Life Outcomes.* 2017;15(1):212.
- [64] Ojha HA, Wyrsta NJ, Davenport TE, Egan WE, Gellhorn AC. Timing of Physical Therapy Initiation for Nonsurgical Management of Musculoskeletal Disorders and Effects on Patient Outcomes: A Systematic Review. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2016;46(2):56-70.
- [65] Ontario Physiotherapy Association. *Physiotherapists in primary health care.* Toronto: Ontario Physiotherapy Association; 2017.
- [66] Dufour SP, Lucy SD, Brown JB. Understanding Physiotherapists' Roles in Ontario Primary Health Care Teams. *Physiother Can.* 2014;66(3):234-42.
- [67] Greenstein C, Lowell A, Thomas D. Communication and context are important to Indigenous children with physical disability and their carers at a community-based physiotherapy service: a qualitative study. *J Physiother.* 2016;62(1):42-7.
- [68] Melin J, Nordin Å, Feldthusen C, Danielsson L. Goal-setting in physiotherapy: exploring a person-centered perspective. *Physiother Theory Pract.* 2021;37(8):863-80.
- [69] Cott CA, Mandoda S, Landry MD. Models of Integrating Physical Therapists into Family Health Teams in Ontario, Canada: Challenges and Opportunities. *Physiother Can.* 2011;63(3):265-75.
- [70] Circular 4/91, de 25 de febrero, sobre ordenación de las actividades del fisioterapeuta en el Área de Atención Primaria. Dirección General del Instituto Nacional de la Salud. 1991.

Referencias

- [71] Abril-Belchí E. 15 años después de la Circular 4/91, ¿dónde estamos los fisioterapeutas de Atención Primaria? *Fisioterapia*. 2006;28(1):1-6.
- [72] Dufour SP, Brown J, Deborah Lucy S. Integrating physiotherapists within primary health care teams: perspectives of family physicians and nurse practitioners. *J Interprof Care*. 2014;28(5):460-5.
- [73] Maharaj S, Chung C, Dhugge I, Gayevski M, Muradyan A, McLeod KE, et al. Integrating Physiotherapists into Primary Health Care Organizations: The Physiotherapists' Perspective. *Physiother Can*. 2018;70(2):188-95.
- [74] Saiz-Llamosas JR, Gómez-Álvarez A, González- de Garibay V. Participación de los fisioterapeutas de Atención Primaria en las reuniones de los equipos de los centros de salud en Castilla y León. *Fisioterapia*. 2007;29(4):164-70.
- [75] Urwin M, Symmons D, Allison T, Brammah T, Busby H, Roxby M, et al. Estimating the burden of musculoskeletal disorders in the community: the comparative prevalence of symptoms at different anatomical sites, and the relation to social deprivation. *Ann Rheum Dis*. 1998;57(11):649-55.
- [76] Matheny J, Brinker M, Elliott M, Blake R, Rowane M. Confidence of graduating family practice residents in their management of musculoskeletal conditions. *Am J Orthop*. 2000;29(12):945-52.
- [77] Davenport TE, Watts HG, Resnik C. Current Status and Correlates of Physicians' Referral Diagnoses for Physical Therapy. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2005;35(9):572-9.
- [78] Moore JH, Goss DL, Baxter RE, Deberardino TM, Fellows DW, Taylor D. Clinical Diagnostic Accuracy and Magnetic Resonance Imaging of Patients Referred by Physical Therapists, Orthopaedic Surgeons, and Nonorthopaedic Providers. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2005;35(2):67-71.
- [79] Demont A, Bourmaud A, Kechichian A, Desmeules F. The impact of direct access physiotherapy compared to primary care physician led usual care for

- patients with musculoskeletal disorders: a systematic review of the literature. *Disabil Rehabil.* 2021;43(12):1637-48.
- [80] Hussenbux A, Morrissey D, Joseph C, McClellan CM. Intermediate Care pathways for musculoskeletal conditions - Are they working? A systematic review. *Physiotherapy.* 2015;101(1):13-24.
- [81] Marks D, Comans T, Bisset L, Scuffham PA. Substitution of doctors with physiotherapists in the management of common musculoskeletal disorders: a systematic review. *Physiotherapy.* 2017;103(4):341-51.
- [82] Downie F, McRitchie C, Monteith W, Turner H. Physiotherapist as an alternative to a GP for musculoskeletal conditions. *Br J Gen Pract.* 2019;69(682):e314-20.
- [83] Romero-Pérez MC, Mesa-Ruiz AM, Martínez-Sánchez MI, Barroso-García P. Organización de la actividad asistencial del fisioterapeuta en salas de Atención Primaria. *Fisioterapia.* 2008;30(6):273-8.
- [84] Rebelo-Ferreira de Carvalho ST, Vilella-Bueno SM, Martin-Casas P, Bonilla-Solís R. Fisioterapia en las unidades de apoyo de los Equipos de Atención Primaria de Salud de la Comunidad de Madrid. *Fisioterapia.* 2014;36(2):81-6.
- [85] Barra-López M. Fisioterapia de atención primaria. Estudio analítico de cargas de trabajo. *Fisioterapia.* 2003;25(3):159-69.
- [86] Frau-Escales P, Moret-Vilar J, Igual-Camacho C. La fisioterapia en atención primaria: estudio en la ciudad de Valencia. *Fisioterapia.* 2011;33(4):166-72.
- [87] Abril-Belchí E, Velasco-Velasco R. La gestión de los servicios de fisioterapia de Atención Primaria: un techo de cristal para los fisioterapeutas. *Fisioterapia.* 2018;40(6):281-3.
- [88] Instituto de información sanitaria. Subcomisión de sistemas de información del sistema nacional de salud. Atención fisioterapéutica en atención primaria. Madrid: Ministerio de sanidad y consumo; 2007.

Referencias

- [89] Valle-Roy M, Rubio-Domínguez J. Actividad asistencial y factores diferenciadores de las Unidades de Fisioterapia de un Área Sanitaria. *Fisioterapia*. 2015;37(1):15-20.
- [90] Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España. Documento marco de la actuación del fisioterapeuta en atención primaria. Toledo: Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España; 2007.
- [91] Aiguadé-Aiguadé R. La hora de la Atención Primaria. *Fisioterapia*. 2022;44(4):199-200.
- [92] Luengo Plazas MD, Sánchez González P, Río Manzano C, Rodríguez Fernández AI, Simarro Martín A, Sánchez González AI et al. Protocolos de fisioterapia en atención primaria. Valladolid: Junta de Castilla y León; 2018.
- [93] Saiz-Llamosas JR, Casado-Vicente V, Martos-Álvarez HC. Impacto de un programa de fisioterapia en atención primaria en las personas mayores, con antecedentes de caídas. *Fisioterapia*. 2014;36(3):103-9.
- [94] Galan-Martin MA, Montero-Cuadrado F, Lluch-Girbes E, Coca-López MC, Mayo-Iscar A, Cuesta-Vargas A. Pain Neuroscience Education and Physical Therapeutic Exercise for Patients with Chronic Spinal Pain in Spanish Physiotherapy Primary Care: A Pragmatic Randomized Controlled Trial. *J Clin Med*. 2020;9(4):1201.
- [95] Areso-Bóveda PB, Mambrillas-Varela J, García-Gómez B, Moscosio-Cuevas JI, González-Lama J, Arnaiz-Rodríguez E, et al. Effectiveness of a group intervention using pain neuroscience education and exercise in women with fibromyalgia: a pragmatic controlled study in primary care. *BMC Musculoskelet Disord*. 2022;23(1):323.
- [96] World Confederation for Physical Therapy. Description of physical therapy. Londres: World Confederation for Physical Therapy; 2019.

- [97] American Physical Therapy Association. Physical Therapist Practice and the Movement System. Alexandria: American Physical Therapy Association; 2015.
- [98] Jull G, Moore A. Physiotherapy's identity. *Man Ther.* 2013;18(6):447-8.
- [99] Hislop HJ. Tenth Mary McMillan lecture. The not-so-impossible dream. *Phys Ther.* 1975;55(10):1069-80.
- [100] O'Sullivan P, Caneiro JP, O'Keeffe M, O'Sullivan K. Unraveling the Complexity of Low Back Pain. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2016;46(11):932-7.
- [101] Plummer HA, Sum JC, Pozzi F, Varghese R, Michener LA. Observational Scapular Dyskinesis: Known-Groups Validity in Patients With and Without Shoulder Pain. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2017;47(8):530-7.
- [102] Ratcliffe E, Pickering S, McLean S, Lewis J. Is there a relationship between subacromial impingement syndrome and scapular orientation? A systematic review. *Br J Sports Med.* 2014;48(16):1251-6.
- [103] Lehman GJ. The Role and Value of Symptom-Modification Approaches in Musculoskeletal Practice. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2018;48(6):430-5.
- [104] McClure PW, Bialker J, Neff N, Williams G, Karduna A. Shoulder Function and 3-Dimensional Kinematics in People With Shoulder Impingement Syndrome Before and After a 6-Week Exercise Program. *Phys Ther.* 2004;84(9):832-48.
- [105] Struyf F, Nijs J, Mollekens S, Jeurissen I, Truijen S, Mottram S, et al. Scapular-focused treatment in patients with shoulder impingement syndrome: a randomized clinical trial. *Clin Rheumatol.* 2013;32(1):73-85.
- [106] Camargo PR, Albuquerque-Sendín F, Avila MA, Haik MN, Vieira A, Salvini TF. Effects of Stretching and Strengthening Exercises, With and Without Manual Therapy, on Scapular Kinematics, Function, and Pain in Individuals With Shoulder Impingement: A Randomized Controlled Trial. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2015;45(12):984-97.

Referencias

- [107] Bispo Júnior JP. La fisioterapia en los sistemas de salud: marco teórico y fundamentos para una práctica integral. *Salud Colect.* 2021;17:e3709.
- [108] Vibe Fersum K, O'Sullivan P, Skouen JS, Smith A, Kvåle A. Efficacy of classification-based cognitive functional therapy in patients with non-specific chronic low back pain: A randomized controlled trial. *Eur J Pain.* 2013;17(6):916-28.
- [109] Ikeda DM, McGill SM. Can Altering Motions, Postures, and Loads Provide Immediate Low Back Pain Relief: A Study of 4 Cases Investigating Spine Load, Posture, and Stability. *Spine.* 2012;37(23):e1469-75.
- [110] Vicenzino B, Paungmali A, Teys P. Mulligan's mobilization-with-movement, positional faults and pain relief: Current concepts from a critical review of literature. *Man Ther.* 2007;12(2):98-108.
- [111] Lewis JS, McCreesh K, Barratt E, Hegedus EJ, Sim J. Inter-rater reliability of the Shoulder Symptom Modification Procedure in people with shoulder pain. *BMJ Open Sport Exerc Med.* 2016;2(1):e000181.
- [112] Tricás-Moreno J, Bueno-Gracia E, Jiménez-del Barrio S, García-Sanesteban O, Pérez Guillén S, Fortún-Agud M. James Cyriax y la Fisioterapia. *Cuestiones de fisioterapia: revista universitaria de información e investigación en Fisioterapia.* 2013;42:176-86.
- [113] Sahrmann S. The how and why of the movement system as the identity of physical therapy. *Int J Sports Phys Ther.* 2017;12(6):862-9.
- [114] Saladin L. Introduction to the movement system as the foundation for physical therapist practice education and research. *Int J Sports Phys Ther.* 2017;12(6):858-61.
- [115] Ludewig PM, Kamonseki D, Staker J, Lawrence RL, Camargo PR, Braman JP. Changing our diagnostic paradigm: movement system diagnostic classification. *Int J Sports Phys Ther.* 2017;12(6):884.

- [116] Sahrman S. Defining our diagnostic labels will help define our movement expertise and guide our next 100 years. *Phys Ther.* 2021;101(1):pzaa196.
- [117] Allen DD. Proposing 6 Dimensions Within the Construct of Movement in the Movement Continuum Theory. *Phys Ther.* 2007;87(7):888-98.
- [118] Sahrman S, Azevedo DC, Dillen LV. Diagnosis and treatment of movement system impairment syndromes. *Braz J Phys Ther.* 2017;21(6):391-9.
- [119] Ludwig PM, Lawrence RL, Braman JP. What's in a name? Using movement system diagnoses versus pathoanatomic diagnoses. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2013;43(5):280-3.
- [120] Field-Fote E. The Human Movement System in Neurologic Physical Therapy. *J Neurol Phys Ther.* 2015;39(4):195-6.
- [121] McClure P, Tevald M, Zarzycki R, Kantak S, Malloy P, Day K, et al. The 4-Element Movement System Model to Guide Physical Therapist Education, Practice, and Movement-Related Research. *Phys Ther.* 2021;101(3):pzab024.
- [122] Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. *Boletín Oficial del Estado* n.º 280 (22-11-2003): 41442-458.
- [123] Innovación M de C e. ORDEN CIN/2135/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Fisioterapeuta. *Boletín Oficial del Estado* n.º 174 (19-7-2008): 31684-7.
- [124] Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Versión abreviada. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2001.
- [125] Dean E, Al-Obaidi S, De Andrade AD, Gosselink R, Umerah G, Al-Abdelwahab S, et al. The First Physical Therapy Summit on Global Health: Implications and Recommendations for the 21st century. *Physiother Theory Pract.* 2011;27(8):531-47.

Referencias

- [126] van Dijk MJH, Smorenburg NTA, Visser B, Nijhuis–van der Sanden MWG, Heerkens YF. Description of movement quality in patients with low back pain: A qualitative study as a first step to a practical definition. *Physiother Theory Pract.* 2017;33(3):227-37.
- [127] Bagraith KS, Strong J. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) can be used to describe multidisciplinary clinical assessments of people with chronic musculoskeletal conditions. *Clin Rheumatol.* 2013;32(3):383-9.
- [128] Thonnard JL, Penta M. Functional assessment in physiotherapy. A literature review. *Eura Medicophys.* 2007;43(4):525-41.
- [129] Cerniauskaite M, Quintas R, Boldt C, Raggi A, Cieza A, Bickenbach JE, et al. Systematic literature review on ICF from 2001 to 2009: its use, implementation and operationalisation. *Disabil Rehabil.* 2011;33(4):281-309.
- [130] World Health Organization. Towards a common language for functioning, disability and health: ICF. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002.
- [131] Müller R, Geyh S. Lessons learned from different approaches towards classifying personal factors. *Disabil Rehabil.* 2015;37(5):430-8.
- [132] Geyh S, Schwegler U, Peter C, Müller R. Representing and organizing information to describe the lived experience of health from a personal factors perspective in the light of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): a discussion paper. *Disabil Rehabil.* 2019;41(14):1727-38.
- [133] Leonardi M, Lee H, Kostanjsek N, Fornari A, Raggi A, Martinuzzi A, et al. 20 Years of ICF—International Classification of Functioning, Disability and Health: Uses and Applications around the World. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(18):11321.
- [134] Bickenbach J, Cieza A, Selb M, Stucki G. ICF core sets. Manual for clinical practice. 2^a ed. Gotinga: Hogrefe; 2021.

- [135] Üstün TB, Chatterji S, Kostanjsek N, Rehm J, Kennedy C, Epping-Jordan J, et al. Developing the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. *Bull World Health Organ.* 2010;88(11):815-23.
- [136] ICF e-learning tool [internet]. 2018. Ginebra: Organización Mundial de la Salud [acceso 7 de diciembre de 2022]. Disponible en: https://www.icf-elearning.com/wp-content/uploads/articulate_uploads/ICF%20e-Learning%20Tool_V3%20-%20Storyline%20output/story.html.
- [137] Rodríguez-Blázquez C, Damián J, Andrés-Prado M, Almazán-Isla J, Alcalde-Cabero E, Forjaz M et al. Associations between chronic conditions, body functions, activity limitations and participation restrictions: a cross-sectional approach in Spanish non-clinical populations. *BMJ Open.* 2016;6(6):e010446.
- [138] Caron A, Ayala A, Damián J, Rodríguez-Blázquez C, Almazán J, Castellote J et al. Physical activity, body functions and disability among middle-aged and older Spanish adults. *BMC Geriatr.* 2017;17(1):150.
- [139] Monforte J, Úbeda-Colomer J, Pans M, Pérez-Samaniego V, Devís-Devís J. Environmental Barriers and Facilitators to Physical Activity among University Students with Physical Disability-A Qualitative Study in Spain. *Int J Env Res Public Health.* 2021;18(2):464.
- [140] Fuente A, McPherson B, Kramer S, Hormazábal X, Hickson L. Adaptation of the Amsterdam Inventory for Auditory Disability and Handicap into Spanish. *Disabil Rehabil.* 2012;34(24):2076-84.
- [141] Laxe S, Zasler N, Tschiesner U, López-Blázquez R, Tormos J, Bernabeu M. ICF use to identify common problems on a TBI neurorehabilitation unit in Spain. *NeuroRehabilitation.* 2011;29(1):99-110.
- [142] Renom M, Conrad A, Bascuñana H, Cieza A, Galán I, Kesselring J, et al. Content validity of the Comprehensive ICF Core Set for multiple sclerosis from the perspective of speech and language therapists. *Int J Lang Commun Disord.* 2014;49(6):672-86.

Referencias

- [143] Nuño L, Barrios M, Vancampfort D, Rojo E, Gómez-Benito J, Guilera G. Functioning in schizophrenia: a Delphi study covering the perspective of physiotherapists. *Disabil Rehabil.* 2021;43(26):3733-40.
- [144] Jette AM. Physical Disablement Concepts for Physical Therapy Research and Practice. *Phys Ther.* 1994;74(5):380-6.
- [145] Jette AM. Toward a common language for function, disability, and health. *Phys Ther.* 2006;86(5):726-34.
- [146] Escorpizo R, Bemis-Dougherty A. Introduction to Special Issue: A Review of the International Classification of Functioning, Disability and Health and Physical Therapy over the Years: Review of ICF and Physical Therapy. *Physiother Res Int.* 2015;20(4):200-9.
- [147] Selb M, Escorpizo R, Kostanjsek N, Stucki G, Üstün B, Cieza A. A guide on how to develop an International Classification of Functioning, Disability and Health Core Set. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2015;51(1):105-17.
- [148] Karlsson E, Gustafsson J. Validation of the international classification of functioning, disability and health (ICF) core sets from 2001 to 2019—a scoping review. *Disabil Rehabil.* 2022;44(14):3736-48.
- [149] Stoll T, Brach M, Huber EO, Scheuringer M, Schwarzkopf SR, Konstanjsek N, et al. ICF Core Set for patients with musculoskeletal conditions in the acute hospital. *Disabil Rehabil.* 2005;27(7-8):381-7.
- [150] Scheuringer M, Stucki G, Huber EO, Brach M, Schwarzkopf SR, Kostanjsek N, et al. ICF Core Set for patients with musculoskeletal conditions in early post-acute rehabilitation facilities. *Disabil Rehabil.* 2005;27(7-8):405-10.
- [151] Grill E, Ewert T, Chatterji S, Kostanjsek N, Stucki G. ICF core sets development for the acute hospital and early post-acute rehabilitation facilities. *Disabil Rehabil.* 2005;27(7-8):361-6.

- [152] World Health Organization. ICF-based Documentation Tool [sede web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 2020. Disponible en: <https://www.icf-core-sets.org/>.
- [153] Schwarzkopf SR, Ewert T, Dreinhöfer KE, Cieza A, Stucki G. Towards an ICF Core Set for chronic musculoskeletal conditions: Commonalities across ICF Core Sets for osteoarthritis, rheumatoid arthritis, osteoporosis, low back pain and chronic widespread pain. *Clin Rheumatol*. 2008;27(11):1355-61.
- [154] Hernandez-Lazaro H, Mingo-Gómez MT, Ceballos-Laita L, Medrano-de-la-Fuente R, Jimenez-del Barrio S. Validation of the international classification of functioning, disability, and health (ICF) core sets for musculoskeletal conditions in a primary health care setting from physiotherapists' perspective using the Delphi method. *Disabil Rehabil*. 2023;45(15):2458-68.
- [155] Jünger S, Payne SA, Brine J, Radbruch L, Brearley SG. Guidance on Conducting and REporting DElphi Studies (CREDES) in palliative care: Recommendations based on a methodological systematic review. *Palliat Med*. 2017;31(8):684-706.
- [156] Hasson F, Keeney S, McKenna H. Research guidelines for the Delphi survey technique. *J Adv Nurs*. 2000;32(4):1008-15.
- [157] McPherson S, Reese C, Wendler MC. Methodology update: Delphi studies. *Nurs Res*. 2018;67(5):404-10.
- [158] Cieza A, Fayed N, Bickenbach J, Prodinger B. Refinements of the ICF Linking Rules to strengthen their potential for establishing comparability of health information. *Disabil Rehabil*. 2019;41(5):574-83.
- [159] Diamond IR, Grant RC, Feldman BM, Pencharz PB, Ling SC, Moore AM, et al. Defining consensus: A systematic review recommends methodologic criteria for reporting of Delphi studies. *J Clin Epidemiol*. 2014;67(4):401-9.

Referencias

- [160] Kirschneck M, Kirchberger I, Amann E, Cieza A. Validation of the comprehensive ICF core set for low back pain: The perspective of physical therapists. *Man Ther.* 2011;16(4):364-72.
- [161] Kirchberger I, Glaessel A, Stucki G, Cieza A. Validation of the comprehensive International Classification of Functioning, Disability and Health core set for rheumatoid arthritis: The perspective of physical therapists. *Phys Ther.* 2007;87(4):368-84.
- [162] Bossmann T, Kirchberger I, Glaessel A, Stucki G, Cieza A. Validation of the Comprehensive ICF Core Set for Osteoarthritis: The perspective of physical therapists. *Physiotherapy.* 2011;97(1):3-16.
- [163] Koehler B, Kirchberger I, Glaessel A, Kool J, Stucki G, Cieza A. Validation of the International Classification of Functioning, Disability and Health Comprehensive Core Set for Osteoporosis: The perspective of physical therapists. *J Geriatr Phys Ther.* 2011;34(3):117-30.
- [164] Malterud K. Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scand J Public Health.* 2012;40(8):795-805.
- [165] Guest G, Namey E, Chen M. A simple method to assess and report thematic saturation in qualitative research. *PLoS One.* 2020;15(5):e0232076.
- [166] Weigl M, Wild H. European validation of The Comprehensive International Classification of Functioning, Disability and Health Core Set for Osteoarthritis from the perspective of patients with osteoarthritis of the knee or hip. *Disabil Rehabil.* 2018;40(26):3104-12.
- [167] Glässel A, Kirchberger I, Kollerits B, Amann E, Cieza A. Content validity of the extended ICF core set for stroke: An international delphi survey of physical therapists. *Phys Ther.* 2011;91(8):1211-22.
- [168] Lau B, Skinner EH, Lo K, Bearman M. Experiences of physical therapists working in the acute hospital setting: Systematic review. *Phys Ther.* 2016;96(9):1317-32.

- [169] Grill E, Stucki G. Criteria for validating comprehensive ICF core sets and developing brief ICF core set versions. *J Rehabil Med.* 2011;43(2):87-91.
- [170] Perreault K, Dionne CE, Rossignol M, Poitras S, Morin D. Physiotherapy practice in the private sector: organizational characteristics and models. *BMC Health Serv Res.* 2014;14:362.
- [171] Peterson G, Portström M, Frick J. Extended roles in primary care when physiotherapist-initiated referral to X-ray can save time and reduce costs. *Int J Qual Health Care.* 2021;33(3):mzab122.
- [172] Samsson KS, Bernhardsson S, Larsson MEH. Perceived quality of physiotherapist-led orthopaedic triage compared with standard practice in primary care: A randomised controlled trial. *BMC Musculoskelet Disord.* 2016;17:257.
- [173] Winstein CJ, Knecht HG. Movement science and its relevance to physical therapy. *Phys Ther.* 1990;70(12):759-62.
- [174] Finger ME, Cieza A, Stoll J, Stucki G, Huber EO. Identification of intervention categories for physical therapy, based on the International Classification of Functioning, Disability and Health: A Delphi exercise. *Phys Ther.* 2006;86(9):1203-20.
- [175] Alaca N, Kaba H, Atalay A. Associations between the severity of disability level and fear of movement and pain beliefs in patients with chronic low back pain. *J Back Musculoskelet Rehabil.* 2020;33(5):785-91.
- [176] Wildenbeest MH, Kiers H, Tuijt M, van Dieën JH. Associations of low-back pain and pain-related cognitions with lumbar movement patterns during repetitive seated reaching. *Gait Posture.* 2022;91:216-22.
- [177] Ranger TA, Cicuttini FM, Jensen TS, Manniche C, Heritier S, Urquhart DM. Catastrophization, fear of movement, anxiety, and depression are associated with persistent, severe low back pain and disability. *Spine J.* 2020;20(6):857-65.

Referencias

- [178] Corbett DB, Simon CB, Manini TM, George SZ, Riley JL, Fillingim RB. Movement-evoked pain: Transforming the way we understand and measure pain. *Pain*. 2019;160(4):757-61.
- [179] Wattananon P, Ebaugh D, Biely SA, Smith SS, Hicks GE, Silfies SP. Kinematic characterization of clinically observed aberrant movement patterns in patients with non-specific low back pain: A cross-sectional study. *BMC Musculoskelet Disord*. 2017;18(1):455.
- [180] Van Hilten JJ. Movement disorders in complex regional pain syndrome. *Pain Med*. 2010;11(8):1274-7.
- [181] Iijima H, Eguchi R, Aoyama T, Takahashi M. Trunk movement asymmetry associated with pain, disability, and quadriceps strength asymmetry in individuals with knee osteoarthritis: a cross-sectional study. *Osteoarthritis Cartilage*. 2019;27(2):248-56.
- [182] Roland M, Fairbank J. The Roland-Morris Disability Questionnaire and the Oswestry Disability Questionnaire. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2000;25(24):3115-24.
- [183] Vernon H, Mior S. The Neck Disability Index: a study of reliability and validity. *J Manip Physiol Ther*. 1991;14(7):409-15.
- [184] Roach KE, Budiman-Mak E, Songsiridej N, Lertratanakul Y. Development of a Shoulder Pain and Disability Index. *Arthritis Care Res*. 1991;4(4):143-9.
- [185] Perera S, Patel KV, Rosano C, Rubin SM, Satterfield S, Harris T, et al. Gait Speed Predicts Incident Disability: A Pooled Analysis. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2016;71(1):63-71.
- [186] Dumurgier J, Artaud F, Touraine C, Rouaud O, Tavernier B, Dufouil C, et al. Gait speed and decline in gait speed as predictors of incident dementia. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2017;72(5):655-61.
- [187] Studenski S, Perera S, Patel K, Rosano C, Faulkner K, Inzitari M, et al. Gait speed and survival in older adults. *JAMA*. 2011;305(1):50-8.

- [188] Budtz CR, Mose S, Christiansen DH. Socio-demographic, clinical and psychological predictors of healthcare utilization among patients with musculoskeletal disorders: A prospective cohort study. *BMC Health Serv Res.* 2020;20(1):239.
- [189] Schneidert M, Hurst R, Miller J, Üstün B. The role of environment in the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Disabil Rehabil.* 2003;25(11-12):588-95.
- [190] Day AMB, Theurer JA, Dykstra AD, Doyle PC. Nature and the natural environment as health facilitators: The need to reconceptualize the ICF environmental factors. *Disabil Rehabil.* 2012;34(26):2281-90.
- [191] Gamble JM, Eurich DT, Ezekowitz JA, Kaul P, Quan H, McAlister FA. Patterns of care and outcomes differ for urban versus rural patients with newly diagnosed heart failure, even in a universal healthcare system. *Circ Heart Fail.* 2011;4(3):317-23.
- [192] Yiannakoulias N, Svenson LW, Hill MD, Schopflocher DP, Rowe BH, James RC, et al. Incident cerebrovascular disease in rural and urban Alberta. *Cerebrovasc Dis.* 2004;17(1):72-8.
- [193] O’Keeffe M, Cullinane P, Hurley J, Leahy I, Bunzli S, O’Sullivan PB, et al. What Influences Patient-Therapist Interactions in Musculoskeletal Physical Therapy? Qualitative Systematic Review and Meta-Synthesis. *Phys Ther.* 2016;96(5):609-22.
- [194] Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care.* 2007;19(6):349-57.
- [195] O’Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for Reporting Qualitative Research: A Synthesis of Recommendations. *Acad Med.* 2014;89(9):1245-51.

Referencias

- [196] Urcia IA. Comparisons of Adaptations in Grounded Theory and Phenomenology: Selecting the Specific Qualitative Research Methodology. *Int J Qual Methods*. 2021;20:16094069211045474.
- [197] Coenen M, Cieza A, Stamm TA, Amann E, Kollerits B, Stucki G. Validation of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) Core Set for rheumatoid arthritis from the patient perspective using focus groups. *Arthritis Res Ther*. 2006;8(4):R84.
- [198] Kirchberger I, Coenen M, Hierl FX, Dieterle C, Seissler J, Stucki G, et al. Validation of the International classification of Functioning, disability and health (ICF) core set for diabetes mellitus from the patient perspective using focus groups. *Diabet Med*. 2009;26(7):700-7.
- [199] Glässel A, Coenen M, Kollerits B, Cieza A. Validation of the extended ICF core set for stroke from the patient perspective using focus groups. *Disabil Rehabil*. 2012;34(2):157-66.
- [200] Aiachini B, Cremascoli S, Escorpizo R, Pistarini C. Validation of the ICF core set for vocational rehabilitation from the perspective of patients with spinal cord injury using focus groups. *Disabil Rehabil*. 2016;38(4):337-45.
- [201] Powell RA, Single HM. Focus groups. *Int J Qual Health Care*. 1996;8(5):499-504.
- [202] Coenen M, Stamm TA, Stucki G, Cieza A. Individual interviews and focus groups in patients with rheumatoid arthritis: A comparison of two qualitative methods. *Qual Life Res*. 2012;21(2):359-70.
- [203] Badley EM. Enhancing the conceptual clarity of the activity and participation components of the International Classification of Functioning, Disability, and Health. *Soc Sci Med*. 2008;66(11):2335-45.
- [204] Piškur B, Daniēls R, Jongmans MJ, Ketelaar M, Smeets RJ, Norton M, et al. Participation and social participation: are they distinct concepts? *Clin Rehabil*. 2014;28(3):211-20.

- [205] Nijs J, Lahousse A, Kapreli E, Bilika P, Saraçoğlu İ, Malfliet A, et al. Nociceptive Pain Criteria or Recognition of Central Sensitization? Pain Phenotyping in the Past, Present and Future. *J Clin Med*. 2021;10(15):3203.
- [206] Mills SEE, Nicolson KP, Smith BH. Chronic pain: a review of its epidemiology and associated factors in population-based studies. *Br J Anaesth*. 2019;123(2):e273-83.
- [207] Vlaeyen JWS, Linton SJ. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*. 2000;85(3):317-32.
- [208] Lundberg M, Larsson M, Östlund H, Styf J. Kinesiophobia among patients with musculoskeletal pain in primary healthcare. *J Rehabil Med*. 2006;38(1):37-43.
- [209] Martinez-Calderon J, Jensen MP, Morales-Asencio JM, Luque-Suarez A. Pain Catastrophizing and Function In Individuals With Chronic Musculoskeletal Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clin J Pain*. 2019;35(3):279-93.
- [210] Bricca A, Harris LK, Jäger M, Smith SM, Juhl CB, Skou ST. Benefits and harms of exercise therapy in people with multimorbidity: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Ageing Res Rev*. noviembre de 2020;63:101166.
- [211] de Vos Andersen NB, Kent P, Hjort J, Christiansen DH. Clinical course and prognosis of musculoskeletal pain in patients referred for physiotherapy: does pain site matter? *BMC Musculoskelet Disord*. 2017;18(1):130.
- [212] Servicio de Salud de Castilla y León. Población de tarjeta sanitaria de Castilla y León. Valladolid: Junta de Castilla y León; 2020.
- [213] Rossetini G, Latini TM, Palese A, Jack SM, Ristori D, Gonzatto S, et al. Determinants of patient satisfaction in outpatient musculoskeletal physiotherapy: a systematic, qualitative meta-summary, and meta-synthesis. *Disabil Rehabil*. 2020;42(4):460-72.

Referencias

- [214] Meade LB, Bearne LM, Godfrey EL. “It’s important to buy in to the new lifestyle”: barriers and facilitators of exercise adherence in a population with persistent musculoskeletal pain. *Disabil Rehabil.* 2021;43(4):468-78.
- [215] Lin I, Wiles L, Waller R, Caneiro J, Nagree Y, Straker L, et al. Patient-centred care: the cornerstone for high-value musculoskeletal pain management. *Br J Sports Med.* 2020;54(21):1240-2.
- [216] Yun D, Choi J. Person-centered rehabilitation care and outcomes: A systematic literature review. *Int J Nurs Stud.* 2019;93:74-83.
- [217] Hernández-Lázaro H, Mingo-Gómez MT, Jiménez-del-Barrio S, Lahuerta-Martín S, Hernando-Garijo I, Medrano-de-la-Fuente R, et al. Researcher’s Perspective on Musculoskeletal Conditions in Primary Care Physiotherapy Units through the International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF): A Scoping Review. *Biomedicines.* 2023;11(2):290.
- [218] Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O’Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med.* 2018;169(7):467-73.
- [219] Abbott JH, Wilson R, Pinto D, Chapple CM, Wright AA. Incremental clinical effectiveness and cost effectiveness of providing supervised physiotherapy in addition to usual medical care in patients with osteoarthritis of the hip or knee: 2-year results of the MOA randomised controlled trial. *Osteoarthritis Cartilage.* 2019;27(3):424-34.
- [220] Allen KD, Oddone EZ, Coffman CJ, Jeffreys AS, Bosworth HB, Chatterjee R, et al. Patient, Provider, and Combined Interventions for Managing Osteoarthritis in Primary Care: A Cluster Randomized Trial. *Ann Intern Med.* 2017;166(6):401-11.
- [221] Amorim AB, Pappas E, Simic M, Ferreira ML, Jennings M, Tiedemann A, et al. Integrating Mobile-health, health coaching, and physical activity to reduce the burden of chronic low back pain trial (IMPACT): a pilot randomised controlled trial. *BMC Musculoskelet Disord.* 2019;20(1):71.

- [222] Arden K, Fatoye F, Yeowell G. Evaluation of a rolling rehabilitation programme for patients with non-specific low back pain in primary care: an observational cohort study. *J Eval Clin Pract.* 2017;23(2):272-8.
- [223] Battista S, Dell'Isola A, Manoni M, Englund M, Palese A, Testa M. Experience of the COVID-19 pandemic as lived by patients with hip and knee osteoarthritis: an Italian qualitative study. *BMJ Open.* 2021;11(10):e053194.
- [224] Bennell KL, Kyriakides M, Hodges PW, Hinman RS. Effects of Two Physiotherapy Booster Sessions on Outcomes With Home Exercise in People With Knee Osteoarthritis: A Randomized Controlled Trial: Influence of Exercise Booster Sessions on Knee OA Outcomes. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2014;66(11):1680-7.
- [225] Bennell KL, Nelligan R, Dobson F, Rini C, Keefe F, Kasza J, et al. Effectiveness of an Internet-Delivered Exercise and Pain-Coping Skills Training Intervention for Persons With Chronic Knee Pain: A Randomized Trial. *Ann Intern Med.* 2017;166(7):453-62.
- [226] Bornhöft L, Larsson ME, Nordeman L, Eggertsen R, Thorn J. Health effects of direct triaging to physiotherapists in primary care for patients with musculoskeletal disorders: a pragmatic randomized controlled trial. *Ther Adv Musculoskelet Dis.* 2019;11:1759720X19827504.
- [227] Burns SA, Cleland JA, Cook CE, Bade M, Rivett DA, Snodgrass S. Variables Describing Individuals With Improved Pain and Function With a Primary Complaint of Low Back Pain: A Secondary Analysis. *J Manipulative Physiol Ther.* 2018;41(6):467-74.
- [228] Chesterton LS, Lewis AM, Sim J, Mallen CD, Mason EE, Hay EM, et al. Transcutaneous electrical nerve stimulation as adjunct to primary care management for tennis elbow: pragmatic randomised controlled trial (TATE trial). *Br J Sports Med.* 2014;48(19):1458.

Referencias

- [229] Christiansen DH, De Vos Andersen NB, Poulsen PH, Ostelo RW. The smallest worthwhile effect of primary care physiotherapy did not differ across musculoskeletal pain sites. *J Clin Epidemiol*. 2018;101:44-52.
- [230] Costa F, Janela D, Molinos M, Lains J, Francisco GE, Bento V, et al. Telerehabilitation of acute musculoskeletal multi-disorders: prospective, single-arm, interventional study. *BMC Musculoskelet Disord*. 2022;23(1):29.
- [231] Crossley KM, Vicenzino B, Lentzos J, Schache AG, Pandy MG, Ozturk H, et al. Exercise, education, manual-therapy and taping compared to education for patellofemoral osteoarthritis: a blinded, randomised clinical trial. *Osteoarthritis Cartilage*. 2015;23(9):1457-64.
- [232] Cuesta-Vargas AI, White M, González-Sánchez M, Kuisma R. The optimal frequency of aquatic physiotherapy for individuals with chronic musculoskeletal pain: a randomised controlled trial. *Disabil Rehabil*. 2015;37(4):311-8.
- [233] Darlow B, Stanley J, Dean S, Abbott JH, Garrett S, Wilson R, et al. The Fear Reduction Exercised Early (FREE) approach to management of low back pain in general practice: A pragmatic cluster-randomised controlled trial. *PLoS Med*. 2019;16(9):e1002897.
- [234] Emilson C, Demmelmaier I, Bergman S, Lindberg P, Denison E, Åsenlöf P. A 10-year follow-up of tailored behavioural treatment and exercise-based physiotherapy for persistent musculoskeletal pain. *Clin Rehabil*. 2017;31(2):186-96.
- [235] Ferrer-Peña R, Muñoz-García D, Calvo-Lobo C, Fernández-Carnero J. Pain Expansion and Severity Reflect Central Sensitization in Primary Care Patients with Greater Trochanteric Pain Syndrome. *Pain Med*. 2019;20(5):961-70.
- [236] Gohir SA, Eek F, Kelly A, Abhishek A, Valdes AM. Effectiveness of Internet-Based Exercises Aimed at Treating Knee Osteoarthritis: The iBEAT-OA Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open*. 2021;4(2):e210012.

- [237] Goldberg P, Zeppieri G, Bialosky J, Bocchino C, Van Den Boogaard J, Tillman S, et al. Kinesiophobia and Its Association With Health-Related Quality of Life Across Injury Locations. *Arch Phys Med Rehabil.* 2018;99(1):43-8.
- [238] Hill JC, Garvin S, Chen Y, Cooper V, Wathall S, Saunders B, et al. Stratified primary care versus non-stratified care for musculoskeletal pain: findings from the STarT MSK feasibility and pilot cluster randomized controlled trial. *BMC Fam Pract.* 2020;21(1):30.
- [239] Hopewell S, Keene DJ, Heine P, Marian IR, Dritsaki M, Cureton L, et al. Progressive exercise compared with best-practice advice, with or without corticosteroid injection, for rotator cuff disorders: the GRASP factorial RCT. *Health Technol Assess.* 2021;25(48):1-158.
- [240] Laslett M, Steele M, Hing W, McNair P, Cadogan A. Shoulder pain patients in primary care – Part 1: Clinical outcomes over 12 months following standardized diagnostic workup, corticosteroid injections, and community-based care. *J Rehabil Med.* 2014;46(9):898-907.
- [241] Leaver AM, Maher CG, McAuley JH, Jull G, Latimer J, Refshauge KM. People seeking treatment for a new episode of neck pain typically have rapid improvement in symptoms: an observational study. *J Physiother.* 2013;59(1):31-7.
- [242] Leemans L, Elma Ö, Nijs J, Wideman TH, Siffain C, Den Bandt H, et al. Transcutaneous electrical nerve stimulation and heat to reduce pain in a chronic low back pain population: a randomized controlled clinical trial. *Braz J Phys Ther.* 2021;25(1):86-96.
- [243] Legha A, Burke DL, Foster NE, Windt DA, Quicke JG, Healey EL, et al. Do comorbidities predict pain and function in knee osteoarthritis following an exercise intervention, and do they moderate the effect of exercise? Analyses of data from three randomized controlled trials. *Musculoskeletal Care.* 2020;18(1):3-11.

Referencias

- [244] Lentz TA, Beneciuk JM, George SZ. Prediction of healthcare utilization following an episode of physical therapy for musculoskeletal pain. *BMC Health Serv Res.* 2018;18(1):648.
- [245] Lewis J, Sim J, Barlas P. Acupuncture and electro-acupuncture for people diagnosed with subacromial pain syndrome: A multicentre randomized trial. *Eur J Pain.* 2017;21(6):1007-19.
- [246] Lingner H, Blase L, Großhennig A, Schmiemann G. Manual therapy applied by general practitioners for nonspecific low back pain: results of the ManRück pilot-study. *Chiropr Man Ther.* 2018;26:39.
- [247] Lopez-Lopez A, Alonso Perez JL, González Gutierrez JL, La Touche R, Lerma Lara S, Izquierdo H, et al. Mobilization versus manipulations versus sustain apophyseal natural glide techniques and interaction with psychological factors for patients with chronic neck pain: randomized controlled trial. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2015;51(2):121-32.
- [248] Marra CA, Cibere J, Grubisic M, Grindrod KA, Gastonguay L, Thomas JM, et al. Pharmacist-initiated intervention trial in osteoarthritis: A multidisciplinary intervention for knee osteoarthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2012;64(12):1837-45.
- [249] Matarán-Peñarrocha GA, Lara Palomo IC, Antequera Soler E, Gil-Martínez E, Fernández-Sánchez M, Aguilar-Ferrándiz ME, et al. Comparison of efficacy of a supervised versus non-supervised physical therapy exercise program on the pain, functionality and quality of life of patients with non-specific chronic low-back pain: a randomized controlled trial. *Clin Rehabil.* 2020;34(7):948-59.
- [250] Miedema HS, Feleus A, Bierma-Zeinstra SMA, Hoekstra T, Burdorf A, Koes BW. Disability Trajectories in Patients With Complaints of Arm, Neck, and Shoulder (CANS) in Primary Care: Prospective Cohort Study. *Phys Ther.* 2016;96(7):972-84.

- [251] Minns Lowe CJ, Kelly P, Milton K, Foster C, Barker K. “WALK30X5”: a feasibility study of a physiotherapy walking programme for people with mild to moderate musculoskeletal conditions. *Physiotherapy*. 2020;107:275-85.
- [252] Molgaard Nielsen A, Hestbaek L, Vach W, Kent P, Kongsted A. Latent class analysis derived subgroups of low back pain patients – do they have prognostic capacity? *BMC Musculoskelet Disord*. 2017;18(1):345.
- [253] Moseng T, Dagfinrud H, Van Bodegom-Vos L, Dziedzic K, Hagen KB, Natvig B, et al. Low adherence to exercise may have influenced the proportion of OMERACT-OARSI responders in an integrated osteoarthritis care model: secondary analyses from a cluster-randomised stepped-wedge trial. *BMC Musculoskelet Disord*. 2020;21(1):236.
- [254] Murphy S, Blake C, Power CK, Fullen BM. The role of clinical specialist Physiotherapists in the management of low back pain in a Spinal Triage Clinic. *Ir J Med Sci*. 2013;182(4):643-50.
- [255] Noblet T, Marriott J, Hensman-Crook A, O’Shea S, Friel S, Rushton A. Independent prescribing by advanced physiotherapists for patients with low back pain in primary care: A feasibility trial with an embedded qualitative component. *PLOS ONE*. 2020;15(3):e0229792.
- [256] Østerås N, Hagen KB, Grotle M, Sand-Svartrud AL, Mowinckel P, Kjekken I. Limited effects of exercises in people with hand osteoarthritis: results from a randomized controlled trial. *Osteoarthritis Cartilage*. 2014;22(9):1224-33.
- [257] Østerås N, Moseng T, Bodegom-Vos LV, Dziedzic K, Mdala I, Natvig B, et al. Implementing a structured model for osteoarthritis care in primary healthcare: A stepped-wedge cluster-randomised trial. *PLOS Med*. 2019;16(10):e1002949.
- [258] Paanalahti K, Holm LW, Nordin M, Höijer J, Lyander J, Asker M, et al. Three combinations of manual therapy techniques within naprapathy in the treatment of neck and/or back pain: a randomized controlled trial. *BMC Musculoskelet Disord*. 2016;17:176.

Referencias

- [259] Palacín-Marín F, Esteban-Moreno B, Olea N, Herrera-Viedma E, Arroyo-Morales M. Agreement Between Telerehabilitation and Face-to-Face Clinical Outcome Assessments for Low Back Pain in Primary Care. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2013;38(11):947-52.
- [260] Sandal LF, Bach K, Øverås CK, Svendsen MJ, Dalager T, Stejnicher Drongstrup Jensen J, et al. Effectiveness of App-Delivered, Tailored Self-management Support for Adults With Lower Back Pain–Related Disability: A self BACK Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med*. 2021;181(10):1288-96.
- [261] Schröder K, Öberg B, Enthoven P, Hedevik H, Fors M, Abbott A. Effectiveness and Quality of Implementing a Best Practice Model of Care for Low Back Pain (BetterBack) Compared with Routine Care in Physiotherapy: A Hybrid Type 2 Trial. *J Clin Med*. 2021;10(6):1230.
- [262] Schütze R, Slater H, O’Sullivan P, Thornton J, Finlay-Jones A, Rees CS. Mindfulness-Based Functional Therapy: a preliminary open trial of an integrated model of care for people with persistent low back pain. *Front Psychol*. 2014;5:839.
- [263] Trulsson Schouenborg A, Rivano Fischer M, Bondesson E, Jöud A. Physiotherapist-led rehabilitation for patients with chronic musculoskeletal pain: interventions and promising long-term outcomes. *BMC Musculoskelet Disord*. 2021;22(1):910.
- [264] Uhl TL, Smith-Forbes EV, Nitz AJ. Factors influencing final outcomes in patients with shoulder pain: A retrospective review. *J Hand Ther*. 2017;30(2):200-7.
- [265] Van Der Maas LCC, Köke A, Pont M, Bosscher RJ, Twisk JWR, Janssen TWJ, et al. Improving the Multidisciplinary Treatment of Chronic Pain by Stimulating Body Awareness: A Cluster-randomized Trial. *Clin J Pain*. 2015;31(7):660-9.

- [266] Vibe Fersum K, Smith A, Kvåle A, Skouen JS, O’Sullivan P. Cognitive functional therapy in patients with non-specific chronic low back pain—a randomized controlled trial 3-year follow-up. *Eur J Pain*. 2019;23(8):1416-24.
- [267] Williams A, Rushton A, Lewis JJ, Phillips C. Evaluation of the clinical effectiveness of a work-based mentoring programme to develop clinical reasoning on patient outcome: A stepped wedge cluster randomised controlled trial. *PLoS One*. 2019;14(7):e0220110.
- [268] Xia T, Long CR, Gudavalli MR, Wilder DG, Vining RD, Rowell RM, et al. Similar Effects of Thrust and Nonthrust Spinal Manipulation Found in Adults With Subacute and Chronic Low Back Pain: A Controlled Trial With Adaptive Allocation. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2016;41(12):E702-9.
- [269] International Association for the Study of Pain (IASP) [sede web]. IASP Announces Revised Definition of Pain. 2020 [acceso 3 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain>
- [270] Dworkin RH, Turk DC, Farrar JT, Haythornthwaite JA, Jensen MP, Katz NP, et al. Core outcome measures for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *Pain*. 2005;113(1-2):9-19.
- [271] Cohen SP, Vase L, Hooten WM. Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances. *Lancet*. 2021;397(10289):2082-97.
- [272] Macías-Toronjo I, Rojas-Ocaña MJ, Sánchez-Ramos JL, García-Navarro EB. Pain catastrophizing, kinesiophobia and fear-avoidance in non-specific work-related low-back pain as predictors of sickness absence. *PloS One*. 2020;15(12):e0242994.
- [273] Chiarotto A, Ostelo RW, Boers M, Terwee CB. A systematic review highlights the need to investigate the content validity of patient-reported outcome measures for physical functioning in patients with low back pain. *J Clin Epidemiol*. 2018;95:73-93.

Referencias

- [274] Chiarotto A, Terwee CB, Kamper SJ, Boers M, Ostelo RW. Evidence on the measurement properties of health-related quality of life instruments is largely missing in patients with low back pain: A systematic review. *J Clin Epidemiol*. 2018;102:23-37.
- [275] Terwee CB, Prinsen CAC, Chiarotto A, Westerman MJ, Patrick DL, Alonso J, et al. COSMIN methodology for evaluating the content validity of patient-reported outcome measures: a Delphi study. *Qual Life Res*. 2018;27(5):1159-70.
- [276] Kleinlugtenbelt YV, Krol RG, Bhandari M, Goslings JC, Poolman RW, Scholtes VAB. Are the patient-rated wrist evaluation (PRWE) and the disabilities of the arm, shoulder and hand (DASH) questionnaire used in distal radial fractures truly valid and reliable? *Bone Joint Res*. 2018;7(1):36-45.
- [277] Vandembroucke JP, von Elm E, Altman DG, Gøtzsche PC, Mulrow CD, Pocock SJ et al. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE): explanation and elaboration. *PLoS Med*. 2007;4(10):e297.
- [278] Swiontkowski MF, Engelberg R, Martin DP, Agel J. Short musculoskeletal function assessment questionnaire: Validity, reliability, and responsiveness. *J Bone Jt Surg Am*. 1999;81(9):1245-60.
- [279] Guevara CJ, Cook C, Pietrobon R, Rodríguez G, Nunley J, Higgins LD, et al. Validation of a Spanish Version of the Short Musculoskeletal Function Assessment Questionnaire (SMFA). *J Orthop Trauma*. 2006;20(9):623-9.
- [280] Sangha O, Stucki G, Liang M, Fossel A, Katz J. The Self-administered Comorbidity Questionnaire (SCQ): A New Method to Assess Comorbidity for Clinical and Health Services Research. *Arthritis Rheum*. 2003;49(2):156-63.
- [281] Generaal E, Vogelzangs N, Penninx BW, Dekker J. Insomnia, Sleep Duration, Depressive Symptoms, and the Onset of Chronic Multisite Musculoskeletal Pain. *Sleep*. 2017;40(1).

- [282] Simons LE, Elman I, Borsook D. Psychological processing in chronic pain: A neural systems approach. *Neurosci Biobehav Rev.* 2014;39:61-78.
- [283] Conoce Castilla y León [sede web]. Clima [acceso 10 de marzo de 2023]. Valladolid: Junta de Castilla y León; 2021. Disponible en: <https://conocecastillayleon.jcyl.es/web/es/geografia-poblacion/clima.html>
- [284] Servicio de Salud de Castilla y León [sede web]. Encuesta de satisfacción-Usuarios [acceso 9 de febrero de 2023]. Valladolid: Junta de Castilla y León; 2018. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/transparencia/es/transparencia/sanidad-cifras/informes-estadisticos/ordenacion-tematica/encuestas-opinion/encuestas-satisfaccion-sacyl/encuesta-satisfaccion-usuarios>
- [285] Kus S, Oberhauser C, Cieza A. Validation of the brief international classification of functioning, disability, and health (ICF) core set for hand conditions. *J Hand Ther.* 2012;25(3):274-87.
- [286] Riberto M, Chiappetta LM, Lopes KA, Chiapetta LR. A transversal multicenter study assessing functioning, disability and environmental factors with the comprehensive ICF core set for low back pain in Brazil. *Eur J Phys Rehabil Med* 2014;50(2):153-60.
- [287] Tschiesner U, Linseisen E, Baumann S, Siedek V, Stelter K, Berghaus A, et al. Assessment of Functioning in patients with head and neck cancer according to the International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF): A multicenter study. *Laryngoscope.* 2009;119(5):915-23.
- [288] Wang P, Li H, Guo Y, Xie Y, Ge R, Qiu Z. The feasibility and validity of the comprehensive ICF core set for stroke in Chinese clinical settings. *Clin Rehabil.* 2014;28(2):159-71.
- [289] MacDermid JC. ICF Linking and Cognitive Interviewing Are Complementary Methods for Optimizing Content Validity of Outcome Measures: An Integrated Methods Review. *Front Rehabil Sci.* 2021;2:702596.

Referencias

- [290] Papelard A, Daste C, Alami S, Sanchez K, Roren A, Segretin F, et al. Construction of an ICF core set and ICF-based questionnaire assessing activities and participation in patients with systemic sclerosis. *Rheumatology (Oxford)*. 2019;58(12):2260-72.
- [291] Selb M, Nicol R, Hartvigsen J, Segerer W, Côté P, on behalf of the ICF Manual Medicine Expert Group. An ICF-based assessment schedule to facilitate the assessment and reporting of functioning in manual medicine – low back pain as a case in point. *Disabil Rehabil*. 2022;44(26):8339-48.
- [292] World Health Organization [sede web]. ICF Checklist [acceso 3 de julio de 2023]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2023. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/icf-checklist>
- [293] Spoorenberg S, Reijneveld S, Middel B, Uittenbroek R, Kremer H, Wynia K. The Geriatric ICF Core Set reflecting health-related problems in community-living older adults aged 75 years and older without dementia: development and validation. *Disabil Rehabil*. 2015;37(25):2337-43.
- [294] Lin YN, Chang KH, Lin CY, Hsu MI, Chen HC, Chen HH, et al. Developing comprehensive and Brief ICF core sets for morbid obesity for disability assessment in Taiwan: a preliminary study. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2014;50(2):133-41.
- [295] Stucki A, Daansen P, Fuessl M, Cieza A, Huber E, Atkinson R, et al. ICF Core Sets for obesity. *J Rehabil Med*. 2004;(44 Suppl):107-13.
- [296] Rauch A, Cieza A, Stucki G. How to apply the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for rehabilitation management in clinical practice. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2008;44(3):329-42.
- [297] Stier-Jarmer M, Cieza A, Borchers M, Stucki G. How to Apply the ICF and ICF Core Sets for Low Back Pain. *Clin J Pain*. 2009;25(1):29-38.
- [298] Allet L, Cieza A, Bürge E, Finger M, Stucki G, Huber EO. Intervention categories for physiotherapists treating patients with musculoskeletal

- conditions on the basis of the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Int J Rehabil Res*. 2007;30(4):273-80.
- [299] Escorpizo R, Davis K, Stumbo T. Mapping of a standard documentation template to the ICF core sets for arthritis and low back pain. *Physiother Res Int*. 2010;15(4):222-31.
- [300] Escorpizo R, Stucki G, Cieza A, Davis K, Stumbo T, Riddle DL. Creating an interface between the International Classification of Functioning, Disability and Health and physical therapist practice. *Phys Ther*. 2010;90(7):1053-63.
- [301] Jette AM, Norweg A, Haley SM. Achieving meaningful measurements of ICF concepts. *Disabil Rehabil*. 2008;30(12-13):963-9.
- [302] Allet L, Bürge E, Monnin D. ICF: Clinical relevance for physiotherapy? A critical review. *Adv Physiother*. 2008;10(3):127-37.
- [303] Cieza A, Geyh S, Chatterji S, Kostanjsek N, Ustün BT, Stucki G. Identification of candidate categories of the International Classification of Functioning Disability and Health (ICF) for a Generic ICF Core Set based on regression modelling. *BMC Med Res Methodol*. 2006;6:36.
- [304] American Physical Therapy Association [sede web]. APTA Guide to Physical Therapist Practice 4.0 [acceso 9 de julio de 2023]. Alexandria: American Physical Therapy Association; 2023. Disponible en: <https://guide.apta.org/>
- [305] Blanpied PR, Gross AR, Elliott JM, Devaney LL, Clewley D, Walton DM, et al. Neck Pain: Revision 2017. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2017;47(7):A1-83.
- [306] Martin RL, Chimenti R, Cuddeford T, Houck J, Matheson JW, McDonough CM, et al. Achilles Pain, Stiffness, and Muscle Power Deficits: Midportion Achilles Tendinopathy Revision 2018. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2018;48(5):A1-38.
- [307] Enseki KR, Bloom NJ, Harris-Hayes M, Cibulka MT, Disantis A, Di Stasi S, et al. Hip Pain and Movement Dysfunction Associated With Nonarthritic Hip Joint Pain: A Revision. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2023;53(7):CPG1-70.

Referencias

- [308] Scholte M, Neeleman-van Der Steen CWM, Hendriks EJM, Nijhuis-van Der Sanden MWG, Braspenning J. Evaluating quality indicators for physical therapy in primary care. *Int J Qual Health Care*. 2014;26(3):261-70.

ANEXOS

ANEXO 1. Dictámenes favorables Comités de Ética de la Investigación con medicamentos (CEIm). Estudio Delfos sobre la perspectiva del fisioterapeuta

Gerencia de Asistencia Sanitaria de Ávila

Avda. Juan Carlos I, S/N

05071 ÁVILA

Teléf. 920 35 80 00 - 01

Fax 920 35 80 64



INFORME DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS

[Redacted], Secretario Técnico del CEIm del Área de Salud de Ávila

CERTIFICA

Que este Comité ha evaluado la propuesta del Proyecto de Investigación:

TÍTULO: "Validación de los conjuntos básicos de la CIF para afecciones músculo-esqueléticas en las Unidades de Fisioterapia en Atención Primaria: la perspectiva del fisioterapeuta", del que es investigador principal D. Héctor Hernández Lázaro del Servicio de Fisioterapia.

y considera que,

- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio.
- La capacidad del investigador y sus colaboradores, son apropiadas para llevar a cabo el estudio.
- Que se cumplen los preceptos éticos formulados en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos y en sus posteriores revisiones, así como aquellos exigidos por la normativa aplicable en función de las características del estudio.

Este CEIm informa favorablemente a la realización de dicho estudio

Ávila a 27 de noviembre de 2019



EL SECRETARIO TÉCNICO DEL CEIm



TÍTULO: “Validación de los conjuntos básicos de la CIF para afecciones músculo-esqueléticas en las Unidades de Fisioterapia en Atención Primaria: la perspectiva del fisioterapeuta”.

INVESTIGADOR PRINCIPAL: D. Héctor Hernández Lazaro. Fisioterapeuta.

 Secretario Técnico del CEIm de la Gerencia de Asistencia
Sanitaria de Ávila

HACE CONSTAR QUE:

1º En la reunión celebrada el día 27 de noviembre de 2019, Acta 10/2019 se decidió emitir el informe correspondiente al estudio de referencia.

2º En dicha reunión se cumplieron los requisitos establecidos en la legislación vigente y en especial lo recogido en la Orden de 11 de marzo de 1994 de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Junta de Castilla y León y en el Real Decreto 1090/2015, de 4 de diciembre, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos, los Comités de Ética de la Investigación con Medicamentos y el Registro Español de Estudios Clínicos

3º El CEIm tanto en su composición como en los PNT cumple con las normas de BPC (CPMP/ICH/135/95)

4º La composición actual del CEIm es la siguiente:



Para que conste donde proceda

Ávila a 27 de noviembre de 2019





Conforme del Comité Ético de Investigación con Medicamentos

 Secretario Técnico del Comité Ético de Investigación
con Medicamentos del Área de Salud Burgos y Soria,

CERTIFICA:

Que este Comité ha evaluado el estudio, titulado: **“Validación de los conjuntos básicos de la CIF para afecciones músculo-esqueléticas en las Unidades de Fisioterapia en Atención Primaria: la perspectiva del fisioterapeuta. V1.0”** (Ref. CEIC 2231) y considera que:

Este Comité constata que dicho Estudio, no le es de aplicación el Real Decreto 1090/2015 de Ensayos Clínicos con Medicamentos.

El Comité se da por enterado, no formula objeciones y acepta que el citado Estudio sea realizado por D. Héctor Hernández Lázaro, fisioterapeuta de Atención Primaria del Área de Salud de Soria como investigador principal.

Lo que firmo en Burgos, 26 de noviembre de 2019




Secretario Técnico del CEIm de Burgos y Soria



C/ Altos de Nava, s/n - 24080 León
ceicleon@saludcastillayleon.es

[Redacted] Presidente del Comité Ético de la Investigación con medicamentos de las Áreas de Salud de León y del Bierzo,

CERTIFICA:

Que en la reunión del CEIm de fecha 28-01-2020 se evaluó la Tesis doctoral: 2004.- Validación de los conjuntos básicos de la CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento, la discapacidad y la Salud) para afecciones músculo-esqueléticas en las Unidades de Fisioterapia en Atención Primaria: la perspectiva del fisioterapeuta. Versión: v1.0. Investigador Principal: Héctor Hernández Lázaro Fisioterapeuta en el [Redacted]

Que se acordó por unanimidad, al considerar correctos los aspectos metodológicos y éticos del estudio, la aprobación de dicho Proyecto.

Y para que conste se expide el presente Certificado en León, a veintiocho de enero de dos mil veinte.



[Redacted]
PRESIDENTE DEL CEIm de las Áreas de Salud de León y del Bierzo

FG-DGE-04 ed. 1

Ult. Rev: 08/03/2018



1

ANEXO I

El Comité, tanto en su composición como en los PNT, cumple la legislación española vigente en este ámbito de aplicación así como las normas de BPC (CPMP/ICH/135/95), y su composición actual es la siguiente:



En dicha reunión del Comité Ético de la Investigación con medicamentos se cumplió el quórum preceptivo legalmente.

En el caso de que se evalúe algún proyecto del que un miembro sea investigador/colaborador, éste se ausentará de la reunión durante la discusión del proyecto.

 SECRETARIA TÉCNICA del CEIM DEL AREA DE SALUD DE PALENCIA,

CERTIFICA

Que la comisión permanente del CEIM del área de salud de Palencia ha evaluado en su sesión del 17 de diciembre de 2019 la propuesta de Estudio de investigación titulado: **“Validación de los conjuntos básicos de la CIF para afecciones músculo-esqueléticas en las Unidades de Fisioterapia en Atención Primaria: la perspectiva del fisioterapeuta”**.

Investigador principal: D. Héctor Hernández Lázaro

y considera que:

- 1.- Su realización es pertinente y se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio.
- 2.- La previsión para obtener el consentimiento de participación y el plan de reclutamiento de sujetos previsto son adecuados.
- 3.- La capacidad del investigador y sus colaboradores, así como las instalaciones y medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.
- 4.- No existen intereses comerciales económicos que puedan interferir con el respeto a los postulados éticos.
- 5.- Se recuerda que se deberán comunicar a este CEIM los resultados derivados de dicho proyecto de investigación, así como las publicaciones que de ella pudieran derivarse. Asimismo, se notificarán cuantas modificaciones consideradas relevantes se efectúen en el protocolo de investigación presentado.

Por tanto, este CEIC emite un **dictamen favorable** para que pueda ser llevado a cabo en el Área de Salud de Palencia.

Lo que firmo en Palencia a 18 de diciembre de 2019



Secretaria Técnica CEIM Área Salud de Palencia

MIEMBROS DEL COMITÉ de ÉTICA EN LA INVESTIGACIÓN con MEDICAMENTOS
DEL ÁREA DE SALUD DE PALENCIA



Palencia, a 18 de diciembre de 2019

Nº Registro: 2019/027

**DICTAMEN DEL COMITE DE ETICA DE LA INVESTIGACION CON MEDICAMENTOS DEL AREA
DE SALUD DE SALAMANCA,**

 Secretaria Técnica del Comité de Ética de la
Investigación con medicamentos del Área de Salud de Salamanca,

C E R T I F I C A

Que el Proyecto de Investigación titulado

**Validación de los conjuntos básicos de la CIF para afecciones músculo-esqueléticas en las
Unidades de Fisioterapia en Atención Primaria: la perspectiva del fisioterapeuta.**

**Aplicabilidad de la CIF en las Unidades de Fisioterapia en Atención Primaria
del Servicio de Salud de Castilla y León (SACYL).**

Código CEIm: **PI 2019 11 381**

del que es Investigador Principal: Don Héctor Hernández Lazaro

del Servicio de Atención Primaria

Se ajusta a las normas éticas, legales, y son correctos los aspectos metodológicos, por lo que
esta Secretaría INFORMA FAVORABLEMENTE para la realización de dicho estudio.

Y para que conste, lo firma en Salamanca con fecha 09 de enero de 2020



**PRESIDENTA DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA
INVESTIGACION DEL AREA DE SALUD DE SEGOVIA**

CERTIFICA

- Que este Comité, en sesión celebrada el 29 de enero de 2020 (Acta 01/2020), y a propuesta del Investigador D. Héctor Hernández Lázaro, ha evaluado el estudio titulado:

“Validación de los conjuntos básicos de la CIF para afecciones músculo-esqueléticas en las Unidades de Fisioterapia en Atención Primaria: la perspectiva del fisioterapeuta”

- Que a dicha sesión asistieron los siguientes integrantes del Comité:

-
-
-
-
-
-
-



- Que el Comité está constituido y actúa de acuerdo con la normativa vigente y las directrices de la Conferencia Internacional de Buena Práctica Clínica.
- Que se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y los principios metodológicos, éticos y legales aplicables a este tipo de estudios.
- Que son adecuados los modelos de Hoja de Información al Paciente y Consentimiento Informado previstos.
- Que la capacidad del investigador y sus colaboradores, así como las instalaciones y medios disponibles, son apropiados para llevar a cabo el estudio.

Tras estudiar toda la documentación presentada, este Comité de Ética de la Investigación, tomando en consideración la pertinencia del estudio y el cumplimiento de la normativa vigente, emite un **dictamen FAVORABLE** para su realización por el investigador que lo propone.

Lo que firmo en Segovia, a 10 de febrero de 2020



Presidenta del CEIC/CEIm

COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS ÁREA DE SALUD VALLADOLID

Valladolid a 12 de diciembre de 2019

En la reunión del CEIm ÁREA DE SALUD VALLADOLID ESTE del 12 de diciembre de 2019, se procedió a la evaluación de los aspectos éticos del siguiente proyecto de investigación.

PI 19-1542 ATENCIÓN PRIMARIA	APLICABILIDAD DE LA CIF EN LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA EN ATENCIÓN PRIMARIA DEL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA Y LEON (SACYL)	I.P.: HÉCTOR HERNÁNDEZ LÁZARO FISIOTERAPIA SORIA RECIBIDO: 18-11-2019
------------------------------------	---	---

A continuación, les señalo los acuerdos tomados por el CEIm ÁREA DE SALUD VALLADOLID ESTE en relación a dicho Proyecto de Investigación:

Considerando que el Proyecto contempla los Convenios y Normas establecidos en la legislación española en el ámbito de la investigación biomédica, la protección de datos de carácter personal y la bioética, se hace constar el **informe favorable** y la **aceptación** del Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos Área de Salud Valladolid Este para que sea llevado a efecto dicho Proyecto de Investigación.

Un cordial saludo.



INFORME DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS (CEIm)

[REDACTED] Secretario Técnico del Comité de Ética de la Investigación
con medicamentos (CEIm) del Área de Salud de Valladolid Oeste

CERTIFICA:

Que este Comité ha evaluado el Proyecto de investigación con **Ref.: PI238-19**

Título: “Validación de los conjuntos básicos de la CIF para afecciones músculo-esqueléticas en las Unidades de Fisioterapia en Atención Primaria: la perspectiva del fisioterapeuta”

Promotor: **D. Héctor Hernández Lázaro**
Protocolo: **Versión 1.0**
HIP/CI: **Versión 1.0**

Y considera que:

- Se cumplen los preceptos éticos formulados en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica mundial sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos y en sus posteriores revisiones, así como aquellos exigidos por la normativa aplicable en función de las características del estudio, y su realización es pertinente.
- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.
- Es adecuado el procedimiento para obtener el consentimiento informado.
- La capacidad del investigador y sus colaboradores y las instalaciones y medios disponibles, tal y como ha sido informado, son apropiados para llevar a cabo el estudio.

Este CEIm acepta que dicho estudio sea realizado en Atención Primaria del Área de Salud Valladolid Oeste por **D. Héctor Hernández Lázaro**, como Investigador Principal.

[Redacted] Secretario Técnico del Comité de Ética de la Investigación con medicamentos (CEIm) del Área de Salud de Valladolid Oeste

HACE CONSTAR QUE:

En la reunión celebrada el día 31 de Enero de 2020, Acta 1/2020, el Comité de Ética de la Investigación con medicamentos (CEIm) decidió emitir **INFORME FAVORABLE** al estudio, cumpliéndose los requisitos establecidos en la Legislación vigente para que la citada decisión sea válida.

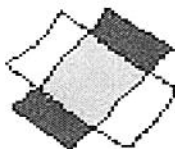
El CEIm del Hospital Universitario del Río Hortega, tanto en su composición como en los PNT, cumple con las normas de BPC (CPMP/ICH/135/95) y en la actualidad lo conforman los siguientes miembros:



Lo que firmo en Valladolid, a 3 de Febrero de 2020

[Redacted signature]

Secretario Técnico CEIm



[Redacted] Secretario Técnico del Comité de Ética de Investigación con Medicamentos del Área de Salud de Zamora

CERTIFICA

Que este Comité ha evaluado Proyecto de Investigación **Nº DE REGISTRO 466** P. I. de D. HÉCTOR HERNANDEZ LAZARO como Investigador Principal, titulado:

VALIDACION DE LOS CONJUNTOS BASICOS DE LA CLASIFICACION INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO, LA DISCAPACIDAD Y LA SALUD PARA AFECCIONES MÚSCULO-ESQUELETICAS EN LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA EN ATENCION PRIMARIA: LA PERSPECTIVA DEL FISIOTERAPEUTA.

Y considera que

Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del proyecto en relación con los objetivos del estudio.

Por tanto, este Comité acepta que dicho proyecto sea realizado por Dña. [Redacted] Fisioterapeuta de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Zamora.

Lo que firmo en Zamora a 27 de noviembre de 2019

El Secretario

[Redacted signature and stamp area]

Secretaría Técnica CEIm
Hospital Provincial
C/ Hernán Cortés, nº 40- 49021- Zamora
Teléfono: 980 548572- Fax: 980517305
E-mail: psq.hvcn@saludcastillayleon.es

ANEXO 2. Autorizaciones de las Gerencias de Asistencia Sanitaria / Atención Primaria. Estudio Delfos sobre la perspectiva del fisioterapeuta

Gerencia de Asistencia Sanitaria de Ávila

Avda. Juan Carlos I, S/N
05071 ÁVILA
Teléf. 920 35 80 00 - 01
Fax 920 35 80 64



CONFORMIDAD DE LA DIRECCIÓN DEL CENTRO

[REDACTED], GERENTE DE ASISTENCIA SANITARIA DE AVILA, VISTA LA AUTORIZACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS (CEIm),

CERTIFICA:

Que conoce la propuesta realizada por el Dr. Héctor Hernández Lázaro, fisioterapeuta, para que se realice el Estudio titulado "Validación de los conjuntos básicos de la CIF para afecciones músculo-esqueléticas en las Unidades de Fisioterapia en Atención Primaria: la perspectiva del fisioterapeuta", en el que participará como investigador principal.

Que acepta la realización de dicho estudio en este Centro.

Lo que firma en Ávila, a 27 de noviembre de 2019.




CAAV/2019/35

INVESTIGACIÓN CLÍNICA “ESTUDIOS ACADÉMICOS/PROYECTOS**INVESTIGACIÓN”****FORMULARIO DE PROPUESTA****FECHA:** 27 de noviembre de 2019

TÍTULO DEL ESTUDIO: Validación de los conjuntos básicos de la CIF para afecciones músculo-esqueléticas en las Unidades de Fisioterapia en Atención Primaria: la perspectiva del fisioterapeuta

Investigador principal	Tutor	SERVICIO
Héctor Hernández Lázaro	M.ª Teresa Mingo Gómez	Unidades de fisioterapia en atención primaria

Investigadores colaboradores:

 fisioterapeuta de atención primaria del área de El Bierzo

TIPO DE TRABAJO	<input type="checkbox"/> Investigación clínica	<input checked="" type="checkbox"/> Tesis doctoral
	<input type="checkbox"/> Trabajo Fin de Máster	<input type="checkbox"/> Trabajo Fin de Grado

RESUMEN: Las unidades de fisioterapia de atención primaria del Servicio de Salud de Castilla y León (SACYL) son las encargadas de la atención fisioterápica de la población en el primer nivel asistencial. Los trastornos sobre los que se centran las actuaciones de estas unidades son de tipo músculo-esquelético.

El trabajo de los fisioterapeutas está estrechamente relacionado con la funcionalidad de los pacientes y, en este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha propuesto la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) como marco conceptual para caracterizar el estado funcional de los individuos.

El uso de la CIF en el ámbito clínico no está suficientemente extendido debido a las dificultades que implica en la práctica el uso de una clasificación tan exhaustiva. En un intento de abordar este problema, la OMS ha fomentado el desarrollo de versiones reducidas (conjuntos básicos) destinadas a responder a enfermedades o contextos asistenciales específicos.

La idea que subyace al desarrollo de estos conjuntos básicos es que es posible capturar la esencia de un proceso clínico utilizando un pequeño número de categorías de la clasificación. Esto permite un uso ágil de la CIF, pero es necesario que estos conjuntos básicos sean validados en el contexto clínico donde se pretenden aplicar (implicando a investigadores, pacientes, profesionales y al contexto de práctica clínica).

El objetivo de este estudio es captar la perspectiva del fisioterapeuta y traducirla al lenguaje propuesto por la CIF. De esta forma, se podrá comparar con las categorías seleccionadas en los conjuntos básicos para afecciones músculo-esqueléticas y determinar si son representativos de la realidad de estos profesionales. Esto permitirá validar o adaptar dichos conjuntos básicos a la práctica clínica, posibilitando su uso real.

Se debe adjuntar el Proyecto de Trabajo Completo

FINANCIACIÓN:

El estudio no recibe financiación externa. El investigador principal dispone de los recursos necesarios para llevarlo a cabo.

Con la firma de este documento **CERTIFICO** que:

- La información recogida **ÚNICAMENTE** se utilizará para para el desarrollo del estudio descrito sin que JAMAS se pueda utilizar para otros fines ni cedidos a terceros quedando sujeta al "*deber de secreto*".
- Conozco la Ley "*Protección de datos personales y garantías de confidencialidad*"
- En caso de dificultad para recoger el Consentimiento Informado por escrito de los pacientes implicados: En la recogida de datos de las Historias Clínicas se realizará una **DISOCIACIÓN Y ANONIMIZACIÓN DE DATOS** codificándolos de tal manera que sea imposible la correlación entre los resultados del estudio y los datos del paciente
- Como Investigador Principal del presente Estudio asumo el "COMPROMISO ÉTICO" de cumplir las Normas de Buena Práctica Clínica para la realización de dicho estudio.

Firma Investigador

Firma del Director

Se autorizó en la reunión del CEIm de fecha:

OFICIO

Destinatario:

[REDACTED]
FISIOTERAPEUTA

U. FISIOTERAPIA C.S. IGNACIO LÓPEZ SAIZ

Fecha: Burgos, 19 de diciembre de 2019

Remitente: Gerencia de Atención Primaria de Burgos

N/Ref.: SRM/TGG/pca

S/Ref.:

Asunto: **Visto Bueno Estudio**

A la vista de la documentación presentada, incluido el protocolo del estudio y con dictamen favorable del Comité Ético de Investigación Clínica (Ref. CEIC 2231) del Área de Burgos y Soria, se otorga el **Visto Bueno** para la realización del estudio titulado: "Validación de los conjuntos básicos de la CIF para afecciones músculo-esqueléticas en las Unidades de Fisioterapia en Atención Primaria: la perspectiva del fisioterapeuta V1.0" a [REDACTED], fisioterapeuta de Atención Primaria de la Unidad de Fisioterapia "Burgos Centro" del Centro de Salud "Ignacio López Saiz", como colaboradora del estudio en el ámbito de la Gerencia de Atención Primaria de Burgos, siendo el investigador principal, D. Héctor Hernández Lázaro, fisioterapeuta de Atención Primaria del [REDACTED]).

Al finalizar el estudio deberán informar de sus principales resultados a esta Gerencia.

El Gerente de Atención Primaria del Área de Burgos

[REDACTED]


[REDACTED] – Fisioterapeuta – U. Fisioterapia "Burgos Centro".

INVESTIGACIÓN CLÍNICA "ESTUDIOS ACADÉMICOS/PROYECTOS"**INVESTIGACIÓN"****FORMULARIO DE PROPUESTA****FECHA:** 27 de noviembre de 2019

TITULO DEL ESTUDIO: Validación de los conjuntos básicos de la CIF para afecciones músculo-esqueléticas en las Unidades de Fisioterapia en Atención Primaria: la perspectiva del fisioterapeuta		
Investigador principal	Tutor	SERVICIO
Héctor Hernández Lázaro	M.ª Teresa Mingo Gómez	Unidades de fisioterapia en atención primaria
Investigadores colaboradores:		
[Redacted] fisioterapeuta de atención primaria del área de León		
TIPO DE TRABAJO	Investigación clínica Trabajo Fin de Máster	<input checked="" type="checkbox"/> Tesis doctoral <input type="checkbox"/> Trabajo Fin de Grado
RESUMEN: Las unidades de fisioterapia de atención primaria del Servicio de Salud de Castilla y León (SACYL) son las encargadas de la atención fisioterápica de la población en el primer nivel asistencial. Los trastornos sobre los que se centran las actuaciones de estas unidades son de tipo músculo-esquelético. El trabajo de los fisioterapeutas está estrechamente relacionado con la funcionalidad de los pacientes y, en este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha propuesto la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) como marco conceptual para caracterizar el estado funcional de los individuos. El uso de la CIF en el ámbito clínico no está suficientemente extendido debido a las dificultades que implica en la práctica el uso de una clasificación tan exhaustiva. En un intento de abordar este problema, la OMS ha fomentado el desarrollo de versiones reducidas (conjuntos básicos) destinadas a responder a enfermedades o contextos asistenciales específicos. La idea que subyace al desarrollo de estos conjuntos básicos es que es posible capturar la esencia de un proceso clínico utilizando un pequeño número de categorías de la clasificación. Esto permite un uso ágil de la CIF, pero es necesario que estos conjuntos básicos sean validados en el contexto clínico donde se pretenden aplicar (implicando a investigadores, pacientes, profesionales y al contexto de práctica clínica). El objetivo de este estudio es captar la perspectiva del fisioterapeuta y traducirla al lenguaje propuesto por la CIF. De esta forma, se podrá comparar con las categorías seleccionadas en los conjuntos básicos para afecciones músculo-esqueléticas y determinar si son representativos de la realidad de estos profesionales. Esto permitirá validar o adaptar dichos conjuntos básicos a la práctica clínica, posibilitando su uso real.		

Se debe adjuntar el Proyecto de Trabajo Completo

FINANCIACIÓN:

El estudio no recibe financiación externa. El investigador principal dispone de los recursos necesarios para llevarlo a cabo.

Con la firma de este documento **CERTIFICO** que:

- La información recogida **ÚNICAMENTE** se utilizará para para el desarrollo del estudio descrito sin que JAMAS se pueda utilizar para otros fines ni cedidos a terceros quedando sujeta al "*deber de secreto*".
- Conozco la Ley "*Protección de datos personales y garantías de confidencialidad*"
- En caso de dificultad para recoger el Consentimiento Informado por escrito de los pacientes implicados: En la recogida de datos de las Historias Clínicas se realizará una **DISOCIACIÓN Y ANONIMIZACIÓN DE DATOS** codificándolos de tal manera que sea imposible la correlación entre los resultados del estudio y los datos del paciente
- Como Investigador Principal del presente Estudio asumo el "COMPROMISO ÉTICO" de cumplir las Normas de Buena Práctica Clínica para la realización de dicho estudio.

Firma Investigador

Firma del Director



Se autorizó en la reunión del CEIm de fecha:



NOTA INTERIOR

Fecha: Palencia, a 22 de enero de 2020.
Remitente: GERENTE DE ASISTENCIA SANITARIA DE PALENCIA.
Destinatario: HÉCTOR HERNÁNDEZ LÁZARO. FISIOTERAPEUTA DE ATENCIÓN PRIMARIA
N/Ref: [REDACTED]
Asunto: AUTORIZACIÓN REALIZACIÓN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.

Vista su solicitud de 18 de diciembre de 2019 para la realización del proyecto de investigación "Validación de los conjuntos básicos de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) para afecciones músculo-esqueléticas en las Unidades de Fisioterapia en Atención Primaria: la perspectiva del fisioterapeuta" en el Área de Salud de Palencia con la colaboración de [REDACTED]

Se informa que se autoriza la realización del mencionado estudio.





Fecha: Salamanca, 11 de Noviembre de 2019

Remitente: [REDACTED] RESPONSABLE DE FORMACIÓN DOCENCIA E INVESTIGACIÓN.

Destinatario: Héctor Hernández Lázaro.

N/ref.: JDH/mp

S/ref.:

Asunto: Autorización proyecto de investigación


En relación a la solicitud de autorización para la realización del proyecto titulado "Aplicabilidad de la CIF en las Unidades de Fisioterapia en Atención Primaria del Servicio de Salud de Castilla y León (SACYL)." cuyo investigador principal D^o Héctor Hernández Lázaro [REDACTED] (colaboradora), con el objetivo del estudio sería la validación de los conjuntos básicos de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la discapacidad y la Salud (CIF) para afecciones músculo-esqueléticas en las Unidades de Fisioterapia en Atención Primaria (UFAP) bajo la perspectiva del fisioterapeuta.

Esta Gerencia resuelve **AUTORIZAR** su realización, una vez haya sido valorado favorablemente por el Comité de Ética de Investigación Clínica de Salud de Salamanca.

Es importante que mantenga la confidencialidad y el anonimato del paciente.

Una vez finalizado el trabajo, deberá remitir a esta Gerencia una copia del mismo.



NOTA INTERNA	Destinatario:	DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA DIRECTORA DE ENFERMERÍA
		
Fecha: Segovia, 3 de marzo de 2020		
Remitente: GERENCIA DE ASISTENCIA SANITARIA DE SEGOVIA		
N/Ref: JEC/erm		
S/Ref:		
Asunto: Autorización Proyecto de Investigación		

El Gerente de Asistencia Sanitaria de Segovia, AUTORIZA la puesta en marcha en el Centro de Salud de Cuéllar, del Proyecto de Investigación “Validación de los conjuntos básicos de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) para afecciones músculo-esqueléticas en las Unidades de Fisioterapia en Atención Primaria: la perspectiva del fisioterapeuta” en el Área de Salud de Segovia, y cuyo equipo de investigación estará formado por:

- Héctor Hernández Lázaro, investigador principal, fisioterapeuta del Centro de Salud de Ólvega (Soria).



EL GERENTE DE ASISTENCIA SANITARIA DE SEGOVIA



Héctor Hernández Lázaro

Fecha: Valladolid, 2 Diciembre 2019

Remite: GERENCIA DE ATENCIÓN
PRIMARIA VALLADOLID ESTE.-

Nº Ref: RSH/LSM

Asunto: Autorización Proyecto de Investigación

REGISTRO GENERAL DE
SALIDA - SACYL
CÁMARA VALLADOLID ESTE
S3116519 - 13:16
Nº Registro: 7053


En respuesta a su escrito en el que solicita, a esta Gerencia de Atención Primaria, autorización para realizar, en los centros de Salud de Atención Primaria de Valladolid Este, para llevar a cabo el proyecto de investigación titulado "**Validación de los conjuntos básicos de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) para afecciones músculo-esqueléticas en las Unidades de Fisioterapia en Atención Primaria: la perspectiva del "fisioterapeuta"**", cuyo objetivo principal es obtener información que permita validar o adaptar los conjuntos básicos de la CIF para afecciones músculoesqueléticas desde la perspectiva de los profesionales, para hacer posible su uso en las Unidades de Fisioterapia en Atención Primaria del SACYL; una vez revisada la memoria del proyecto, le comunico nuestra decisión de autorizar su realización, recordándole que la obtención de datos debe limitarse a aquellos estrictamente necesarios para dar respuesta a los objetivos contemplados en el proyecto de investigación y teniendo en cuenta que sólo podrán ser utilizados para dicha finalidad y que su tratamiento deberá efectuarse garantizando el anonimato de los pacientes, de manera que no sea posible su identificación; asimismo le recordamos que en todo momento deberá respetar la legislación vigente sobre protección de datos de carácter personal (*Reglamento general de protección de datos -Reglamento (UE) 2016/679-; Ley 15/1999, de protección de datos de carácter personal; Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica; Decreto 38/2012, sobre historia clínica y derechos y obligaciones de pacientes y profesionales de la salud en materia de documentación clínica y resto de normativa vigente que pudiera ser de aplicación*).

Atentamente.

EL GERENTE DE ATENCIÓN PRIMARIA DE VALLADOLID ESTE



CONFORMIDAD DE LA DIRECCIÓN DEL CENTRO

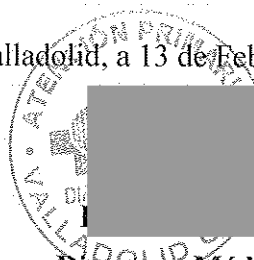
 Directora Médico de Atención Primaria del Área de Salud de Valladolid Oeste, y vista la autorización del Comité de Ética de la Investigación con medicamentos (CEIm)

CERTIFICA:

Que esta Dirección ha conocido la propuesta del Promotor: **D. Héctor Hernández Lázaro**, para que se realice el estudio (Tesis Doctoral) titulado: “**Validación de los conjuntos básicos de la CIF para afecciones músculo-esqueléticas en las Unidades de Fisioterapia en Atención Primaria: la perspectiva del fisioterapeuta**”, Protocolo versión 1.0; Hoja de Información al Paciente/Consentimiento Informado versión 1.0; Ref. CEIm: **PI238-19**, cuyo Investigador Principal en Atención Primaria del Área de Salud Valladolid Oeste es **D. Héctor Hernández Lázaro**, y considera:

Que acepta la realización de dicho Proyecto.

Lo que firma en Valladolid, a 13 de Febrero de 2020.




Directora Médico Atención Primaria
Área de Salud Valladolid Oeste

ANEXO 3. Cuestionarios a expertos. Estudio Delfos sobre la perspectiva del fisioterapeuta

Cuestionario CIF para fisioterapeutas de Atención Primaria (1ª ronda)

INFORMACIÓN E INSTRUCCIONES

El presente cuestionario forma parte de un proyecto de investigación que pretende valorar las posibilidades de aplicación de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) en las Unidades de Fisioterapia en Atención Primaria (UFAP) del Servicio de Salud de Castilla y León (SACYL).

El objetivo es obtener información sobre aquellos aspectos de la salud que Ud. considera más importantes cuando realiza VALORACIONES DE FISIOTERAPIA en pacientes derivados desde Atención Primaria.

Se trata del primero de un total de tres cuestionarios que le haré llegar debidamente. El plazo para su cumplimentación es de 3 semanas, estableciéndose el día 12 de julio de 2020 como fecha límite para el envío de las respuestas. Los datos aportados por Ud. serán tratados de forma anónima y se garantizará su confidencialidad como participante en el presente estudio.

En el presente cuestionario encontrará tres secciones:

- Información sobre su Unidad de fisioterapia (opcional): características generales de su puesto de trabajo.
- Datos socio-demográficos (opcional): información general sobre edad, sexo, nivel formativo, etc.
- Encuesta sobre la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) (obligatorio): preguntas dirigidas a los diferentes dominios de esta clasificación.

Le recomiendo leer previamente el cuestionario y que se tome un tiempo para reflexionar antes de contestar. Tenga en cuenta que las preguntas propuestas están dirigidas a aspectos de su actividad profesional que están automatizados, por lo que puede resultarles difícil verbalizarlos y explicarlos con palabras.

Una vez finalizado el estudio, le haré llegar un informe con los resultados y las conclusiones que pueden extraerse de los mismos. De antemano, le agradezco su esfuerzo y el tiempo dedicado a participar en este estudio.

* Indica que la pregunta es obligatoria

Datos sobre su Unidad de Fisioterapia (opcional)

En la presente sección se recogen datos de su puesto de trabajo para realizar una aproximación a la heterogeneidad de las Unidades de Fisioterapia en Atención Primaria del SACYL. También se pretende valorar si las características de la Unidad de Fisioterapia tienen influencia sobre las respuestas relativas a la CIF.

5. PERSONAL DE LA UNIDAD: ¿qué tipo de relación laboral mantiene con el SACYL?

Marca solo un óvalo.

- Personal fijo
- Personal interino
- Personal sustituto
- Otro: _____

6. PACIENTES: ¿qué tipos de pacientes se atienden en su unidad de fisioterapia?

Marca solo un óvalo.

- Derivados exclusivamente desde Atención Primaria
- Atención Primaria en combinación con Atención Hospitalaria
- Otro: _____

7. CARGA ASISTENCIAL: ¿cuántos pacientes procedentes de Atención Primaria son atendidos aproximadamente en su Unidad cada año?

8. CARGA ASISTENCIAL: ¿cuántos pacientes procedentes de Hospital son atendidos aproximadamente en su Unidad cada año?

Datos sociodemográficos (opcional)

La recogida de estos datos servirá para elaborar un perfil profesional del fisioterapeuta de Atención Primaria en Castilla y León. Su cumplimentación es opcional, a excepción del apartado que corresponde con la "experiencia profesional".

En esta sección también se pretende valorar si las características personales del fisioterapeuta tienen influencia sobre las respuestas relativas a la CIF.

1. LOCALIZACIÓN GEOGRÁFICA. Indique en qué área de salud se encuentra la Unidad de Fisioterapia en la que trabaja.

2. POBLACIÓN: ¿qué tipo de población se atiende en su Unidad?

Marca solo un óvalo.

- Urbana
- Rural
- Mixta

3. ZONAS BÁSICAS DE SALUD ¿Cuántas zonas básicas de salud se atienden en su unidad?

Marca solo un óvalo.

- 1
- 2
- 3
- Otro: _____

4. DEDICACIÓN: ¿tiene que desplazarse a diferentes centros de salud o compartir su horario en diversas salas de fisioterapia? indique brevemente su situación.

9. Indique su EDAD:

10. Indique su SEXO:

Marca solo un óvalo.

- Hombre
- Mujer

11. ¿Cuál es su nivel de FORMACIÓN ACADÉMICA?

Selecciona todos los que correspondan.

- Diplomado, graduado en fisioterapia o titulación equivalente
- Máster universitario (título propio universitario o similar)
- Máster oficial universitario (título reconocido por el Estado)
- Doctorado
- Otro: _____

12. ¿Cuál es su ESPECIALIDAD CLÍNICA? Indique aquellas áreas de la fisioterapia (intervenciones o patologías concretas) sobre las que se haya formado específicamente. Por ejemplo: "terapia manual", "patología neurológica", etc.

13. EXPERIENCIA PROFESIONAL: ¿en qué tipo de unidades de Fisioterapia en Atención Primaria ha trabajado?

Marca solo un óvalo.

- Urbana
- Rural
- Ambas

14. EXPERIENCIA PROFESIONAL: ¿durante cuánto tiempo ha desarrollado su actividad como fisioterapeuta en Atención Primaria? Indique la respuesta más aproximada, considerando tiempo TOTAL trabajado.

Marca solo un óvalo.

- Menos de 2 años
- Entre 2 y 5 años
- Más de 5 años

Encuesta sobre la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud

Las siguientes preguntas se dirigen específicamente a los dominios incluidos en la CIF.

- Estructuras corporales:
- Funciones corporales
- Actividades
- Participación
- Factores contextuales: facilitadores y barreras
- Factores personales

Estos dominios se han de considerar siempre dentro un contexto de FUNCIONALIDAD: un déficit estructural puede alterar la función de un órgano que, a su vez, puede condicionar la actividad de la persona y restringir su participación social. A su vez, lo anterior puede verse condicionado por factores contextuales o personales.

Se lo ilustro con un EJEMPLO: una lesión en los ojos (estructura corporal) puede conllevar una pérdida de la visión (función corporal). Las alteraciones en estructura y función pueden impedir que esta persona sea capaz de leer (actividad) y que, por ello, se plantee abandonar un club de lectura al que acudía todas las semanas (participación). Sin embargo, existen libros adaptados a su situación (facilitador contextual) que podrían permitir que esta persona continuara con su afluencia a la lectura. El problema es que este tipo de libros son caros y difíciles de encontrar (barrera contextual). A su favor, esta persona cuenta con un carácter optimista (factor personal) y buenas relaciones con familia y amigos, por lo que confía en encontrar una solución.

Aunque a menudo los dominios de la CIF pasan inadvertidos, todos estos aspectos son tenidos en cuenta por Vd. en una consulta de fisioterapia en Atención Primaria, aunque sea de forma inconsciente. Por ello, le pido que reflexione sobre qué aspectos considera más importantes cuando realiza una VALORACIÓN DE FISIOTERAPIA, y conteste a las siguientes preguntas.

15. Piense en partes del cuerpo de los pacientes que acuden a la UFAP en la que usted trabaja. Elabore una lista de las estructuras anatómicas que considere más relevantes cuando usted realiza la valoración de fisioterapia (estructuras corporales). Puede referirse a regiones corporales (p. ej. "cabeza"), órganos (p. ej. "corazón"), estructuras concretas (p. ej. "retina") o tejidos de forma genérica (p. ej. "tejido epitelial").

16. Piense en el funcionamiento del cuerpo de los pacientes que acuden a la UFAP en la que usted trabaja. Elabore una lista de las funciones que considere más relevantes cuando usted realiza una valoración de fisioterapia (funciones corporales).

17. Piense en las actividades de la vida diaria, de ocio y de trabajo de los pacientes que acuden a la UFAP en la que usted trabaja. Elabore una lista de las que considere más relevantes cuando usted realiza la valoración de fisioterapia (actividades y participación).

18. Piense en las condiciones de vida y en el entorno de los pacientes que acuden a la UFAP en la que usted trabaja. Elabore una lista de los elementos que considere que facilitan la vida de estas personas (facilitadores).

19. Piense en las condiciones de vida y en el entorno de los pacientes que acuden a la UFAP en la que usted trabaja. Elabore una lista de los elementos o circunstancias que considere que dificultan la vida de estas personas (barreras).

20. Piense en los pacientes que acuden a la UFAP en la que usted trabaja. Elabore una lista de las características personales que usted considere importantes sobre el modo en que ellos gestiona su patología (factores personales).

Cuestionario CIF para fisioterapeutas de Atención Primaria (2ª ronda)

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) estructura la información mediante un sistema jerárquico de categorías de 4 niveles.

La CIF sigue un patrón de diagrama de árbol, de tal manera que una categoría de nivel superior incluye múltiples categorías de niveles inferiores. Por ejemplo: la categoría de primer nivel "funciones mentales" incluye otras de 2º nivel como "funciones de conciencia" o "funciones de la orientación" y, a su vez, estas categorías incluyen a otras de 3º y 4º nivel.

Las categorías de 1º nivel son las más generales, mientras que las de 4º nivel son las más específicas. Estos niveles jerárquicos no están desarrollados por completo para todos los componentes de la CIF, por lo que se considera a las categorías de 2º nivel como las más operativas a nivel práctico.

Por ello, la información proporcionada por Vd. en la encuesta anterior ha sido convertida en categorías de 2º nivel de la CIF. Este proceso se ha realizado identificando unidades de significado a partir de sus respuestas y asignándoles las categorías de la CIF más representativas.

En esta 2ª encuesta, le pido que valore la relevancia de las categorías de 2º nivel que han sido identificadas en la 1ª ronda. Para ello, le presento cada categoría acompañada de la definición que se establece en la CIF y del porcentaje de respuestas de la 1ª encuesta en las que se ha encontrado. Por ejemplo:

- Categoría b280: sensación de dolor
- Definida como "sensación desagradable que indica daño potencial o real en alguna estructura corporal"
- Identificada en el 15% de las respuestas.

La tarea consiste en valorar de 1 a 5 la relevancia de cada categoría propuesta (siendo 1, "innecesario" y 5, "imprescindible"), teniendo en cuenta los aspectos que Vd. considera más importantes cuando realiza una VALORACIÓN DE FISIOTERAPIA.

En la parte final del cuestionario, Vd. tendrá la oportunidad de indicar si hay algún aspecto importante que no haya sido cubierto por el conjunto de categorías propuesto. Si Vd. advierte cualquier tipo de omisión, le pido que aporte toda la información que considere necesaria para solucionarlo.

El plazo de cumplimentación es de 3 semanas, estableciéndose el día 24 de febrero de 2021 como fecha límite para el envío de las respuestas. Igualmente, los datos aportados por Vd. serán tratados de forma anónima y se garantizará su confidencialidad como participante en el presente estudio.

Si tiene alguna duda con respecto a la encuesta o el estudio, puede ponerse en

contacto conmigo a través de esta dirección de correo electrónico: hhernandezl@saludcastillayleon.es. De nuevo, aprovecho para agradecerle el tiempo y el esfuerzo dedicados a participar.

Reciba un cordial saludo.

* Indica que la pregunta es obligatoria

Estructuras corporales

En la siguiente sección encontrará 25 categorías correspondientes al componente de la CIF "estructuras corporales". Valore de 1 a 5 la relevancia de las mismas cuando realiza una valoración de fisioterapia.

1. s110: Estructura del cerebro, incluyendo lóbulos corticales, cerebro medio, diencéfalo, ganglios basales y estructuras relacionadas, cerebelo, tronco cerebral y nervios craneales. Esta categoría se identificó en el 8% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Innecesario Imprescindible

2. s120: Médula espinal y estructuras relacionadas, incluyendo la estructura de la médula espinal y de los nervios espinales. Esta categoría se identificó en el 12% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Innecesario Imprescindible

3. s140: Estructura del sistema nervioso simpático. Esta categoría se identificó en el 1% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Innecesario Imprescindible

4. s150: Estructura del sistema nervioso parasimpático. Esta categoría se identificó en el 1% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Innecesario Imprescindible

5. s230: Estructuras periféricas oculares, que incluye estructuras alrededor del ojo. Esta categoría se identificó en el 1% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Innecesario Imprescindible

6. s260: Estructura del oído interno. Esta categoría se identificó en el 1% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Innecesario Imprescindible

7. s410: Estructura del sistema cardiovascular, que incluye corazón y vasos sanguíneos (arterias, venas y capilares). Esta categoría se identificó en el 4% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Innecesario Imprescindible

8. s430: Estructura del sistema respiratorio, que incluye tráquea, pulmones, caja torácica y músculos de la respiración. Esta categoría se identificó en el 5% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Innecesario Imprescindible

9. s499: Estructuras de los sistemas cardiovascular, inmunológico y respiratorio, no especificadas. Esta categoría se identificó en el 4% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Innecesario Imprescindible

10. s540: Estructura del intestino, que incluye intestino delgado e intestino grueso. Esta categoría se identificó en el 1% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn Imprescindible

11. s560: Estructura del hígado. Esta categoría se identificó en el 1% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn Imprescindible

12. s580: Estructura de las glándulas endocrinas. Esta categoría se identificó en el 1% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn Imprescindible

13. s599: Estructuras relacionadas con los sistemas digestivo, metabólico y endocrino, no especificadas. Esta categoría se identificó en el 2% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn Imprescindible

18. s730: Estructura de la extremidad superior, que incluye huesos, articulaciones, músculos, ligamentos y fascias de brazo, antebrazo y mano. Esta categoría se identificó en el 8% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn Imprescindible

19. s740: Estructura de la región pélvica, que incluye huesos, articulaciones, músculos, ligamentos y fascias de la región pélvica. Esta categoría se identificó en el 8% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn Imprescindible

20. s750: Estructura de la extremidad inferior, que incluye huesos, articulaciones, músculos, ligamentos y fascias de muslo, pierna, tobillo y pie. Esta categoría se identificó en el 8% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn Imprescindible

14. s620: Estructura del suelo pélvico. Esta categoría se identificó en el 2% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn Imprescindible

15. s699: Estructuras relacionadas con el sistema genitourinario y sistema reproductor, no especificadas. Esta categoría se identificó en el 2% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn Imprescindible

16. s710: Estructura de la cabeza y de la región del cuello, que incluye huesos, articulaciones, músculos, ligamentos y fascias de cráneo, cara y cuello. Esta categoría se identificó en el 8% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn Imprescindible

17. s720: Estructura de la región del hombro, que incluye huesos, articulaciones, músculos, ligamentos y fascias de la región del hombro. Esta categoría se identificó en el 8% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn Imprescindible

21. s760: Estructura del tronco, que incluye estructuras de la columna vertebral; y músculos, ligamentos y fascias de la región del tronco. Esta categoría se identificó en el 8% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn Imprescindible

22. s770: Estructuras musculoesqueléticas adicionales relacionadas con el movimiento, Incluye huesos, articulaciones, músculos, ligamentos, extra-articulares, fascias, aponeurosis extramuscular, septums, bursas, etc. Esta categoría se identificó en el 8% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn Imprescindible

23. s799: Estructuras relacionadas con el movimiento, no especificadas. Esta categoría se identificó en el 8% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn Imprescindible

24. s899: Estructuras de la piel y estructuras relacionadas, no especificadas. Esta categoría se identificó en el 8% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn Imprescindible

Funciones corporales

En la siguiente sección encontrará 41 categorías correspondientes al componente de la CIF "funciones corporales". Valore de 1 a 5 la relevancia de las mismas cuando realiza una valoración de fisioterapia.

25. b114: Funciones de la orientación, definida como "funciones mentales generales relacionadas con el conocimiento y que nos permiten establecer la relación en que nos situamos con respecto a nosotros mismos, a otras personas, al tiempo y a lo que nos rodea". 1% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn Imprescindible

26. b117: Funciones intelectuales, definida como "funciones mentales generales necesarias para comprender e integrar de forma constructiva las diferentes funciones mentales, incluyendo todas las funciones cognitivas y su desarrollo a lo largo del ciclo vital". 1% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn Imprescindible

30. b140: Funciones de la atención, definida como "Funciones mentales específicas que permiten centrarse en un estímulo externo o experiencia interna durante el periodo de tiempo necesario". 2% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn Imprescindible

31. b144: Funciones de la memoria, definida como "Funciones mentales específicas relacionadas con el registro y almacenamiento de información, así como con su recuperación cuando es necesario". 2% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn Imprescindible

32. b147: Funciones psicomotoras, definida como "Funciones mentales específicas de control tanto de los actos motores como de los psicológicos en el nivel corporal". 2% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn Imprescindible

27. b126: Funciones del temperamento y la personalidad, definida como "Funciones mentales generales relacionadas con la disposición natural del individuo para reaccionar de una determinada manera ante situaciones, incluyendo el conjunto de características mentales que diferencian a ese individuo de otras personas". 62% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn Imprescindible

28. b130: Funciones relacionadas con la energía y los impulsos, definida como "Funciones mentales generales de los mecanismos fisiológicos y psicológicos que empujan al individuo a moverse de forma persistente para satisfacer necesidades específicas y alcanzar ciertas metas". 1% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn Imprescindible

29. b134: Funciones del sueño, definida como "Funciones mentales generales que producen una desconexión física y mental del entorno inmediato, de carácter periódico, reversible y selectivo, y que va acompañada de cambios fisiológicos característicos". 5% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn Imprescindible

33. b152: Funciones emocionales, definida como "Funciones mentales específicas relacionadas con los sentimientos y los componentes afectivos de los procesos mentales". 1% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn Imprescindible

34. b160: Funciones del pensamiento, definida como "Funciones mentales específicas relacionadas con el componente ideacional de la mente". 1% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn Imprescindible

35. b164: Funciones cognitivas superiores, definida como "Funciones mentales específicas que dependen especialmente de la actividad de los lóbulos frontales del cerebro, incluyendo conductas complejas con propósito final tales como la toma de decisiones, el pensamiento abstracto, la planificación y realización de planes, la flexibilidad mental, y decidir cuál es el comportamiento adecuado en función de las circunstancias; que a menudo se denominan funciones ejecutivas". 4% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn Imprescindible

36. b167: Funciones mentales del lenguaje, definida como "Funciones mentales específicas relacionadas con el reconocimiento y la utilización de signos, símbolos y otros componentes del lenguaje". 1% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inne Imprescindible

37. b210: Funciones visuales, definida como "Funciones sensoriales * relacionadas con percibir la presencia de luz y sentir la forma, el tamaño y el color de un estímulo visual". 4% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inne Imprescindible

38. b230: Funciones auditivas, definida como "Funciones sensoriales * relacionadas con la percepción de los sonidos y la discriminación de su localización, tono, volumen y calidad". 4% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inne Imprescindible

42. b270: Funciones sensoriales relacionadas con la temperatura y otros

temperatura, la vibración, la presión y los estímulos nocivos". 8% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

estímulos, definida como "Funciones sensoriales relacionadas con sentir la
1 2 3 4 5
Inne Imprescindible

43. b280: Sensación de dolor, definida como "Sensación desagradable que indica daño potencial o real en alguna estructura corporal". 15% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inne Imprescindible

44. b298: Funciones sensoriales y dolor, otras especificada: dolor neural de características mecánicas". 1% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inne Imprescindible

45. b429: Funciones del sistema cardiovascular, otras especificadas y no especificadas. 2% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inne Imprescindible

39. b235: Función vestibular, definida como "Funciones sensoriales del oído interno relacionadas con la posición, el equilibrio y el movimiento". 1% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inne Imprescindible

40. b260: Función propioceptiva, definida como "Funciones sensoriales * relacionadas con sentir la posición relativa de las partes del cuerpo". 11% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inne Imprescindible

41. b265: Funciones táctiles, definida como "Funciones sensoriales * relacionadas con sentir las superficies de los objetos y su textura o calidad". 8% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inne Imprescindible

46. b440: Funciones respiratorias, definida como "Funciones relacionadas con la inhalación de aire en los pulmones, el intercambio de gases entre el aire y la sangre, y la expulsión del aire". 8% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inne Imprescindible

47. b445: Funciones de los músculos respiratorios, definida como "Funciones de los músculos implicados en la respiración". 8% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inne Imprescindible

48. b455: Funciones relacionadas con la tolerancia al ejercicio, definida como "Funciones relacionadas con la capacidad respiratoria y cardiovascular necesaria para resistir el ejercicio físico". 10% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inne Imprescindible

49. b460: Sensaciones asociadas con las funciones cardiovasculares y * respiratorias, definida como "Sensaciones tales como la ausencia de algún latido cardíaco, palpitaciones y acortamiento de la respiración". 11% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn Imprescindible

50. b525: Funciones relacionadas con la defecación, definida como "Funciones de eliminación de desechos y comida no digerida en forma de heces y funciones relacionadas". 1% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn Imprescindible

51. b599: Funciones de los sistemas digestivo, metabólico y endocrino, no especificadas. 1% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn Imprescindible

55. b720: Funciones relacionadas con la movilidad de los huesos, definida como "Funciones relacionadas con la amplitud y la suavidad de movimiento de grupos específicos de huesos, tales como la escápula, la pelvis, los huesos carpianos y tarsianos". 55% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn Imprescindible

56. b730: Funciones relacionadas con la fuerza muscular, definida como "Funciones relacionadas con la fuerza generada por la contracción de un músculo o grupo de músculos". 46% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn Imprescindible

57. b735: Funciones relacionadas con el tono muscular, definida como "Funciones relacionadas con la tensión presente en los músculos cuando están en reposo y la resistencia que ofrecen al intentar moverlos pasivamente". 17% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn Imprescindible

52. b620: Funciones urinarias, definida como "Funciones relacionadas con la evacuación de orina desde la vejiga urinaria". 1% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn Imprescindible

53. b710: Funciones relacionadas con la movilidad de las articulaciones, definida como "Funciones relacionadas con la extensión y la suavidad de movimiento de una articulación". 67% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn Imprescindible

54. b715: Funciones relacionadas con la estabilidad de las articulaciones, definida como "Funciones relacionadas con el mantenimiento de la integridad estructural de las articulaciones". 12% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn Imprescindible

58. b740: Funciones relacionadas con la resistencia muscular, definida como "Funciones relacionadas con el mantenimiento de la contracción muscular durante un determinado periodo de tiempo". 11% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn Imprescindible

59. b750: Funciones relacionadas con los reflejos motores, definidas como "Funciones relacionadas con la contracción involuntaria de los músculos, inducida automáticamente por estímulos específicos". 6% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn Imprescindible

60. b755: Funciones relacionadas con los reflejos de movimiento involuntario, definidas como "Funciones relacionadas con las contracciones involuntarias de los músculos grandes o de todo el cuerpo inducidas por la posición del cuerpo, el equilibrio y los estímulos amenazadores". 35% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn Imprescindible

61. b760: Funciones relacionadas con el control de los movimientos voluntarios, definidas como "Funciones asociadas con el control sobre los movimientos voluntarios y la coordinación de los mismos". 30% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inne Imprescindible

62. b765: Funciones relacionadas con los movimientos involuntarios, definidas como "Funciones relacionadas con las contracciones no intencionadas, involuntarias sin propósito final o con algo de propósito final". 35% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inne Imprescindible

63. b770: Funciones relacionadas con el patrón de la marcha, definidas como "Funciones relacionadas con los modos de moverse una persona al caminar, correr u otros movimientos de todo el cuerpo". 44% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inne Imprescindible

67. d166: Leer, definida como "Realizar actividades involucradas en la comprensión e interpretación de lenguaje escrito (ej., libros, instrucciones, periódicos, documentos escritos en lenguaje convencional o en Braille), con el propósito de obtener conocimientos generales o información específica". 5% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inne Imprescindible

68. d240: Manejo del estrés y otras demandas psicológicas, definida como "Llevar a cabo acciones coordinadas sencillas o complejas dirigidas a manejar y controlar las demandas psicológicas necesarias para llevar a cabo tareas que exigen responsabilidades importantes y que conllevan estrés, distracciones o momentos de crisis, tales como conducir un vehículo en circunstancias de tráfico denso o cuidar de muchos niños". 2% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inne Imprescindible

69. d310: Comunicación-recepción de mensajes hablados, definida como "Comprender significados literales e implícitos de los mensajes en lenguaje oral, como distinguir si una frase tiene un significado literal o es una expresión figurada". 2% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inne Imprescindible

64. b780: Sensaciones relacionadas con los músculos y las funciones del movimiento, definidas como "Sensaciones asociadas con los músculos o grupo de músculos del cuerpo y su movimiento". 8% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inne Imprescindible

65. b798: Funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento, otras especificadas: presencia de movimientos compensatorios. 1% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inne Imprescindible

Actividades y participación

En la siguiente sección encontrará 41 categorías correspondientes al componente de la CIF "actividades y participación". Valore de 1 a 5 la relevancia de las mismas cuando realiza una valoración de fisioterapia.

66. d155: Adquisición de habilidades, definida como "Desarrollar competencias simples y complejas en un conjunto integrado de acciones o tareas, para iniciar y completar la adquisición de una habilidad, como manipular herramientas o jugar a juegos como el ajedrez". 1% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inne Imprescindible

70. d410: Cambiar las posturas corporales, definida como "Adoptar o abandonar una postura, pasar de un lugar a otro, como levantarse de una silla para tumbarse en una cama, y adoptar o abandonar posiciones determinadas, como arrodillarse o sentarse en cuclillas". 55% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inne Imprescindible

71. d415: Mantener la posición del cuerpo, definida como "Mantener el cuerpo en la misma posición durante el tiempo necesario, como permanecer sentado o de pie en el trabajo o en el colegio". 57% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inne Imprescindible

72. d420: Transferir el propio cuerpo, definida como "Moverse de una superficie a otra, como deslizarse a lo largo de un banco o pasar de estar sentado en la cama a sentarse en una silla, sin cambiar la posición del cuerpo". 55% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inne Imprescindible

73. d430: Levantar y llevar objetos, definida como "Levantar un objeto o llevar algo de un sitio a otro, como ocurre al levantar una taza o al llevar a un niño de una habitación a otra". 58% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn Imprescindible

74. d435: Mover objetos con las extremidades inferiores, definida como "Realizar las acciones coordinadas precisas para mover un objeto utilizando las piernas y los pies, como ocurre al dar patadas/patear a un balón y al pedalear en una bicicleta". 48% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn Imprescindible

75. d440: Uso fino de la mano, definida como "Realizar acciones coordinadas relacionadas con manejar, recoger, manipular y soltar objetos, utilizando la mano y los dedos incluyendo el pulgar, como es necesario para coger monedas de una mesa, o girar el mando de sintonía de una radio o el pomo de una puerta". 63% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn Imprescindible

79. d455: Desplazarse por el entorno, definida como "Mover todo el cuerpo de un sitio a otro siempre que no sea andando, como escalar una roca, correr por una calle, brincar, corretear, saltar, dar volteretas o correr esquivando obstáculos". 54% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn Imprescindible

80. d460: Desplazarse por distintos lugares, definida como "Andar y moverse por varios lugares y situaciones, como andar por las habitaciones de una casa, dentro de un edificio o por la calle de una ciudad". 61% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn Imprescindible

81. d465: Desplazarse utilizando algún tipo de equipamiento, definida como "Mover todo el cuerpo de un lugar a otro, sobre cualquier superficie o espacio, utilizando dispositivos específicos diseñados para facilitar el movimiento o desarrollar métodos distintos de moverse, como patines, esquís o equipo para bucear, o moverse por una calle en una silla de ruedas o con un andador". 14% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn Imprescindible

76. d445: Uso de la mano y el brazo, definida como "Realizar las acciones coordinadas que se requieren para manipular y mover objetos utilizando las manos y los brazos, como ocurre al girar picaportes/tiradores o lanzar o atrapar un objeto en movimiento". 48% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn Imprescindible

77. d449: Llevar, mover y usar objetos, otro especificado y no especificado. 1% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn Imprescindible

78. d450: Andar, definida como "Avanzar sobre una superficie a pie, paso a paso, de manera que al menos un pie esté siempre en el suelo, como pasear, deambular, caminar hacia adelante, hacia atrás o de lado". 74% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn Imprescindible

82. d475: Conducción, definida como "Dirigir y mover un vehículo o el animal que tira de él, viajar en vehículos controlados por uno mismo o tener a nuestra disposición cualquier medio de transporte, como un coche, una bicicleta, un barco o montar animales". 5% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn Imprescindible

83. d510: Lavarse, definida como "Lavarse y secarse todo el cuerpo, o partes del cuerpo, utilizando agua y materiales o métodos apropiados de lavado y secado, como bañarse, ducharse, lavarse las manos y los pies, la cara y el pelo, y secarse con una toalla". 68% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn Imprescindible

84. d520: Cuidado de partes del cuerpo, definida como "Cuidado de partes del cuerpo, como por ejemplo la piel, la cara, los dientes, el cuero cabelludo, las uñas y genitales, que requieren un nivel de cuidado mayor que el mero hecho de lavarse y secarse". 68% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn Imprescindible

85. d530: Higiene personal relacionada con los procesos de excreción, definida como "Planificación y realización de la eliminación de desechos humanos (flujo menstrual, orina y heces) y la propia limpieza posterior". 68% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inne Imprescindible

86. d540: Vestirse, definida como "Llevar a cabo las acciones y tareas coordinadas precisas para ponerse y quitarse ropa y el calzado en el orden correcto y de acuerdo con las condiciones climáticas, y las condiciones sociales, tales como ponerse, abrocharse y quitarse camisas, faldas, blusas, pantalones, ropa interior, saris, kimonos, medias, sombreros, guantes, abrigos, zapatos, botas, sandalias y zapatillas". 63% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inne Imprescindible

87. d550: Comer, definida como "Llevar a cabo las tareas y acciones coordinadas relacionadas con comer los alimentos servidos, llevarlos a la boca y consumirlos de manera adecuada para la cultura local, cortar o partir la comida en trozos, abrir botellas y latas, usar cubiertos, reunirse para comer, en banquetes o cenas". 55% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inne Imprescindible

91. d630: Preparar comidas, definida como "Idear, organizar, cocinar y servir comidas sencillas y complicadas para uno mismo o para otras personas, como decidir el menú, seleccionar alimentos y bebidas, reunir los ingredientes para preparar una comida, poner al fuego los alimentos y preparar comidas y bebidas frías, y servir la comida". 14% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inne Imprescindible

92. d640: Realizar los quehaceres de la casa, definida como "Ocuparse de la casa limpiándola, lavando la ropa, usando aparatos domésticos, almacenando comida y eliminando la basura, como barrer, pasar la fregona/trapeador, limpiar las encimeras, paredes y otras superficies; recoger y eliminar la basura de la casa; ordenar habitaciones, armarios y cajones; recoger, lavar, secar, doblar y planchar ropa; limpiar calzado; utilizar escobas, cepillos y aspiradoras; utilizar lavadoras, secadoras y planchas". 18% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inne Imprescindible

88. d560: Beber, definida como "Sujetar el vaso, llevarlo a la boca y beber de manera adecuada para la cultura local, mezclar, revolver y servir líquidos para beber, abrir botellas y latas, beber a través de una paja/popote/sorbete o beber agua corriente como de un grifo o fuente; mamar/lactar". 51% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inne Imprescindible

89. d570: Cuidado de la propia salud, definida como "Asegurar la salud y el bienestar físico y mental, como manteniendo una dieta equilibrada, realizando actividad física a un nivel adecuado, manteniendo una temperatura adecuada, evitando daños para la salud, adoptando prácticas sexuales seguras, incluyendo el uso de preservativos, siguiendo los planes de vacunación y haciéndose chequeos médicos de forma regular". 75% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inne Imprescindible

90. d620: Adquisición de bienes y servicios, definida como "Seleccionar, obtener y transportar todos los bienes y servicios necesarios para la vida diaria, como seleccionar, obtener, transportar y almacenar comida, bebida, ropa, productos de limpieza, combustible, artículos para la casa, utensilios, baterías de cocina, aparatos domésticos y herramientas; procurarse servicios y utilidades domésticas". 7% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inne Imprescindible

93. d650: Cuidado de los objetos del hogar, definida como "Mantener y reparar los objetos del hogar y otros objetos personales, incluyendo la casa y su contenido, la ropa, los vehículos y los dispositivos de ayuda, y el cuidado de plantas y animales, como pintar o empapelar las habitaciones, reparar los muebles, reparar las cañerías, asegurarse de que los vehículos funcionan adecuadamente, regar las plantas, cuidar y alimentar mascotas y animales domésticos". 1% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inne Imprescindible

94. d660: Ayudar a los demás, definida como "Ayudar a miembros de la casa y a otras personas en su aprendizaje, en la comunicación, en el autocuidado o en el desplazamiento dentro o fuera de la casa; preocuparse por el "bienestar" de los miembros de la casa y de otras personas". 10% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inne Imprescindible

95. d710: Interacciones interpersonales básicas, definida como "Interactuar con otras personas de manera adecuada para el contexto y el entorno social, como demostrar aprecio y consideración cuando sea apropiado, o responder a los sentimientos de otros". 2% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inne Imprescindible

96. d720: Interacciones interpersonales complejas, definida como "Mantener y manejar las interacciones con otras personas, de manera adecuada para el contexto y el entorno social, como controlar las emociones y los impulsos o las manifestaciones agresivas verbales o físicas, actuar de manera autónoma en las interacciones sociales, actuar de acuerdo a normas y convenciones sociales". 2% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn(Imprescindible

97. d750: Relaciones sociales informales, definida como "Establecer relaciones con otros, como relaciones casuales con personas que viven en la misma comunidad o residencia, con compañeros de trabajo, con estudiantes, con compañeros de juego, y con gente con nivel cultural o profesional similar al nuestro". 21% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn(Imprescindible

98. d760: Relaciones familiares, definida como "Crear y mantener relaciones de parentesco, como con los miembros del núcleo familiar, con otros familiares, con la familia adoptiva o de acogida y con padrastros, madrastras, hijastros y hermanastros, relaciones más distantes como primos segundos o responsables legales de la custodia". 7% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn(Imprescindible

102. d850: Trabajo remunerado, definida como "Participar en todos los aspectos del trabajo remunerado (en una ocupación, negocio, profesión u otra forma de empleo), estando empleado a tiempo parcial o a jornada completa, o trabajando como autónomo. Incluyendo buscar y conseguir trabajo, cumplir las obligaciones del trabajo, ser puntual, supervisar a otros trabajadores o ser supervisado y cumplir las obligaciones solo o en grupo". 74% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn(Imprescindible

103. d870: Autosuficiencia económica, definida como "Tener el control sobre recursos económicos, obtenidos de fondos públicos o privados, con el objetivo de garantizar una seguridad económica para las necesidades presentes y futuras". 10% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn(Imprescindible

104. d910: Vida comunitaria, definida como "Participar en todos los aspectos de la vida social comunitaria, tales como participar en organizaciones benéficas, clubes u organizaciones sociales profesionales". 4% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn(Imprescindible

99. d799: Interacciones y relaciones interpersonales, no especificadas. 1% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn(Imprescindible

100. d810: Educación no reglada, definida como "Aprender en el hogar o en algún otro ámbito no institucionalizado, como las enseñanzas dadas por los padres u otros familiares, o la escolarización en la casa". 1% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn(Imprescindible

101. d839: Educación, otra especificada y no especificada. 4% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn(Imprescindible

105. d920: Tiempo libre y ocio, definida como "Participar en cualquier tipo de juego, actividad recreativa o de ocio, tales como juegos y deportes informales u organizados, programas de ejercicio físico, relajación, diversión o entretenimiento, ir a galerías de arte, museos, cines o teatros; participar en manualidades o aficiones, leer por entretenimiento, tocar instrumentos musicales; ir de excursión, de turismo y viajar por placer". 65% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn(Imprescindible

106. d930: Religión y espiritualidad, definida como "Participar en actividades, organizaciones o prácticas religiosas o espirituales, organizaciones y prácticas encaminadas a promover la realización personal, encontrar un significado, un valor religioso o espiritual, establecer conexiones con un poder divino, como al acudir a una iglesia, templo, mezquita o sinagoga, rezando o cantando con un motivo religioso, y la contemplación espiritual". 1% de las respuestas de la 1ª ronda.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn(Imprescindible

Factores ambientales

En la siguiente sección encontrará 39 categorías correspondientes al componente de la CIF "estructuras corporales". Valore de 1 a 5 la relevancia de las mismas cuando realiza una valoración de fisioterapia.

107. e110: Productos o sustancias para el consumo personal, definida como "Cualquier sustancia natural o fabricada por el hombre, recogida, procesada o manufacturada para la ingesta". 1% de las respuestas de la 1ª ronda lo consideró como un facilitador, 0% como una barrera.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn€ Imprescindible

108. e115: Productos y tecnología para uso personal en la vida diaria, definida como "Equipamiento, productos y tecnologías utilizados por las personas en las actividades cotidianas, incluyendo aquellos adaptados o diseñados específicamente, situados en, sobre o cerca de la persona que vaya a utilizarlos". 21% de las respuestas de la 1ª ronda lo consideró como un facilitador, 4% como una barrera.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn€ Imprescindible

109. e120: Productos y tecnología para la movilidad y el transporte personal en espacios cerrados y abiertos, definida como "Equipamiento, productos y tecnología utilizados por las personas para desplazarse dentro y fuera de los edificios, incluyendo aquellos adaptados o diseñados específicamente, situados en, sobre o cerca de la persona que vaya a utilizarlos". 26% de las respuestas de la 1ª ronda lo consideró como un facilitador, 5% como una barrera.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn€ Imprescindible

113. e140: Productos y tecnología para las actividades culturales, recreativas y deportivas, definida como "Equipamiento, productos y tecnología utilizados para la realización y progresión en las actividades deportivas, culturales y recreativas, incluyendo aquellas adaptadas o específicamente diseñadas". 17% de las respuestas de la 1ª ronda lo consideró como un facilitador, 11% como una barrera.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn€ Imprescindible

114. e150: Diseño, construcción, materiales de construcción y tecnología arquitectónica para edificios de uso público, definida como "Productos y tecnología que constituyen el ambiente fabricado por el hombre del individuo, y que abarca tanto espacios cerrados como abiertos. Dicho ambiente ha sido planeado, diseñado y construido para uso público, incluyendo aquellos adaptados o diseñados específicamente". 13% de las respuestas de la 1ª ronda lo consideró como un facilitador, 27% como una barrera.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn€ Imprescindible

110. e125: Productos y tecnología para la comunicación, definida como "Equipamiento, productos y tecnología utilizados por las personas para transmitir y recibir información, incluyendo aquellos adaptados o diseñados específicamente, situados en, sobre o cerca de la persona que vaya a utilizarlos". 7% de las respuestas de la 1ª ronda lo consideró como un facilitador, 8% como una barrera.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn€ Imprescindible

111. e130: Productos y tecnología para la educación, definida como "Equipamiento, productos, procesos, métodos y tecnología utilizados para la adquisición de conocimiento, experiencia o habilidades, incluyendo aquellos adaptados o diseñados específicamente". 0% de las respuestas de la 1ª ronda lo consideró como un facilitador, 7% como una barrera.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn€ Imprescindible

112. e135: Productos y tecnología para el empleo, definida como "Equipamiento, productos y tecnología utilizados en el ámbito laboral para facilitar el trabajo". 11% de las respuestas de la 1ª ronda lo consideró como un facilitador, 12% como una barrera.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn€ Imprescindible

115. e155: Diseño, construcción, materiales de construcción y tecnología arquitectónica para edificios de uso privado, definida como "Productos y tecnología que constituyen el ambiente fabricado por el hombre del individuo, y que abarca tanto espacios cerrados como abiertos. Dicho ambiente ha sido planeado, diseñado y construido para uso privado, incluyendo aquellos adaptados o diseñados específicamente". 17% de las respuestas de la 1ª ronda lo consideró como un facilitador, 32% como una barrera.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn€ Imprescindible

116. e160: Productos y tecnología relacionados con el uso/explotación del suelo, definida como "Productos y tecnología relacionada con el uso/explotación del suelo que afectan al entorno exterior de un individuo, mediante la implementación de políticas de utilización del suelo, diseño, planificación y desarrollo del espacio, incluyendo aquellos adaptados o diseñados específicamente". 0% de las respuestas de la 1ª ronda lo consideró como un facilitador, 17% como una barrera.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn€ Imprescindible

117. e165: Pertenencias, definida como "Productos u objetos de intercambio económico, como el dinero, los bienes, las propiedades y otros objetos de valor que un individuo posee o tiene derecho a utilizar". 6% de las respuestas de la 1ª ronda lo consideró como un facilitador, 17% como una barrera.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn Imprescindible

118. e210: Geografía física, definida como "Características de las formaciones geológicas y la configuración hidrológica". 7% de las respuestas de la 1ª ronda lo consideró como un facilitador, 1% como una barrera.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn Imprescindible

119. e260: Calidad del aire, definida como "Características de la atmósfera (espacios abiertos) o del aire en los espacios cerrados (interior de edificios), y que nos aporta información respecto al mundo que nos rodea". 2% de las respuestas de la 1ª ronda lo consideró como un facilitador, 6% como una barrera.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn Imprescindible

123. e320: Amigos, definida como "Individuos que son cercanos y que participan continuamente en relaciones caracterizadas por la confianza y el apoyo mutuo". 11% de las respuestas de la 1ª ronda lo consideró como un facilitador, 13% como una barrera.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn Imprescindible

124. e325: Conocidos, compañeros, colegas, vecinos y miembros de la comunidad, definida como "Individuos que mantienen una relación de familiaridad los unos con otros, como es el caso de los compañeros, colegas, vecinos, conocidos y miembros de la comunidad, en situaciones relacionadas con el trabajo, la escuela, el tiempo libre, u otros aspectos de la vida, y que comparten características demográficas tales como edad, sexo, religión o etnia o que persiguen los mismos intereses". 8% de las respuestas de la 1ª ronda lo consideró como un facilitador, 6% como una barrera.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn Imprescindible

120. e299: Entorno natural y cambios en el entorno derivados de la actividad humana, no especificados. 2% de las respuestas de la 1ª ronda lo consideró como un facilitador, 0% como una barrera.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn Imprescindible

121. e310: Familiares cercanos, definida como "Individuos emparentados por el nacimiento, el matrimonio o cualquier relación reconocida por la cultura como familia cercana, como esposos, pareja, padres, hermanos, hijos, padres de acogida, padres adoptivos y abuelos". 19% de las respuestas de la 1ª ronda lo consideró como un facilitador, 21% como una barrera.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn Imprescindible

122. e315: Otros familiares, definida como "Individuos emparentados mediante lazos familiares o matrimoniales o cualquier relación reconocida por la cultura como familiares, como tíos, sobrinos y nietos". 10% de las respuestas de la 1ª ronda lo consideró como un facilitador, 13% como una barrera.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn Imprescindible

125. e340: Cuidadores y personal de ayuda, definida como "Individuos que proporcionan los servicios necesarios para el cuidado de otros en sus actividades cotidianas, y para que mantengan el rendimiento en el trabajo, en la educación o en otras situaciones de la vida. Su actuación se financia mediante fondos públicos o privados, o bien actúan como voluntarios, como es el caso de los que proporcionan apoyo en el cuidado y mantenimiento de la casa, asistentes personales, asistentes para el transporte, ayuda pagada, niñeras y otras personas que actúan como cuidadores". 5% de las respuestas de la 1ª ronda lo consideró como un facilitador, 2% como una barrera.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn Imprescindible

126. e345: Extraños, definida como "Individuos desconocidos y que no muestran ningún tipo de relación, o aquellos que todavía no tienen una relación o asociación establecida, incluidos los desconocidos con los que se comparte una situación vital, como profesores sustitutos, compañeros de trabajo, proveedores de cuidados". 1% de las respuestas de la 1ª ronda lo consideró como un facilitador, 0% como una barrera.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn Imprescindible

127. e355: Profesionales de la salud, definida como "Todos los proveedores de servicios que trabajan en el contexto del sistema sanitario, como médicos, enfermeras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, logopedas, otorrinolaringólogos o trabajadores sociales sanitarios". 2% de las respuestas de la 1ª ronda lo consideró como un facilitador, 1% como una barrera.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn Imprescindible

128. e410: Actitudes individuales de miembros de la familia cercana, definida como "Opiniones y creencias generales o específicas de miembros de la familia cercana sobre la persona o sobre otras cuestiones (ej. los asuntos sociales, políticos y económicos) que influyen en el comportamiento y las acciones individuales". 20% de las respuestas de la 1ª ronda lo consideró como un facilitador, 25% como una barrera.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn Imprescindible

129. e415: Actitudes individuales de otros familiares, definida como "Opiniones y creencias generales o específicas de otros familiares sobre la persona o sobre otras cuestiones (ej. los asuntos sociales, políticos y económicos) que influyen en el comportamiento y las acciones individuales". 5% de las respuestas de la 1ª ronda lo consideró como un facilitador, 17% como una barrera.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn Imprescindible

133. e445: Actitudes individuales de extraños, definida como "Opiniones y creencias generales o específicas de extraños sobre la persona o sobre otras cuestiones (ej. los asuntos sociales, políticos y económicos) que influyen en el comportamiento y las acciones individuales". 4% de las respuestas de la 1ª ronda lo consideró como un facilitador, 8% como una barrera.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn Imprescindible

134. e450: Actitudes individuales de profesionales de la salud, definida como "Opiniones y creencias generales o específicas de profesionales de la salud sobre la persona o sobre otras cuestiones (ej. los asuntos sociales, políticos y económicos) que influyen en el comportamiento y las acciones individuales". 17% de las respuestas de la 1ª ronda lo consideró como un facilitador, 19% como una barrera.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn Imprescindible

135. e460: Actitudes sociales, definida como "Opiniones y creencias generales o específicas mantenidas habitualmente por personas de una determinada cultura, sociedad, subcultura u otro grupo social, sobre otras personas o sobre otras cuestiones sociales, políticas y económicas, que influyen en el comportamiento y las acciones grupales o individuales". 1% de las respuestas de la 1ª ronda lo consideró como un facilitador, 12% como una barrera.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn Imprescindible

130. e420: Actitudes individuales de amigos, definida como "Opiniones y creencias generales o específicas de amigos sobre la persona o sobre otras cuestiones (ej. los asuntos sociales, políticos y económicos) que influyen en el comportamiento y las acciones individuales". 14% de las respuestas de la 1ª ronda lo consideró como un facilitador, 7% como una barrera.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn Imprescindible

131. e425: Actitudes individuales de conocidos, compañeros, colegas, vecinos y miembros de la comunidad, definida como "Opiniones y creencias generales o específicas de conocidos, compañeros, colegas, vecinos y miembros de la comunidad sobre la persona o sobre otras cuestiones (ej. los asuntos sociales, políticos y económicos) que influyen en el comportamiento y las acciones individuales". 15% de las respuestas de la 1ª ronda lo consideró como un facilitador, 7% como una barrera.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn Imprescindible

132. e430: Actitudes individuales de personas en cargos de autoridad, definida como "Opiniones y creencias generales o específicas de personas en cargos de autoridad sobre la persona o sobre otras cuestiones (ej. los asuntos sociales, políticos y económicos) que influyen en el comportamiento y las acciones individuales". 2% de las respuestas de la 1ª ronda lo consideró como un facilitador, 8% como una barrera.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn Imprescindible

136. e520: Servicios, sistemas y políticas de planificación de los espacios abiertos, definida como "Servicios, sistemas y políticas para la planificación, diseño, desarrollo y mantenimiento de terrenos públicos (ej. parques, bosques, líneas de la costa, pantanos) y terrenos privados en el medio rural, suburbano y urbano". 15% de las respuestas de la 1ª ronda lo consideró como un facilitador, 8% como una barrera.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn Imprescindible

137. e525: Servicios, sistemas y políticas de vivienda, definida como "Servicios, sistemas y políticas para proporcionar a las personas albergues, viviendas o alojamiento". 1% de las respuestas de la 1ª ronda lo consideró como un facilitador, 0% como una barrera.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn Imprescindible

138. e540: Servicios, sistemas y políticas de transporte, definida como "Servicios, sistemas y políticas que posibilitan que personas o mercancías se desplacen o sean transportadas de un lugar a otro". 17% de las respuestas de la 1ª ronda lo consideró como un facilitador, 23% como una barrera.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Inn Imprescindible

139. e555: Servicios, sistemas y políticas de asociación y organización, definida como "Servicios, sistemas y políticas relativas a grupos de personas que se han reunido para la consecución de intereses comunes, no comerciales, a menudo pertenecientes a algún tipo de asociación, hermandad, etc.". 14% de las respuestas de la 1ª ronda lo consideró como un facilitador, 4% como una barrera.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Innε Imprescindible

140. e565: Servicios, sistemas y políticas económicas, definida como "Servicios, sistemas y políticas relacionadas con el sistema de producción, distribución, consumo y utilización de bienes y servicios". 5% de las respuestas de la 1ª ronda lo consideró como un facilitador, 4% como una barrera.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Innε Imprescindible

141. e570: Servicios, sistemas y políticas de seguridad social, definida como "Servicios, sistemas y políticas destinados a proporcionar ayudas económicas a aquellas personas que debido a su edad, pobreza, desempleo, condición de salud o discapacidad, necesitan asistencia pública que se financia bien mediante los impuestos generales o por sistemas de contribución". 2% de las respuestas de la 1ª ronda lo consideró como un facilitador, 0% como una barrera.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Innε Imprescindible

145. e590: Servicios, sistemas y políticas laborales y de empleo, definida como "Servicios, sistemas y políticas destinados a encontrar un trabajo apropiado para aquellas personas desempleadas o que buscan un trabajo diferente o para dar apoyo a individuos en activo que buscan un ascenso en su trabajo". 4% de las respuestas de la 1ª ronda lo consideró como un facilitador, 15% como una barrera.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Innε Imprescindible

Factores personales

En la siguiente sección encontrará 7 elementos correspondientes al componente de la CIF "factores personales". Valore de 1 a 5 la relevancia de las mismas cuando realiza una valoración de psicoterapia.

146. Edad, identificado en el 21% de las respuestas.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Innε Imprescindible

147. Sexo, identificado en el 5% de las respuestas.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Innε Imprescindible

142. e575: Servicios, sistemas y políticas de apoyo social general, definida como "Servicios sistemas y políticas para proporcionar apoyo a aquellos que necesitan asistencia en áreas como hacer la compra, las labores de la casa, el transporte, el autocuidado y el cuidado de otras personas, para participar plenamente en sociedad". 7% de las respuestas de la 1ª ronda lo consideró como un facilitador, 2% como una barrera.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Innε Imprescindible

143. e580: Servicios, sistemas y políticas sanitarias, definida como "Servicios, sistemas y políticas para prevenir y tratar problemas de salud, proporcionando rehabilitación médica y promoviendo un estilo de vida saludable". 12% de las respuestas de la 1ª ronda lo consideró como un facilitador, 19% como una barrera.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Innε Imprescindible

144. e585: Servicios, sistemas y políticas de educación y formación, definida como "Servicios, sistemas y políticas para la adquisición, conservación y perfeccionamiento del conocimiento, la experiencia y las habilidades vocacionales o artísticas". 4% de las respuestas de la 1ª ronda lo consideró como un facilitador, 2% como una barrera.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Innε Imprescindible

148. Cultura, identificado en el 4% de las respuestas.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Innε Imprescindible

149. Conocimientos y creencias (nivel educativo, información y experiencias previas, miedos y fobias). Identificado en el 35% de las respuestas.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Innε Imprescindible

150. Actitud y conducta frente a la enfermedad (autoeficacia, estrategias de afrontamiento, autocuidado, estilo de vida, responsabilidad, expectativas). Identificado en el 63% de las respuestas.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Innε Imprescindible

151. Actitud y conducta frente al tratamiento (activo/pasivo, colaboración o no, situación de dependencia) y adherencia al mismo (motivación, disposición al cambio). Identificado en el 60% de las respuestas.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5
Innε Imprescindible

152. Presencia de comorbilidades. Identificado en el 23% de las respuestas.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Inn Imprescindible

Aportación personal al conjunto de categorías anterior

Conteste a la siguiente pregunta si considera que algún aspecto importante no ha sido cubierto en el listado de categorías propuesto en las secciones anteriores. De nuevo, piense en aquellos aspectos que Vd. tiene en cuenta cuando realiza una valoración de fisioterapia.

153. ¿Hay algún aspecto que usted considera relevante y no ha sido representado en la sección anterior? Indíquelo a continuación.

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

Cuestionario CIF para fisioterapeutas de Atención Primaria (3ª ronda)

El presente cuestionario es el tercero y último del estudio. En la 1ª ronda, se le realizaron preguntas abiertas para recopilar la información que es más importante para Vd. cuando realiza una VALORACIÓN DE FISIOTERAPIA. En la 2ª ronda, esa información había sido traducida a categorías de la CIF y se le pedía que valorara del 1 al 5 la importancia que estas categorías tenían para Vd.

En esta 3ª ronda, se le van a mostrar las categorías que han obtenido mayor puntuación en la 2ª ronda y Vd. deberá confirmar si son relevantes o no en su práctica clínica. Para ello, se le mostrarán las categorías de la CIF que han obtenido una puntuación superior a 3,5 puntos (sobre un máximo de 5 puntos). Se incluirá la definición propuesta por la OMS para cada categoría y se le dará información sobre el nivel de acuerdo (puntuación obtenida) que cada categoría alcanzó en la ronda anterior. Por ejemplo:

- b280

- Definición: Sensación desagradable que indica daño potencial o real en alguna estructura corporal.

- Puntuación obtenida: 4,7 puntos sobre 5

Su tarea consiste en responder con "sí" o "no" a la pregunta de si esa categoría es relevante para Vd.

El plazo de cumplimentación de esta encuesta es de 3 semanas, estableciéndose el día 24 de marzo de 2021 como fecha límite para el envío de las respuestas. Igual que en los anteriores formularios, los datos aportados por Vd. serán tratados de forma anónima y se garantizará su confidencialidad como participante en el presente estudio.

Quiero aprovechar la oportunidad para agradecerle de nuevo el tiempo y el esfuerzo dedicados. Esperando que le sea de utilidad, le haré llegar un informe con los resultados obtenidos una vez se hayan analizado los datos.

Reciba un cordial saludo.

* Indica que la pregunta es obligatoria

Estructuras corporales

En la siguiente sección encontrará 12 categorías correspondientes al componente de la CIF "estructuras corporales". Responda "sí" o "no" si considera que dichas categorías son relevantes o no cuando realiza una valoración de fisioterapia.

5. s720: Estructura de la región del hombro, que incluye huesos, articulaciones, músculos, ligamentos y fascias de la región del hombro. Esta categoría ha obtenido una puntuación de 4,6 (sobre 5) en la 2ª ronda. ¿Es relevante para usted?

Selecciona todos los que correspondan.

- Sí
 No

6. s730: Estructura de la extremidad superior, que incluye huesos, articulaciones, músculos, ligamentos y fascias de brazo, antebrazo y mano. Esta categoría ha obtenido una puntuación de 4,7 (sobre 5) en la 2ª ronda. ¿Es relevante para usted?

Selecciona todos los que correspondan.

- Sí
 No

7. s740: Estructura de la región pélvica, que incluye huesos, articulaciones, músculos, ligamentos y fascias de la región pélvica. Esta categoría ha obtenido una puntuación de 4,6 (sobre 5) en la 2ª ronda. ¿Es relevante para usted?

Selecciona todos los que correspondan.

- Sí
 No

8. s750: Estructura de la extremidad inferior, que incluye huesos, articulaciones, músculos, ligamentos y fascias de muslo, pierna, tobillo y pie. Esta categoría ha obtenido una puntuación de 4,6 (sobre 5) en la 2ª ronda. ¿Es relevante para usted?

Selecciona todos los que correspondan.

- Sí
 No

1. s120: Médula espinal y estructuras relacionadas, incluyendo la estructura de la médula espinal y de los nervios espinales. Esta categoría ha obtenido una puntuación de 3,8 (sobre 5) en la 2ª ronda. ¿Es relevante para usted?

Selecciona todos los que correspondan.

- Sí
 No

2. s430: Estructura del sistema respiratorio, que incluye tráquea, pulmones, caja torácica y músculos de la respiración. Esta categoría ha obtenido una puntuación de 3,6 (sobre 5) en la 2ª ronda. ¿Es relevante para usted?

Selecciona todos los que correspondan.

- Sí
 No

3. s620: Estructura del suelo pélvico. Esta categoría ha obtenido una puntuación de 3,5 (sobre 5) en la 2ª ronda. ¿Es relevante para usted?

Selecciona todos los que correspondan.

- Sí
 No

4. s710: Estructura de la cabeza y de la región del cuello, que incluye huesos, articulaciones, músculos, ligamentos y fascias de cráneo, cara y cuello. Esta categoría ha obtenido una puntuación de 4,6 (sobre 5) en la 2ª ronda. ¿Es relevante para usted?

Selecciona todos los que correspondan.

- Sí
 No

9. s760: Estructura del tronco, que incluye estructuras de la columna vertebral; y músculos, ligamentos y fascias de la región del tronco. Esta categoría ha obtenido una puntuación de 4,7 (sobre 5) en la 2ª ronda. ¿Es relevante para usted?

Selecciona todos los que correspondan.

- Sí
 No

10. s770: Estructuras musculoesqueléticas adicionales relacionadas con el movimiento, Incluye huesos, articulaciones, músculos, ligamentos extra-articulares, fascias, aponeurosis extramuscular, septums, bursas, etc. Esta categoría ha obtenido una puntuación de 4,7 (sobre 5) en la 2ª ronda. ¿Es relevante para usted?

Selecciona todos los que correspondan.

- Sí
 No

11. s799: Estructuras relacionadas con el movimiento, no especificadas. Esta categoría ha obtenido una puntuación de 4,4 (sobre 5) en la 2ª ronda. ¿Es relevante para usted?

Selecciona todos los que correspondan.

- Sí
 No

12. s899: Estructuras de la piel y estructuras relacionadas, no especificadas. Esta categoría ha obtenido una puntuación de 3,7 (sobre 5) en la 2ª ronda. ¿Es relevante para usted?

Selecciona todos los que correspondan.

- Sí
 No

Funciones corporales

En la siguiente sección encontrará 26 categorías correspondientes al componente de la CIF "funciones corporales". Responda "sí" o "no" si considera que dichas categorías son relevantes o no cuando realiza una valoración de fisioterapia.

13. b114: Funciones de la orientación, definida como "funciones mentales generales relacionadas con el conocimiento y que nos permiten establecer la relación en que nos situamos con respecto a nosotros mismos, a otras personas, al tiempo y a lo que nos rodea". Esta categoría ha obtenido una puntuación de 3,5 (sobre 5) en la 2ª ronda. ¿Es relevante para usted?

Selecciona todos los que correspondan.

- Sí
 No

14. b117: Funciones intelectuales, definida como "funciones mentales generales necesarias para comprender e integrar de forma constructiva las diferentes funciones mentales, incluyendo todas las funciones cognitivas y su desarrollo a lo largo del ciclo vital". Esta categoría ha obtenido una puntuación de 3,5 (sobre 5) en la 2ª ronda. ¿Es relevante para usted?

Selecciona todos los que correspondan.

- Sí
 No

15. b147: Funciones psicomotoras, definida como "Funciones mentales * específicas de control tanto de los actos motores como de los psicológicos en el nivel corporal". Esta categoría ha obtenido una puntuación de 3,8 (sobre 5) en la 2ª ronda. ¿Es relevante para usted?

Selecciona todos los que correspondan.

- Sí
 No

20. b280: Sensación de dolor, definida como "Sensación desagradable que indica daño potencial o real en alguna estructura corporal". Esta categoría ha obtenido una puntuación de 4,7 (sobre 5) en la 2ª ronda. ¿Es relevante para usted?

Selecciona todos los que correspondan.

- Sí
 No

21. b298: Funciones sensoriales y dolor, otras especificada: dolor neural de características mecánicas". Esta categoría ha obtenido una puntuación de 4,3 (sobre 5) en la 2ª ronda. ¿Es relevante para usted?

Selecciona todos los que correspondan.

- Sí
 No

22. b440: Funciones respiratorias, definida como "Funciones relacionadas con la inhalación de aire en los pulmones, el intercambio de gases entre el aire y la sangre, y la expulsión del aire". Esta categoría ha obtenido una puntuación de 3,6 (sobre 5) en la 2ª ronda. ¿Es relevante para usted?

Selecciona todos los que correspondan.

- Sí
 No

23. b445: Funciones de los músculos respiratorios, definida como "Funciones de los músculos implicados en la respiración". Esta categoría ha obtenido una puntuación de 3,9 (sobre 5) en la 2ª ronda. ¿Es relevante para usted?

Selecciona todos los que correspondan.

- Sí
 No

16. b235: Función vestibular, definida como "Funciones sensoriales del oído interno relacionadas con la posición, el equilibrio y el movimiento". Esta categoría ha obtenido una puntuación de 3,7 (sobre 5) en la 2ª ronda. ¿Es relevante para usted?

Selecciona todos los que correspondan.

- Sí
 No

17. b260: Función propioceptiva, definida como "Funciones sensoriales * relacionadas con sentir la posición relativa de las partes del cuerpo". Esta categoría ha obtenido una puntuación de 4,5 (sobre 5) en la 2ª ronda. ¿Es relevante para usted?

Selecciona todos los que correspondan.

- Sí
 No

18. b265: Funciones táctiles, definida como "Funciones sensoriales * relacionadas con sentir las superficies de los objetos y su textura o calidad". Esta categoría ha obtenido una puntuación de 3,9 (sobre 5) en la 2ª ronda. ¿Es relevante para usted?

Selecciona todos los que correspondan.

- Sí
 No

19. b270: Funciones sensoriales relacionadas con la temperatura y otros estímulos, definida como "Funciones sensoriales relacionadas con sentir la temperatura, la vibración, la presión y los estímulos nocivos". Esta categoría ha obtenido una puntuación de 3,7 (sobre 5) en la 2ª ronda. ¿Es relevante para usted?

Selecciona todos los que correspondan.

- Sí
 No

24. b455: Funciones relacionadas con la tolerancia al ejercicio, definida como "Funciones relacionadas con la capacidad respiratoria y cardiovascular necesaria para resistir el ejercicio físico". Esta categoría ha obtenido una puntuación de 4,4 (sobre 5) en la 2ª ronda. ¿Es relevante para usted?

Selecciona todos los que correspondan.

- Sí
 No

25. b460: Sensaciones asociadas con las funciones cardiovasculares y * respiratorias, definida como "Sensaciones tales como la ausencia de algún latido cardíaco, palpitaciones y acortamiento de la respiración". Esta categoría ha obtenido una puntuación de 3,7 (sobre 5) en la 2ª ronda. ¿Es relevante para usted?

Selecciona todos los que correspondan.

- Sí
 No

26. b710: Funciones relacionadas con la movilidad de las articulaciones, definida como "Funciones relacionadas con la extensión y la suavidad de movimiento de una articulación". Esta categoría ha obtenido una puntuación de 4,8 (sobre 5) en la 2ª ronda. ¿Es relevante para usted?

Selecciona todos los que correspondan.

- Sí
 No

27. b715: Funciones relacionadas con la estabilidad de las articulaciones, definida como "Funciones relacionadas con el mantenimiento de la integridad estructural de las articulaciones". Esta categoría ha obtenido una puntuación de 4,7 (sobre 5) en la 2ª ronda. ¿Es relevante para usted?

Selecciona todos los que correspondan.

- Sí
 No

28. b720: Funciones relacionadas con la movilidad de los huesos, definida como "Funciones relacionadas con la amplitud y la suavidad de movimiento de grupos específicos de huesos, tales como la escápula, la pelvis, los huesos carpianos y tarsianos". Esta categoría ha obtenido una puntuación de 4,8 (sobre 5) en la 2ª ronda. ¿Es relevante para usted?

Selecciona todos los que correspondan.

- Sí
 No

29. b730: Funciones relacionadas con la fuerza muscular, definida como "Funciones relacionadas con la fuerza generada por la contracción de un músculo o grupo de músculos". Esta categoría ha obtenido una puntuación de 4,7 (sobre 5) en la 2ª ronda. ¿Es relevante para usted?

Selecciona todos los que correspondan.

- Sí
 No

30. b735: Funciones relacionadas con el tono muscular, definida como "Funciones relacionadas con la tensión presente en los músculos cuando están en reposo y la resistencia que ofrecen al intentar moverlos pasivamente". Esta categoría ha obtenido una puntuación de 4,6 (sobre 5) en la 2ª ronda. ¿Es relevante para usted?

Selecciona todos los que correspondan.

- Sí
 No

31. b740: Funciones relacionadas con la resistencia muscular, definida como "Funciones relacionadas con el mantenimiento de la contracción muscular durante un determinado periodo de tiempo". Esta categoría ha obtenido una puntuación de 4,5 (sobre 5) en la 2ª ronda. ¿Es relevante para usted?

Selecciona todos los que correspondan.

- Sí
 No

35. b765: Funciones relacionadas con los movimientos involuntarios, definidas como "Funciones relacionadas con las contracciones no intencionadas, involuntarias sin propósito final o con algo de propósito final". Esta categoría ha obtenido una puntuación de 4 (sobre 5) en la 2ª ronda. ¿Es relevante para usted?

Selecciona todos los que correspondan.

- Sí
 No

36. b770: Funciones relacionadas con el patrón de la marcha, definidas como "Funciones relacionadas con los modos de moverse una persona al caminar, correr u otros movimientos de todo el cuerpo". Esta categoría ha obtenido una puntuación de 4,7 (sobre 5) en la 2ª ronda. ¿Es relevante para usted?

Selecciona todos los que correspondan.

- Sí
 No

37. b780: Sensaciones relacionadas con los músculos y las funciones del movimiento, definidas como "Sensaciones asociadas con los músculos o grupo de músculos del cuerpo y su movimiento". Esta categoría ha obtenido una puntuación de 4,3 (sobre 5) en la 2ª ronda. ¿Es relevante para usted?

Selecciona todos los que correspondan.

- Sí
 No

38. b798: Funciones neuromusculares y relacionadas con el movimiento, otras especificadas: presencia de movimientos compensatorios. Esta categoría ha obtenido una puntuación de 4,1 (sobre 5) en la 2ª ronda. ¿Es relevante para usted?

Selecciona todos los que correspondan.

- Sí
 No

32. b750: Funciones relacionadas con los reflejos motores, definidas como "Funciones relacionadas con la contracción involuntaria de los músculos, inducida automáticamente por estímulos específicos". Esta categoría ha obtenido una puntuación de 4,1 (sobre 5) en la 2ª ronda. ¿Es relevante para usted?

Selecciona todos los que correspondan.

- Sí
 No

33. b755: Funciones relacionadas con los reflejos de movimiento involuntario, definidas como "Funciones relacionadas con las contracciones involuntarias de los músculos grandes o de todo el cuerpo inducidas por la posición del cuerpo, el equilibrio y los estímulos amenazadores". Esta categoría ha obtenido una puntuación de 4,3 (sobre 5) en la 2ª ronda. ¿Es relevante para usted?

Selecciona todos los que correspondan.

- Sí
 No

34. b760: Funciones relacionadas con el control de los movimientos voluntarios, definidas como "Funciones asociadas con el control sobre los movimientos voluntarios y la coordinación de los mismos". Esta categoría ha obtenido una puntuación de 4,6 (sobre 5) en la 2ª ronda. ¿Es relevante para usted?

Selecciona todos los que correspondan.

- Sí
 No

Actividades y participación

En la siguiente sección encontrará 21 categorías correspondientes al componente de la CIF "actividades y participación". Responda "sí" o "no" si considera que dichas categorías son relevantes o no cuando realiza una valoración de fisioterapia.

39. d410: Cambiar las posturas corporales, definida como "Adoptar o abandonar una postura, pasar de un lugar a otro, como levantarse de una silla para tumbarse en una cama, y adoptar o abandonar posiciones determinadas, como arrodillarse o sentarse en cuclillas". Esta categoría ha obtenido una puntuación de 4,4 (sobre 5) en la 2ª ronda. ¿Es relevante para usted?

Selecciona todos los que correspondan.

- Sí
 No

40. d415: Mantener la posición del cuerpo, definida como "Mantener el cuerpo en la misma posición durante el tiempo necesario, como permanecer sentado o de pie en el trabajo o en el colegio". Esta categoría ha obtenido una puntuación de 4,4 (sobre 5) en la 2ª ronda. ¿Es relevante para usted?

Selecciona todos los que correspondan.

- Sí
 No

41. d420: Transferir el propio cuerpo, definida como "Moverse de una superficie a otra, como deslizarse a lo largo de un banco o pasar de estar sentado en la cama a sentarse en una silla, sin cambiar la posición del cuerpo". Esta categoría ha obtenido una puntuación de 4,5 (sobre 5) en la 2ª ronda. ¿Es relevante para usted?

Selecciona todos los que correspondan.

- Sí
 No

42. d430: Levantar y llevar objetos, definida como "Levantar un objeto o llevar algo de un sitio a otro, como ocurre al levantar una taza o al llevar a un niño de una habitación a otra". Esta categoría ha obtenido una puntuación de 4,3 (sobre 5) en la 2ª ronda. ¿Es relevante para usted?

Selecciona todos los que correspondan.

- Sí
 No

43. d435: Mover objetos con las extremidades inferiores, definida como* "Realizar las acciones coordinadas precisas para mover un objeto utilizando las piernas y los pies, como ocurre al dar patadas/patear a un balón y al pedalear en una bicicleta". Esta categoría ha obtenido una puntuación de 4,3 (sobre 5) en la 2ª ronda. ¿Es relevante para usted?

Selecciona todos los que correspondan.

- Sí
 No

44. d440: Uso fino de la mano, definida como "Realizar acciones coordinadas relacionadas con manejar, recoger, manipular y soltar objetos, utilizando la mano y los dedos incluyendo el pulgar, como es necesario para coger monedas de una mesa, o girar el mando de sintonía de una radio o el pomo de una puerta". Esta categoría ha obtenido una puntuación de 4,6 (sobre 5) en la 2ª ronda. ¿Es relevante para usted?

Selecciona todos los que correspondan.

- Sí
 No

49. d460: Desplazarse por distintos lugares, definida como "Andar y moverse por varios lugares y situaciones, como andar por las habitaciones de una casa, dentro de un edificio o por la calle de una ciudad". Esta categoría ha obtenido una puntuación de 4,5 (sobre 5) en la 2ª ronda. ¿Es relevante para usted?

Selecciona todos los que correspondan.

- Sí
 No

50. d465: Desplazarse utilizando algún tipo de equipamiento, definida como "Mover todo el cuerpo de un lugar a otro, sobre cualquier superficie o espacio, utilizando dispositivos específicos diseñados para facilitar el movimiento o desarrollar métodos distintos de moverse, como patines, esquís o equipo para bucear, o moverse por una calle en una silla de ruedas o con un andador". Esta categoría ha obtenido una puntuación de 3,8 (sobre 5) en la 2ª ronda. ¿Es relevante para usted?

Selecciona todos los que correspondan.

- Sí
 No

51. d510: Lavarse, definida como "Lavarse y secarse todo el cuerpo, o partes del cuerpo, utilizando agua y materiales o métodos apropiados de lavado y secado, como bañarse, ducharse, lavarse las manos y los pies, la cara y el pelo, y secarse con una toalla". Esta categoría ha obtenido una puntuación de 4,2 (sobre 5) en la 2ª ronda. ¿Es relevante para usted?

Selecciona todos los que correspondan.

- Sí
 No

45. d445: Uso de la mano y el brazo, definida como "Realizar las acciones coordinadas que se requieren para manipular y mover objetos utilizando las manos y los brazos, como ocurre al girar picaportes/tiradores o lanzar o atrapar un objeto en movimiento". Esta categoría ha obtenido una puntuación de 4,6 (sobre 5) en la 2ª ronda. ¿Es relevante para usted?

Selecciona todos los que correspondan.

- Sí
 No

46. d449: Llevar, mover y usar objetos, otro especificado y no especificado. Esta categoría ha obtenido una puntuación de 3,5 (sobre 5) en la 2ª ronda. ¿Es relevante para usted?

Selecciona todos los que correspondan.

- Sí
 No

47. d450: Andar, definida como "Avanzar sobre una superficie a pie, paso a paso, de manera que al menos un pie esté siempre en el suelo, como pasear, deambular, caminar hacia adelante, hacia atrás o de lado". Esta categoría ha obtenido una puntuación de 4,8 (sobre 5) en la 2ª ronda. ¿Es relevante para usted?

Selecciona todos los que correspondan.

- Sí
 No

48. d455: Desplazarse por el entorno, definida como "Mover todo el cuerpo de un sitio a otro siempre que no sea andando, como escalar una roca, correr por una calle, brincar, corretear, saltar, dar volteretas o correr esquivando obstáculos". Esta categoría ha obtenido una puntuación de 4,1 (sobre 5) en la 2ª ronda. ¿Es relevante para usted?

Selecciona todos los que correspondan.

- Sí
 No

52. d520: Cuidado de partes del cuerpo, definida como "Cuidado de partes del cuerpo, como por ejemplo la piel, la cara, los dientes, el cuero cabelludo, las uñas y genitales, que requieren un nivel de cuidado mayor que el mero hecho de lavarse y secarse". Esta categoría ha obtenido una puntuación de 4,1 (sobre 5) en la 2ª ronda. ¿Es relevante para usted?

Selecciona todos los que correspondan.

- Sí
 No

53. d530: Higiene personal relacionada con los procesos de excreción, definida como "Planificación y realización de la eliminación de desechos humanos (flujo menstrual, orina y heces) y la propia limpieza posterior". Esta categoría ha obtenido una puntuación de 4 (sobre 5) en la 2ª ronda. ¿Es relevante para usted?

Selecciona todos los que correspondan.

- Sí
 No

54. d540: Vestirse, definida como "Llevar a cabo las acciones y tareas * coordinadas precisas para ponerse y quitarse ropa y el calzado en el orden correcto y de acuerdo con las condiciones climáticas, y las condiciones sociales, tales como ponerse, abrocharse y quitarse camisas, faldas, blusas, pantalones, ropa interior, saris, kimonos, medias, sombreros, guantes, abrigos, zapatos, botas, sandalias y zapatillas". Esta categoría ha obtenido una puntuación de 4,3 (sobre 5) en la 2ª ronda. ¿Es relevante para usted?

Selecciona todos los que correspondan.

- Sí
 No

55. d550: Comer, definida como "Llevar a cabo las tareas y acciones * coordinadas relacionadas con comer los alimentos servidos, llevarlos a la boca y consumirlos de manera adecuada para la cultura local, cortar o partir la comida en trozos, abrir botellas y latas, usar cubiertos, reunirse para comer, en banquetes o cenas". Esta categoría ha obtenido una puntuación de 4,2 (sobre 5) en la 2ª ronda. ¿Es relevante para usted?

Selecciona todos los que correspondan.

- Sí
 No

56. d560: Beber, definida como "Sujetar el vaso, llevarlo a la boca y beber de manera adecuada para la cultura local, mezclar, revolver y servir líquidos para beber, abrir botellas y latas, beber a través de una paja/popote/sorbete o beber agua corriente como de un grifo o fuente; mamar/lactar". Esta categoría ha obtenido una puntuación de 4,2 (sobre 5) en la 2ª ronda. ¿Es relevante para usted?

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No

57. d570: Cuidado de la propia salud, definida como "Asegurar la salud y el bienestar físico y mental, como manteniendo una dieta equilibrada, realizando actividad física a un nivel adecuado, manteniendo una temperatura adecuada, evitando daños para la salud, adoptando prácticas sexuales seguras, incluyendo el uso de preservativos, siguiendo los planes de vacunación y haciéndose chequeos médicos de forma regular". Esta categoría ha obtenido una puntuación de 4,2 (sobre 5) en la 2ª ronda. ¿Es relevante para usted?

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No

60. Edad. Este factor ha obtenido una puntuación de 4,5 (sobre 5) en la 2ª ronda. ¿Es relevante para usted?

Selecciona todos los que correspondan.

- Sí
 No

61. Sexo. Este factor ha obtenido una puntuación de 3,8 (sobre 5) en la 2ª ronda. ¿Es relevante para usted?

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No

62. Conocimientos y creencias (nivel educativo, información y experiencias previas, miedos y fobias). Este factor ha obtenido una puntuación de 3,9 (sobre 5) en la 2ª ronda. ¿Es relevante para usted?

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No

63. Actitud y conducta frente a la enfermedad (autoeficacia, estrategias de afrontamiento, autocuidado, estilo de vida, responsabilidad, expectativas). Este factor ha obtenido una puntuación de 4,7 (sobre 5) en la 2ª ronda. ¿Es relevante para usted?

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No

58. d850: Trabajo remunerado, definida como "Participar en todos los aspectos del trabajo remunerado (en una ocupación, negocio, profesión u otra forma de empleo), estando empleado a tiempo parcial o a jornada completa, o trabajando como autónomo. Incluyendo buscar y conseguir trabajo, cumplir las obligaciones del trabajo, ser puntual, supervisar a otros trabajadores o ser supervisado y cumplir las obligaciones solo o en grupo". Esta categoría ha obtenido una puntuación de 3,8 (sobre 5) en la 2ª ronda. ¿Es relevante para usted?

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No

59. d920: Tiempo libre y ocio, definida como "Participar en cualquier tipo de juego, actividad recreativa o de ocio, tales como juegos y deportes informales u organizados, programas de ejercicio físico, relajación, diversión o entretenimiento, ir a galerías de arte, museos, cines o teatros; participar en manualidades o aficiones, leer por entretenimiento, tocar instrumentos musicales; ir de excursión, de turismo y viajar por placer". Esta categoría ha obtenido una puntuación de 3,9 (sobre 5) en la 2ª ronda. ¿Es relevante para usted?

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No

Factores personales

En la siguiente sección encontrará 7 elementos correspondientes al componente de la CIF "factores personales". Responda "sí" o "no" si considera que dichas categorías son relevantes o no cuando realiza una valoración de fisioterapia.

64. Actitud y conducta frente al tratamiento (activo/pasivo, colaboración o no, situación de dependencia) y adherencia al mismo (motivación, disposición al cambio). Este factor ha obtenido una puntuación de 4,8 (sobre 5) en la 2ª ronda. ¿Es relevante para usted?

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No

65. Presencia de comorbilidades. Este factor ha obtenido una puntuación de 4,3 (sobre 5) en la 2ª ronda. ¿Es relevante para usted?

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

ANEXO 4. Hoja de información y consentimiento informado. Estudio Delfos sobre la perspectiva del fisioterapeuta

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

SERVICIO: Unidades de Fisioterapia en Atención Primaria

INVESTIGADOR RESPONSABLE: Héctor Hernández Lázaro

TELÉFONO DE CONTACTO: [REDACTED]

CORREO ELECTRÓNICO: [REDACTED]

NOMBRE DEL ESTUDIO: Validación de los conjuntos básicos de la CIF para afecciones músculo-esqueléticas en las Unidades de Fisioterapia en Atención Primaria: la perspectiva del fisioterapeuta

VERSIÓN DE DOCUMENTO: (v1.0. 12 noviembre 2019)

I) Finalidad del estudio:

El propósito de este estudio es obtener información sobre aquellos aspectos que usted, como fisioterapeuta de Atención Primaria, considera más relevantes cuando valora clínicamente a los pacientes que atiende en su unidad.

Su participación en este estudio consiste en responder a tres cuestionarios sobre aspectos relacionados con la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF). Esta clasificación permite relacionar las alteraciones funcionales observadas en el paciente con su contexto particular. Para ello, se valoran diferentes aspectos de la salud por medio de categorías y calificadores que sirven para elaborar perfiles funcionales tanto de individuos como de poblaciones.

En el primer cuestionario, se le formularán preguntas de respuesta abierta sobre cada dominio de la CIF (estructuras y funciones corporales, actividades y participación, factores ambientales y factores personales). La información obtenida será traducida al lenguaje propuesto por la CIF. Aparte de estos datos, también se recogerán datos socio-demográficos y otros relacionados con su puesto de trabajo.

En el segundo cuestionario, se le facilitará una lista con las categorías obtenidas en el primero. Se le pedirá que juzgue si dichas categorías son o no relevantes para usted cuando realiza una valoración de fisioterapia.

El tercer y último cuestionario incluirá de nuevo el listado anterior, pero incluyendo información sobre el grado de acuerdo alcanzado para cada categoría. Se le pedirá de nuevo que juzgue si las categorías propuestas son o no relevantes para usted.

El formato de los cuestionarios será "en línea" y el acceso se realizará mediante enlaces que le serán enviados a su dirección de correo electrónico. Una vez recibido cada enlace, dispondrá de un plazo de tres semanas para responder al cuestionario y enviar sus respuestas.

Las categorías de la CIF que muestren un nivel de acuerdo igual o superior al 75% serán comparadas con las presentes en los conjuntos básicos para afecciones músculo-esqueléticas de

la CIF. Los conjuntos básicos son versiones abreviadas de la CIF que emplean un pequeño grupo de categorías que sirven para captar la esencia de un problema de salud determinado. El objetivo último del proyecto en el que se incluye este estudio es validar o adaptar estos conjuntos básicos de la CIF para su uso en las unidades de fisioterapia en Atención Primaria, dado que las actuaciones de dichas unidades se centran sobre problemas de tipo músculo-esquelético.

Los resultados de este estudio son uno de los elementos que pueden hacer posible el uso de la CIF en las actuaciones de los fisioterapeutas de atención primaria. La principal repercusión es una mejora de la calidad asistencial de estas unidades, derivada de la obtención de los siguientes beneficios:

- Valoraciones de fisioterapia más precisas y objetivas
- Posibilidad de establecer objetivos terapéuticos centrados en el paciente
- Definición de criterios que permitan priorizar las intervenciones de fisioterapia
- Capacidad de medición de los resultados obtenidos e instauración de ciclos de mejora continua en dichas actuaciones.

II) Algunas consideraciones sobre su participación:

Es importante que Vd., como participante en este estudio, conozca varios aspectos importantes:

A) Su participación es totalmente voluntaria y no interferirá con su actividad laboral habitual.

B) Puede plantear todas las dudas que considere sobre su participación en este estudio.

C) No percibirá ninguna compensación económica o de otro tipo por su participación en el estudio.

A su vez, la información generada no será usada para la obtención de beneficios comerciales.

D) Los datos personales serán tratados según lo dispuesto en la normativa que resulte de aplicación, como es la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo y del Consejo de 27 abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD).

E) La información obtenida se almacenará en una base de datos, en soporte informático, para proceder a realizar los análisis pertinentes en relación al estudio.

F) Los datos registrados serán procesados y tratados estadísticamente de forma codificada. En todo momento el participante tendrá derecho de acceso, modificación, oposición, rectificación o cancelación de los datos depositados en la base de datos siempre que expresamente lo solicite. Para ello deberá ponerse en contacto con el investigador principal. Los datos quedarán

custodiados bajo la responsabilidad del Investigador Principal del Estudio, D. Héctor Hernández Lázaro.

G) Los datos serán guardados de forma indefinida, lo que permitirá que puedan ser utilizados por el grupo del investigador principal en estudios futuros de investigación relacionados con la línea de trabajo arriba expuesta.

H) La falta de consentimiento o la revocación de este consentimiento previamente otorgado no supondrá perjuicio alguno para Vd.

I) Es posible que el estudio realizado aporte información relevante para su labor profesional, por lo que tiene derecho a conocerla y transmitirla si así lo desea.

J) Sólo si Vd. lo desea, existe la posibilidad de que pueda ser contactado en el futuro para completar o actualizar la información asociada al estudio.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE POR ESCRITO.

Estudio: "Validación de los conjuntos básicos de la CIF para afecciones músculo-esqueléticas en las Unidades de Fisioterapia en Atención Primaria: la perspectiva del fisioterapeuta"

Yo, _____

(nombre y apellidos del participante)

- He leído la información que me ha sido entregada.
- He recibido la hoja de información que me ha sido entregada.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- He hablado del estudio con _____

(nombre y apellidos del investigador)

- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio:
 - 1.- Cuando quiera.
 - 2.- Sin tener que dar explicaciones.
 - 3.- Sin que me repercuta negativamente de ningún modo.

Por la presente, otorgo mi consentimiento informado y libre para participar en esta investigación.

- Accedo a que me sean enviados los cuestionarios necesarios para realizar el estudio. ...SI..... NO (marcar con una X lo que proceda).

- Accedo a que los investigadores y/o colaboradores contacten conmigo en caso de que los estudios realizados sobre mis datos aporten información relevante sobre mi labor profesional ...SI..... NO (marcar con una X lo que proceda)

Una vez firmada, me será entregada una copia del documento de consentimiento.

FIRMA DEL PARTICIPANTE

NOMBRE Y APELLIDOS

FECHA

Yo he explicado por completo los detalles relevantes de este estudio al paciente nombrado anteriormente y/ o la persona autorizada a dar el consentimiento en nombre del paciente.

FIRMA DEL INVESTIGADOR

NOMBRE Y APELLIDOS

FECHA

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE POR ESCRITO.

APARTADO PARA LA REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO (CONTACTAR CON EL INVESTIGADOR PRINCIPAL)

Yo _____ revoco el consentimiento de participación en el estudio, arriba firmado con fecha _____

Firma:

ANEXO 5. Dictámenes favorables Comités de Ética de la Investigación con medicamentos (CEIm). Estudio cualitativo sobre la perspectiva del paciente

Conforme del Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos

[REDACTED] Secretario Técnico del Comité de Ética de la Investigación con medicamentos del Área de Salud Burgos y Soria,

CERTIFICA:

Que este Comité ha evaluado el estudio, titulado: **“Validación del conjunto básico de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) para afecciones músculo-esqueléticas subagudas en la Unidades de Fisioterapia en Atención Primaria: la perspectiva del paciente. V1.0”** (Ref. CEIm 2686) y considera que:

Este Comité constata que dicho Estudio, no le es de aplicación el Real Decreto 1090/2015 de Ensayos Clínicos con Medicamentos.

El Comité se da por enterado, no formula objeciones y acepta que el citado Estudio sea realizado por D. Héctor Hernández Lázaro, fisioterapeuta del Centro [REDACTED], como investigador

Lo que firmo en Burgos, 22 de febrero de 2022



 SECRETARIA TÉCNICA del CEIM DEL AREA DE
SALUD DE PALENCIA,

CERTIFICA

Que el CEIM del área de salud de Palencia ha evaluado en su sesión del 16 de febrero 2022 la propuesta de Estudio de investigación titulado:

“Validación del conjunto básico de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) para afecciones músculo-esqueléticas subagudas en las Unidades de Fisioterapia en Atención Primaria: la perspectiva del paciente. v1.0”

Investigador principal: D. Héctor Hernández Lázaro

y considera que:

- 1.- Su realización es pertinente y se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio.
- 2.- La previsión para obtener el consentimiento de participación y el plan de reclutamiento de sujetos previsto son adecuados.
- 3.- La capacidad del investigador y sus colaboradores, así como las instalaciones y medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.
- 4.- No existen intereses comerciales económicos que puedan interferir con el respeto a los postulados éticos.
- 5.- Se recuerda que se deberán comunicar a este CEIM los resultados derivados de dicho proyecto de investigación, así como las publicaciones que de ella pudieran derivarse. Asimismo, se notificarán cuantas modificaciones consideradas relevantes se efectúen en el protocolo de investigación presentado.

Por tanto, este CEIM emite un **dictamen favorable** para que pueda ser llevado a cabo en el Área de Salud de Palencia.

Lo que firmo en Palencia a 17 de febrero de 2022



Secretaria Técnica CEIM Área Salud de Palencia

**MIEMBROS DEL COMITÉ de ÉTICA EN LA INVESTIGACIÓN con MEDICAMENTOS
DEL ÁREA DE SALUD DE PALENCIA**



Palencia, a 17 de febrero de 2022

Nº Registro: 2022/001

ANEXO 6. Autorizaciones de las Gerencias de Asistencia Sanitaria / Atención Primaria. Estudio cualitativo sobre la perspectiva del paciente



Gerencia de Atención Primaria de Burgos

OFICIO	Destinatario: D. HECTOR HERNANDEZ LAZARO
Fecha: Burgos, 17 de marzo de 2022	
Remitente: Gerencia de Atención Primaria de Burgos	
N/Ref.: MCM/SAH/pca	
S/Ref.:	
Asunto: <u>Visto Bueno Estudio</u>	

A la vista de la documentación presentada, incluido el Protocolo del Estudio y con dictamen favorable del Comité Ético de Investigación Clínica (**Ref. CEIM 2686**) del Área de Burgos y Soria, se otorga el **Visto Bueno** para la realización del estudio titulado: «Validación del conjunto básico de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) para afecciones musculoesqueléticas subagudas en las Unidades de Fisioterapia en Atención Primaria: La perspectiva del paciente. V1.0» a **D. Héctor Hernández Lázaro**, Fisioterapeuta del (), como investigador principal.

Al finalizar el estudio deberán informar de sus principales resultados a esta Gerencia de Atención Primaria de Burgos.

La Gerent

D. Héctor Hernández Láz



NOTA INTERIOR

Fecha: Palencia, a 08 de marzo de 2022.

Remitente: GERENTE DE ASISTENCIA SANITARIA DE PALENCIA.

Destinatario: HÉCTOR HERNÁNDEZ LÁZARO. FISIOTERAPEUTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

N/Ref: [REDACTED]

Asunto: AUTORIZACIÓN REALIZACIÓN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.

Vista su solicitud de 4 de marzo de 2022 para la realización de los proyectos de investigación:

“Validación del conjunto básico de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) para afecciones músculo-esqueléticas subagudas en Unidades de Fisioterapia en Atención Primaria: la perspectiva del paciente” en el Área de Salud de Palencia, en colaboración con [REDACTED] [REDACTED] fisioterapeutas d [REDACTED]

Se informa que se **autoriza** la realización del mencionado estudio para que pueda ser llevado a cabo en el Área de Salud de Palencia.



**CONFORMIDAD PARA LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO
DIRECTOR / GERENTE**

[Redacted] Director Gerente de la Gerencia de Asistencia Sanitaria para la realización de este estudio. Cumple criterios de confidencialidad y protección de datos personales y los principios éticos y legales vigentes en la investigación clínica y ha sido valorado por el CEIm de Burgos y Soria con fecha 22 de febrero de 2022.

Título del proyecto

Validación del conjunto básico de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la salud (CIF) para afecciones musculoesqueléticas subagudas en las Unidades de Fisioterapia en Atención Primaria: la perspectiva del paciente.

Tipo de diseño

Cualitativo a través de grupos focales.

Investigador principal

Héctor Hernández Lázaro. Fisioterapia de atención Primaria [Redacted]
Asistencia Sanitaria de Soria.

Colaboradores

[Redacted]

de Asistencia Sanitaria de Soria.

Directores de tesis

M^a Teresa Mingo Gómez, Sandra Jiménez del Barrio y Luís Ceballos Laita. Universidad de Valladolid.

Atentamente.

Soria, a 22 de marzo de 2022



[Redacted signature area]

**CONFORMIDAD PARA LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN**

[Redacted] responsable de la Unidad de Investigación del Área de Salud
[Redacted] de conformidad para la realización del estudio *“Validación
del conjunto básico de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y
la salud (CIF) para afecciones musculo-esqueléticas subagudas en las Unidades de Fisiote-
rapia en Atención Primaria: la perspectiva del paciente”*.

Diseño del estudio:

Cualitativo a través de grupos focales

Investigador principal en el Área de Salud de Soria:

Héctor Hernández Lázaro. Fisioterapia de atención Primaria. CS Olvega. Gerencia de Asis-
tencia Sanitaria de Soria.

Colaboradores:

[Redacted]

Directores de tesis:


M^a Teresa Mingo Gómez, Sandra Jiménez del Barrio y Luís Ceballos Laita. Universidad de
Valladolid

El estudio es valorado por el CEIm de Burgos y Soria con fecha 22 de febrero de 2022.

El estudio presenta diseño correcto y cumple los principios legales, éticos, de confidenciali-
dad y protección de datos de la investigación clínica.

Atentamente.

En Soria, a 22 de marzo de 2022

 **UNIDAD DE INVESTIGACIÓN
— ÁREA DE SALUD —
SORIA**

[Redacted]
Subdirector de Calidad y seguridad de los pacientes
Responsable de la Unidad de Investigación

ANEXO 7. Hoja de información y consentimiento informado.
Estudio cualitativo sobre perspectiva de pacientes

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
INVESTIGACIÓN CLÍNICA QUE NO IMPLIQUE MUESTRAS BIOLÓGICAS**

GERENCIA DE ASISTENCIA SANITARIA DE SORIA

SERVICIO: Unidades de Fisioterapia en Atención Primaria

INVESTIGADOR RESPONSABLE: Héctor Hernández Lázaro

TELÉFONO DE CONTACTO: [REDACTED]

CORREO ELECTRÓNICO: [REDACTED]

NOMBRE DEL ESTUDIO: Validación del conjunto básico de la CIF para afecciones músculo-esqueléticas subagudas en las Unidades de Fisioterapia en Atención Primaria: la perspectiva del paciente

VERSIÓN DE DOCUMENTO: (v1.0. 18 diciembre 2021)

I) Finalidad del estudio:

El propósito de este estudio es obtener información sobre aquellos aspectos que Vd., como persona que ha sido atendida en una Unidad de Fisioterapia en Atención Primaria del Servicio de Salud de Castilla y León (SACYL), considera más importantes cuando recibe este tipo de atención sanitaria. Su participación en este estudio consiste en asistir a un grupo focal en el que se le dará

información sobre la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) y se le invitará a aportar información sobre sus necesidades y expectativas cuando es atendido por un fisioterapeuta de atención primaria.

El grupo focal estará formado por 5 pacientes atendidos en el último año (incluyéndole a Vd.) y tendrá una duración aproximada de 45 minutos. La sesión será dirigida por un moderador que se encargará de proponer ideas de debate con respecto a diversos aspectos relacionados con el motivo por el que Vd. fue derivado a la Unidad de Fisioterapia. Además, habrá otros 2 colaboradores que se encargarán de registrar, mediante anotaciones y grabación digital, la información que se genere durante el proceso de aporte de ideas.

Los temas de debate estarán relacionados con:

- Las estructuras y funciones corporales afectadas por su problema de salud.
- Las limitaciones en las actividades que habitualmente realiza como consecuencia de su problema de salud.
- Las restricciones en cuanto a participación en la sociedad producidas por este problema de salud.
- Los aspectos ambientales que pueden contribuir a mejorar o empeorar su problema de salud.
- Las características personales que Vd. cree que pueden influir en su problema de salud.

Al finalizar la sesión, el moderador y los colaboradores harán un resumen de los temas tratados para que Vd. verifique la información registrada y tenga la oportunidad de aportar nuevas ideas y/o corregir errores u omisiones.

La información obtenida en el grupo focal se utilizará para evaluar herramientas clínicas relacionadas con la CIF que probablemente permitirán aumentar la calidad de las valoraciones de fisioterapia, clarificar el establecimiento de objetivos terapéuticos y diseñar programas de tratamiento que se adapten mejor a las personas atendidas en las Unidades de Fisioterapia en Atención Primaria.

II) Algunas consideraciones sobre su participación:

Es importante que Vd., como participante en este estudio, conozca varios aspectos importantes:

A) Su participación es totalmente voluntaria y no interferirá con los procesos diagnósticos o terapéuticos que usted recibe o va a recibir por causa de su problema de salud.

B) Puede plantear todas las dudas que considere sobre su participación en este estudio.

C) No percibirá ninguna compensación económica o de otro tipo por su participación en el estudio. No obstante, la información generada en el mismo podría ser fuente de beneficios comerciales. En tal caso, están previstos mecanismos para que estos beneficios reviertan en la salud de la población, aunque no de forma individual en el participante.

D) Los datos personales serán tratados según lo dispuesto en la normativa que resulte de aplicación, como es la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo y del Consejo de 27 abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD).

Se entrega copia de este documento al paciente

E) La información obtenida se almacenará en una base de datos, en soporte informático, para proceder a realizar los análisis pertinentes en relación al estudio.

F) Los datos registrados serán procesados y tratados estadísticamente de forma codificada. En todo momento el participante tendrá derecho de acceso, modificación, oposición, rectificación o cancelación de los datos depositados en la base de datos siempre que expresamente lo solicite. Para ello deberá ponerse en contacto con el investigador principal. Los datos quedarán custodiados bajo la responsabilidad del Investigador Principal del Estudio, D. Héctor Hernández Lázaro.

G) Los datos serán guardados de forma indefinida, lo que permitirá que puedan ser utilizados por el grupo del investigador principal en estudios futuros de investigación relacionados con la línea de trabajo arriba expuesta.

H) La falta de consentimiento o la revocación de este consentimiento previamente otorgado no supondrá perjuicio alguno en la asistencia que Vd. recibe o va a recibir.

I) Es posible que el estudio realizado aporte información relevante para su salud y Vd. tiene derecho a conocerla.

J) Sólo si Vd. lo desea, existe la posibilidad de que pueda ser contactado en el futuro para completar o actualizar la información asociada al estudio.

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
INVESTIGACIÓN CLÍNICA QUE NO IMPLIQUE MUESTRAS BIOLÓGICAS
GERENCIA DE ASISTENCIA SANITARIA DE SORIA**

Estudio: “Validación del conjunto básico de la CIF para afecciones músculo-esqueléticas subagudas en las Unidades de Fisioterapia en Atención Primaria: la perspectiva del paciente”

Yo, _____
(nombre y apellidos del paciente)

- He leído la información que me ha sido entregada.
- He recibido la hoja de información que me ha sido entregada.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- He hablado del estudio con _____
(nombre y apellidos del investigador)

- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio:
 - 1.- Cuando quiera.
 - 2.- Sin tener que dar explicaciones.
 - 3.- Sin que me repercuta en mi asistencia sanitaria.

Por la presente, otorgo mi consentimiento informado y libre para participar en esta investigación.

- Accedo a que los investigadores y/o colaboradores contacten conmigo en el futuro en caso de que se necesiten obtener nuevos datos. ...SI..... NO (marcar con una X lo que proceda).

- Accedo a que los investigadores y/o colaboradores contacten conmigo en caso de que los estudios realizados sobre mis datos aporten información relevante para mi salud. ...SI..... NO (marcar con una X lo que proceda).

Una vez firmada, me será entregada una copia del documento de consentimiento.

FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE Y APELLIDOS

FECHA

Yo he explicado por completo los detalles relevantes de este estudio al paciente nombrado anteriormente y/o la persona autorizada a dar el consentimiento en nombre del paciente.

FIRMA DEL INVESTIGADOR

NOMBRE Y APELLIDOS

FECHA

Se entrega copia de este documento al paciente

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
INVESTIGACIÓN CLÍNICA QUE NO IMPLIQUE MUESTRAS BIOLÓGICAS
GERENCIA DE ASISTENCIA SANITARIA DE SORIA**

**APARTADO PARA LA REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO (CONTACTAR CON EL
INVESTIGADOR PRINCIPAL)**

Yo _____ revoco el consentimiento de
participación en el estudio, arriba firmado con fecha _____

Firma:

ANEXO 8. Registro en PROSPERO de la revisión de alcance de la literatura científica. Estudio sobre perspectiva del investigador

Research perspective for the application of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in Primary Care Physiotherapy Units: a systematic review.
Héctor Hernández Lázaro, Sandra Jiménez del Barrio, Luis Ceballos Laita, M^a Teresa Mingo Gómez

To enable PROSPERO to focus on COVID-19 registrations during the 2020 pandemic, this registration record was automatically published exactly as submitted. The PROSPERO team has not checked eligibility.

Citation

Héctor Hernández Lázaro, Sandra Jiménez del Barrio, Luis Ceballos Laita, M^a Teresa Mingo Gómez. Research perspective for the application of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in Primary Care Physiotherapy Units: a systematic review.. PROSPERO 2020 CRD42020156209 Available from:
https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.php?ID=CRD42020156209

Review question

What are relevant ICF categories of body functions, activities, participation and contextual factors of patients treated for musculo-skeletal conditions in primary care?

Searches

Systematic searches will be conducted in the PubMed, CINAHL, Scopus and PEDro databases. The results obtained will be scrutinised manually to identify key articles in this area of knowledge. Articles not published in English or Spanish or published before 2009 will be excluded. The search terms will be organized into population (e.g., musculoskeletal conditions, primary health care) and outcome variables according to the ICF components (e.g. social participation, quality of life, activities of daily living).

Types of study to be included

Inclusion: randomized controlled trials, clinical controlled trials, cross-sectional studies, observational studies and qualitative studies published in peer review journals.
Exclusion: psychometric and prevention studies, studies of phase-II clinical trials, studies exclusively with laboratory parameters, animal experiments, letters, comments and editorials.

Condition or domain being studied

Functioning and health according to the ICF domains in patients treated for musculo-skeletal conditions in a primary health care setting.

Participants/population

Inclusion: patients treated for musculo-skeletal conditions in a primary care setting, studies conducted in developed Western countries.
Exclusion: studies based solely in specific health problems, studies not conducted over general population, studies conducted over hospitalized participants.

Intervention(s), exposure(s)

Not applicable.

Comparator(s)/control

Not applicable.

Main outcome(s)

Outcomes relating to the ICF domains of body function, activity, participation, and contextual factors.

* Measures of effect

Not applicable.

Additional outcome(s)

None.

* Measures of effect

Not applicable.

Data extraction (selection and coding)

Two researchers will scrutinise the databases and list publications that meet the inclusion criteria. The abstracts of these publications will be reviewed to include articles for full text screening and data extraction. In the full text screening, the researchers will identify independently the underlying concepts about functioning that are contained in the outcome measures and in the article text.

Data will be extracted by two independent reviewers using a standardized data extraction. The following data will be extracted: bibliographic information (including author, year, and source), study design, participant characteristics (demographics, sample size), description of intervention (if applicable), outcome measures, results, conclusion.

Disagreement between reviewers will be resolved by mutual consensus or if consensus cannot be reached by consulting a third independent reviewer.

Risk of bias (quality) assessment

The aim of this review is to identify relevant concepts related to the functioning of the population. The review will not attempt to assess the effects of particular interventions, but rather the outcome measures selected by researchers and their underlying health and functional concepts.

For this reason, it is not considered necessary to carry out an assessment of the methodological quality of the included studies. That being said, only studies published in peer reviewed journals will be included.

Strategy for data synthesis

Once the concepts related to health and functioning present in the articles are identified, they will be linked to the ICF categories according to established linking rules. Descriptive statistics will be used to examine the frequency of the ICF categories. For the validation of the basic sets considered, only those ICF categories that have been identified in at least 5% of the publications will be taken into account.

Analysis of subgroups or subsets

None planned.

Contact details for further information

Héctor Hernández Lázaro

Organisational affiliation of the review

University of Valladolid

www.uva.es

Review team members and their organisational affiliations

Mr Héctor Hernández Lázaro. Universidad de Valladolid

Dr Sandra Jiménez del Barrio. Universidad de Valladolid

Dr Luis Ceballos Laita. Universidad de Valladolid

Mr M^a Teresa Mingo Gómez. Universidad de Valladolid

Type and method of review

Systematic review

Anticipated or actual start date

03 November 2019

Anticipated completion date

30 June 2020

Funding sources/sponsors

Doctorado en ciencias de la salud (UVA). Proyecto 'Aplicabilidad de la CIF en unidades de fisioterapia de atención primaria del servicio de salud de Castilla y León'.

Conflicts of interest

Language

English, Spanish

Country

Spain

Stage of review

Review Ongoing

Subject index terms status

Subject indexing assigned by CRD

Subject index terms

MeSH headings have not been applied to this record

Date of registration in PROSPERO

10 July 2020

Date of first submission

27 October 2019

Stage of review at time of this submission

The review has not started

Stage	Started	Completed
Preliminary searches	No	No
Piloting of the study selection process	No	No
Formal screening of search results against eligibility criteria	No	No
Data extraction	No	No
Risk of bias (quality) assessment	No	No
Data analysis	No	No

The record owner confirms that the information they have supplied for this submission is accurate and complete and they understand that deliberate provision of inaccurate information or omission of data may be construed as scientific misconduct.

The record owner confirms that they will update the status of the review when it is completed and will add publication details in due course.

Versions

10 July 2020

PROSPERO

This information has been provided by the named contact for this review. CRD has accepted this information in good faith and registered the review in PROSPERO. The registrant confirms that the information supplied for this submission is accurate and complete. CRD bears no responsibility or liability for the content of this registration record, any associated files or external websites.

ANEXO 9. Dictámenes favorables Comités de Ética de la Investigación con medicamentos (CEIm). Estudio empírico multicéntrico sobre la perspectiva del contexto clínico

Conforme del Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos

[Redacted] Secretario Técnico del Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos del Área de Salud Burgos y Soria,

CERTIFICA:

Que este Comité ha evaluado el estudio, titulado: **“Validación del conjunto básico de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) para afecciones músculo-esqueléticas subagudas para pacientes atendidos en unidades de fisioterapia en Atención Primaria: estudio multicéntrico. V1.0” (Ref. CEIm 2690)** y considera que:

Este Comité constata que dicho Estudio, no le es de aplicación el Real Decreto 1090/2015 de Ensayos Clínicos con Medicamentos.

El Comité se da por enterado, no formula objeciones y acepta que el citado Estudio sea realizado por D. Héctor Hernández Lázaro, fisioterapeuta del Centro de [Redacted], como investigador principal.

Lo que firmo en Burgos, 22 de febrero de 2022



C/ Altos de Nava, s/n - 24080 León
ceicleon@saludcastillayleon.es

[Redacted] Presidente del Comité Ético de la Investigación con medicamentos de las
Áreas de Salud de León y del Bierzo,

CERTIFICA:

Que en la reunión del CEIm de fecha 22-02-2022 se evaluó el estudio **Validación del conjunto básico de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) para afecciones músculo-esqueléticas subagudas para pacientes atendidos en unidades de fisioterapia en atención primaria: estudio multicéntrico.**

Investigador principal: Héctor Hernández Lázaro.

[Redacted]

(Nº Registro Interno: 2216).

Que se acordó por unanimidad, al considerar correctos los aspectos metodológicos y éticos del estudio, la aprobación de dicho Proyecto.

Y para que conste se expide el presente Certificado en León, veintidós de febrero de dos mil veintidós.



[Redacted]

PRESIDENTE DEL CEIm de las Áreas de Salud de León y del Bierzo



C/ Altos de Nava, s/n - 24080 León
ceicleon@saludcastillayleon.es

ANEXO I

El Comité, tanto en su composición como en los PNT, cumple la legislación española vigente en este ámbito de aplicación así como las normas de BPC (CPMP/ICH/135/95), y su composición actual es la siguiente:



En dicha reunión del Comité Ético de la Investigación con medicamentos se cumplió el quórum preceptivo legalmente.

En el caso de que se evalúe algún proyecto del que un miembro sea investigador/colaborador, éste se ausentará de la reunión durante la discusión del proyecto.

SECRETARIA TÉCNICA del CEIM DEL AREA DE

SALUD DE PALENCIA,

CERTIFICA

Que el CEIM del área de salud de Palencia ha evaluado en su sesión del 16 de febrero 2022 la propuesta de Estudio de investigación titulado:

“Validación del conjunto básico de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) para afecciones músculo-esqueléticas subagudas para pacientes atendidos en Unidades de Fisioterapia en Atención Primaria: estudio multicéntrico. V1.0”

Investigador principal: D. Héctor Hernández Lázaro

y considera que:

- 1.- Su realización es pertinente y se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio.
- 2.- La previsión para obtener el consentimiento de participación y el plan de reclutamiento de sujetos previsto son adecuados.
- 3.- La capacidad del investigador y sus colaboradores, así como las instalaciones y medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.
- 4.- No existen intereses comerciales económicos que puedan interferir con el respeto a los postulados éticos.
- 5.- Se recuerda que se deberán comunicar a este CEIM los resultados derivados de dicho proyecto de investigación, así como las publicaciones que de ella pudieran derivarse. Asimismo, se notificarán cuantas modificaciones consideradas relevantes se efectúen en el protocolo de investigación presentado.

Por tanto, este CEIM emite un **dictamen favorable** para que pueda ser llevado a cabo en el Área de Salud de Palencia.

Lo que firmo en Palencia a 17 de febrero de 2022



Secretaria Técnica CEIM Área Salud de Palencia

Nº Registro: 2022/002

MIEMBROS DEL COMITÉ de ÉTICA EN LA INVESTIGACIÓN con MEDICAMENTOS
DEL ÁREA DE SALUD DE PALENCIA



Palencia, a 17 de febrero de 2022

Nº Registro: 2022/002

DICTAMEN DEL COMITE DE ETICA DE LA INVESTIGACION CON MEDICAMENTOS DEL AREA DE SALUD DE SALAMANCA

Secretaria Técnica del Comité de Ética de la Investigación
Salamanca,

CERTIFICA

Que este Comité, en su reunión del 21/02/2022 Acta CEIm Ref. 2022/02
ha evaluado el Proyecto de Investigación titulado

Validación del conjunto básico de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) para afecciones músculoesqueléticas subagudas para pacientes atendidos en unidades de fisioterapia en atención primaria: estudio multicéntrico

Protocolo: Versión v2.0 - HIP/CI: v2.0. 2 marzo 2022

Código CEIm: PI 2022 02 925

del que es Investigador Principal Don Héctor Hernández Lázaro
del Servicio de Atención Primaria

valorado de acuerdo con la Ley 14/2007 de Investigación Biomédica, Principios éticos de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial sobre principios éticos para investigaciones médicas con seres humanos, así como el resto de principios éticos y normativa legal aplicable en función de las características del estudio,

Considera que dicho estudio cumple los requisitos necesarios y es viable para su realización en este centro, por lo que **INFORMA FAVORABLEMENTE** para la realización de dicho estudio

Y para que conste, lo firma en Salamanca con fecha 03 de marzo de 2022

Composición del CEIm del Área de Salud de Salamanca

INFORME DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN DEL ÁREA DE SALUD DE SEGOVIA

[REDACTED] Secretaria Técnica del Comité de Ética de la Investigación (CEI) del Área de Salud de Segovia

CERTIFICA

- Que este Comité, en la reunión ordinaria celebrada el día 23 de febrero de 2022, ha evaluado el siguiente estudio:

Título: “Validación del conjunto básico de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) para afecciones músculo-esqueléticas subagudas para pacientes atendidos en Unidades de Fisioterapia en Atención Primaria: estudio multicéntrico”

Código CEI: 22-001

Protocolo: v.2.0 14/02/2022 **HIP/CI:** v.2.0 14/02/2022

Investigador Principal: D. Héctor Hernández Lázaro. [REDACTED]
(Soria).

- Que se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto, teniendo en cuenta los beneficios esperados.
- Que la capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.
- Que se considera adecuado el procedimiento previsto para información y obtención del consentimiento informado.
- Que se cumplen los preceptos éticos formulados en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos y en sus posteriores revisiones, así como aquellos exigidos en la normativa legal aplicable en función de las características del estudio.

Por tanto, este CEI emite **DICTAMEN FAVORABLE** para la realización del estudio por las fisioterapeutas [REDACTED] como investigadoras [REDACTED] Hernández Lázaro.

Y HACE CONSTAR:

1. Que en la reunión celebrada el día 23 de febrero de 2022 se emitió el dictamen correspondiente al estudio de referencia (Acta nº 02/2022).
2. Que en dicha reunión se cumplieron los requisitos establecidos en la legislación vigente y las normas de funcionamiento interno del Comité para que la decisión del citado CEI sea válida.
3. Que el CEI del Área de Salud de Segovia, tanto en su composición como en los PNTs, cumple con las normas de Buena Práctica Clínica (CPMP/ICH/E6 R2).
4. Que la composición actual del CEI es la siguiente:



Se recuerda que deberá enviarse el informe final del estudio al CEIm, no más tarde de un año después de la fecha de finalización del mismo y haciendo referencia, en su caso, a la publicación científica de los resultados.

Lo que firmo en Segovia, a 4 de marzo de 2022.




Secretaria Técnica del CEI

COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS ÁREA DE SALUD VALLADOLID

Valladolid a 14 de febrero de 2022

En la reunión del CEIm ÁREA DE SALUD VALLADOLID ESTE del 14 de febrero de 2022, se procedió a la evaluación de los aspectos éticos del siguiente proyecto de investigación.

PI 22-2578 AP	VALIDACIÓN DEL CONJUNTO BÁSICO DE LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO, LA DISCAPACIDAD Y LA SALUD (CIF) PARA AFECCIONES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS SUBAGUDAS PARA PACIENTES ATENDIDOS EN UNIDADES DE FISIOTERAPIA EN ATENCIÓN PRIMARIA: ESTUDIO MULTICÉNTRICO	I.P.: HECTOR HERNANDEZ LAZARO  ATENCIÓN PRIMARIA
------------------	---	---

A continuación, les señalo los acuerdos tomados por el CEIm ÁREA DE SALUD VALLADOLID ESTE en relación a dicho Proyecto de Investigación:

Considerando que el Proyecto contempla los Convenios y Normas establecidos en la legislación española en el ámbito de la investigación biomédica, la protección de datos de carácter personal y la bioética, se hace constar el **informe favorable** y la **aceptación** del Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos Área de Salud Valladolid Este.

Un cordial saludo.



INFORME DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS (CEIm) ÁREA DE SALUD VALLADOLID OESTE

[REDACTED] Secretario Técnico del Comité de Ética de la
) del Área de Salud de Valladolid Oeste

CERTIFICA:

Que este Comité ha evaluado el Estudio (Tesis doctoral) con **Ref.: 22-PI095**

Título: Validación del conjunto básico de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) para afecciones músculo-esqueléticas subagudas para pacientes atendidos en unidades de fisioterapia en atención primaria: estudio multicéntrico.

Promotor: **D. Héctor Hernández Lázaro**

- Protocolo versión 1.0
- HIP/CI versión 1.0, 02/01/2022

Y considera que:

- Se cumplen los preceptos éticos formulados en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica mundial sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos y en sus posteriores revisiones, así como aquellos exigidos por la normativa aplicable en función de las características del estudio, y su realización es pertinente.
- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.
- Se considera adecuado el procedimiento previsto para la información y obtención del consentimiento informado o, alternativamente, se acepta la exención de consentimiento propuesta para este estudio.
- La capacidad del investigador y sus colaboradores y las instalaciones y medios disponibles, tal y como ha sido informado, son apropiados para llevar a cabo el estudio.

Este CEIm acepta que dicho estudio sea realizado en el Atención Primaria del Área de Salud Valladolid Oeste, por **D. Héctor Hernández Lázaro** como Investigador Principal.

[REDACTED] Secretario Técnico del Comité de Ética de la
([REDACTED]) del Área de Salud de Valladolid Oeste

HACE CONSTAR QUE:

En la reunión celebrada el día 16 de Septiembre de 2022, Acta 13/2022, el Comité de Ética de la Investigación con medicamentos (CEIm) decidió emitir **INFORME FAVORABLE** al estudio, cumpliéndose los requisitos establecidos en la Legislación vigente para que la citada decisión sea válida.

El CEIm del Hospital Universitario del Río Hortega, tanto en su composición como en los PNT, cumple con las normas de BPC (CPMP/ICH/135/95) y en la actualidad lo conforman los siguientes miembros:



Lo que firmo en Valladolid, a 16 de Septiembre de 2022

[REDACTED]

Secretario Técnico CEIm

**INVESTIGACIÓN CLÍNICA “ESTUDIOS ACADÉMICOS/PROYECTOS
INVESTIGACIÓN” FORMULARIO DE PROPUESTA**

FECHA: 17 de enero de 2022

TÍTULO DEL ESTUDIO: Validación del conjunto básico de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) para afecciones músculo-esqueléticas subagudas para pacientes atendidos en unidades de fisioterapia en atención primaria: estudio multicéntrico

Investigador principal	Tutores	SERVICIO
Héctor Hernández Lázaro	M.ª Teresa Mingo Gómez Sandra Jiménez del Barrio Luis Ceballos Laita	Unidades de fisioterapia en atención primaria del área de salud de El Bierzo

Investigadores colaboradores:

[Redacted area]

TIPO DE TRABAJO

<input type="checkbox"/> Investigación clínica	<input checked="" type="checkbox"/> Tesis doctoral
<input type="checkbox"/> Trabajo Fin de Máster	<input type="checkbox"/> Trabajo Fin de Grado

RESUMEN: Las unidades de fisioterapia de atención primaria del Servicio de Salud de Castilla y León (SACYL) son las encargadas de la atención fisioterápica de la población en el primer nivel asistencial. Los trastornos sobre los que se centran las actuaciones de estas unidades son de tipo músculo-esquelético.

El trabajo de los fisioterapeutas está estrechamente relacionado con la funcionalidad de los pacientes y, en este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha propuesto la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) como marco conceptual para caracterizar el estado funcional de los individuos. El uso de la CIF en el ámbito clínico no está suficientemente extendido debido a las dificultades que implica en la práctica el uso de una clasificación tan exhaustiva. En un intento de abordar este problema, la OMS ha fomentado el desarrollo de versiones reducidas (conjuntos básicos) destinadas a responder a enfermedades o contextos asistenciales específicos.

La idea que subyace al desarrollo de estos conjuntos básicos es que es posible capturar la esencia de un proceso clínico utilizando un pequeño número de categorías de la clasificación. Esto permite un uso ágil de la CIF, pero es necesario que estos conjuntos básicos sean validados en el contexto clínico donde se pretenden aplicar (implicando a investigadores, pacientes, profesionales y al contexto de práctica clínica).

El objetivo de este estudio es validar la versión completa del conjunto básico de la CIF para afecciones músculo-esqueléticas subagudas desde la perspectiva clínica de las Unidades de Fisioterapia en Atención Primaria. Esto facilitará su uso en este contexto asistencial.

FINANCIACIÓN:

El estudio no recibe financiación externa. El investigador principal dispone de los recursos necesarios para llevarlo a cabo.

Con la firma de este documento **CERTIFICO** que:

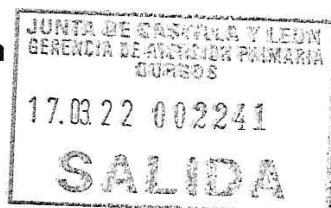
- La información recogida **ÚNICAMENTE** se utilizará para para el desarrollo del estudio descrito sin que **JAMÁS** se pueda utilizar para otros fines ni cedidos a terceros quedando sujeta al “*deber de secreto*”.
- Conozco la Ley “*Protección de datos personales y garantías de confidencialidad*”
- En caso de dificultad para recoger el Consentimiento Informado por escrito de los pacientes implicados: En la recogida de datos de las Historias Clínicas se realizará una **DISOCIACIÓN Y ANONIMIZACIÓN DE DATOS** codificándolos de tal manera que sea imposible la correlación entre los resultados del estudio y los datos del paciente
- Como Investigador Principal del presente Estudio asumo el “**COMPROMISO ÉTICO**” de cumplir las Normas de Buena Práctica Clínica para la realización de dicho estudio.

Firma Investigador

Firmado por HERNANDEZ LAZARO HECTOR
- 72887159K el día 17/01/2022 con
un certificado emitido por AC FNMT
Usuarios

Firma de la Directora de Enfermería
de Atención Primaria

ANEXO 10. Autorizaciones de las Gerencias de Asistencia Sanitaria / Atención Primaria. Estudio empírico multicéntrico sobre la perspectiva del contexto clínico



Gerencia de Atención Primaria de Burgos

OFICIO	Destinatario: [REDACTED]
Fecha: Burgos, 17 de marzo de 2022	[REDACTED]
Remitente: Gerencia de Atención Primaria de Burgos	
N/Ref.: MCM/SAH/pca	
S/Ref.:	
Asunto: Visto Bueno Estudio	

A la vista de la documentación presentada, incluido el Protocolo del Estudio y con dictamen favorable del Comité Ético de Investigación Clínica (Ref. CEIM 2690) del Área de Burgos y Soria, se otorga el **Visto Bueno** para la realización del estudio titulado: «Validación del conjunto básico de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) para afecciones musculo/esqueléticas subagudas en Unidades de Fisioterapia en Atención Primaria: Estudio Multicéntrico. V1.0» a **D. Héctor Hernández Lázaro**, Fisioterapeuta del Centro [REDACTED] como investigador principal.

Al finalizar el estudio deberán informar de sus principales resultados a esta Gerencia de Atención Primaria de Burgos.

La Gerente de Atención Primaria del Área de Burgos



D. Héctor Hernández Lázaro,



**INVESTIGACIÓN CLÍNICA “ESTUDIOS ACADÉMICOS/PROYECTOS
INVESTIGACIÓN” FORMULARIO DE PROPUESTA**

FECHA: 17 de enero de 2022

TÍTULO DEL ESTUDIO: Validación del conjunto básico de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) para afecciones músculo-esqueléticas subagudas para pacientes atendidos en unidades de fisioterapia en atención primaria: estudio multicéntrico

Investigador principal	Tutores	SERVICIO
Héctor Hernández Lázaro	M. ^ª Teresa Mingo Gómez Sandra Jiménez del Barrio Luis Ceballos Laita	Unidades de fisioterapia en atención primaria del área de salud de León

Investigadores colaboradores:

[Redacted] (fisioterapeutas de atención primaria)

TIPO DE TRABAJO Investigación clínica Tesis doctoral
 Trabajo Fin de Máster Trabajo Fin de Grado

RESUMEN: Las unidades de fisioterapia de atención primaria del Servicio de Salud de Castilla y León (SACYL) son las encargadas de la atención fisioterápica de la población en el primer nivel asistencial. Los trastornos sobre los que se centran las actuaciones de estas unidades son de tipo músculo-esquelético.

El trabajo de los fisioterapeutas está estrechamente relacionado con la funcionalidad de los pacientes y, en este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha propuesto la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) como marco conceptual para caracterizar el estado funcional de los individuos. El uso de la CIF en el ámbito clínico no está suficientemente extendido debido a las dificultades que implica en la práctica el uso de una clasificación tan exhaustiva. En un intento de abordar este problema, la OMS ha fomentado el desarrollo de versiones reducidas (conjuntos básicos) destinadas a responder a enfermedades o contextos asistenciales específicos.

La idea que subyace al desarrollo de estos conjuntos básicos es que es posible capturar la esencia de un proceso clínico utilizando un pequeño número de categorías de la clasificación. Esto permite un uso ágil de la CIF, pero es necesario que estos conjuntos básicos sean validados en el contexto clínico donde se pretenden aplicar (implicando a investigadores, pacientes, profesionales y al contexto de práctica clínica).

El objetivo de este estudio es validar la versión completa del conjunto básico de la CIF para afecciones músculo-esqueléticas subagudas desde la perspectiva clínica de las Unidades de Fisioterapia en Atención Primaria. Esto facilitará su uso en este contexto asistencial.

FINANCIACIÓN:

El estudio no recibe financiación externa. El investigador principal dispone de los recursos necesarios para llevarlo a cabo.

Con la firma de este documento **CERTIFICO** que:

- La información recogida **ÚNICAMENTE** se utilizará para para el desarrollo del estudio descrito sin que JAMÁS se pueda utilizar para otros fines ni cedidos a terceros quedando sujeta al “*deber de secreto*”.
- Conozco la Ley “*Protección de datos personales y garantías de confidencialidad*”
- En caso de dificultad para recoger el Consentimiento Informado por escrito de los pacientes implicados: En la recogida de datos de las Historias Clínicas se realizará una **DISOCIACIÓN Y ANONIMIZACIÓN DE DATOS** codificándolos de tal manera que sea imposible la correlación entre los resultados del estudio y los datos del paciente
- Como Investigador Principal del presente Estudio asumo el “**COMPROMISO ÉTICO**” de cumplir las Normas de Buena Práctica Clínica para la realización de dicho estudio.

El investigador

El Gerente de Atención Primaria
(por acumulación, Resolución 30/12/2021)



Se autorizó en la reunión del CEIm de fecha:

NOTA INTERIOR

Fecha: Palencia, a 08 de marzo de 2022.

Remitente: GERENTE DE ASISTENCIA SANITARIA DE PALENCIA.

Destinatario: HÉCTOR HERNÁNDEZ LÁZARO. FISIOTERAPEUTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

N/Ref: [REDACTED]

Asunto: AUTORIZACIÓN REALIZACIÓN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.

Vista su solicitud de 4 de marzo de 2022 para la realización de los proyectos de investigación:

“Validación del conjunto básico de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) para afecciones músculo-esqueléticas subagudas para pacientes atendidos en Unidades de Fisioterapia en Atención Primaria: estudio multicéntrico” en el Área de Salud de Palencia, en colaboración con [REDACTED]

la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Palencia.

Se informa que se **autoriza** la realización del mencionado estudio para que pueda ser llevado a cabo en el Área de Salud de Palencia.

EL GERENTE DE ASISTENCIA SANITARIA

[REDACTED]



Fecha: Salamanca, 18 de Enero de 2022

Remitente: [REDACTED] RESPONSABLE DE FORMACIÓN, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN.

Destinatarios: D. Hector Hernandez Lazaro, FISIOTERAPEUTA ÁREA DE SALUD DE SORIA.

N/ref.: JDH/mp

Asunto: Autorización proyecto de investigación

En relación a la solicitud de autorización para la realización del proyecto titulado "Validación del conjunto básico de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) para afecciones músculo-esqueléticas subagudas para pacientes atendidos en unidades de fisioterapia en atención primaria: estudio multicéntrico "como investigador principal D. Héctor Hernández Lázaro, [REDACTED] colaboradoras, de un estudio transversal multicéntrico desde diferentes unidades de fisioterapia de Atención Primaria para validar el conjunto básico de la CIF para afecciones músculo-esqueléticas.

Esta Gerencia resuelve **AUTORIZAR** su realización, una vez haya sido valorado favorablemente por el Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos del Área de Salud de Salamanca.

Es importante que mantenga la confidencialidad y el anonimato del paciente.

Una vez finalizado el trabajo, deberá remitir a esta Gerencia una copia del mismo, así como notificar cualquier modificación del proyecto si lo hubiera.



[REDACTED]
Gerente de Atención Primaria

[REDACTED]
Responsable de Formación, Docencia e Investigación

RE: Solicitud autorización proyecto validación CIF unidades de fisioterapia en AP Segovia

[REDACTED]
Para: Hernandez Lazaro, Hector [REDACTED] >;Dir. Enfermería GAP Segovia [REDACTED]

Estimado Hector, por parte de la Dirección Enfermería no existe inconveniente en que se realice el estudio propuesto en las UFAP colaboradoras del mismo en el Área de Segovia.

Un cordial saludo

[REDACTED]
DIRECTORA DE ENFERMERIA DE ATENCION PRIMARIA
GERENCIA DE ASISTENCIA SANITARIA DE SEGOVIA

[REDACTED]
De: Hernandez Lazaro, Hector [REDACTED]
Enviado: domingo, 20 de marzo [REDACTED]
Para: Dir. Enfermería GAP Segovia [REDACTED]
Asunto: Solicitud autorización proyecto validación en unidades de fisioterapia en AP Segovia

Estimada directora de enfermería:

Me dirijo a usted para solicitarle permiso para realizar un estudio en las unidades de fisioterapia en atención primaria del área de salud de Segovia. El título del mismo es "Validación del conjunto básico de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) para afecciones músculo-esqueléticas subagudas para pacientes atendidos en unidades de fisioterapia en atención primaria: estudio multicéntrico".

El objetivo del estudio es obtener información que permita desarrollar herramientas clínicas que mejoren las actuaciones fisioterapéuticas en atención primaria, redundando en un aumento de la calidad asistencial.

Le adjunto el protocolo de estudio donde puede consultar los aspectos más relevantes del mismo. También le adjunto el certificado de aprobación por parte del CEIm de Segovia. Si tiene alguna duda o quiere realizar alguna consulta, no dude en ponerse en contacto conmigo.

Muchas gracias. Reciba un cordial saludo.

--- AVISO SOBRE CONFIDENCIALIDAD. La legislación española ampara el secreto de las comunicaciones. Este correo electrónico y sus anexos son estrictamente confidenciales. Si Vd. no es el destinatario del mismo, por favor, notifíquenoslo inmediatamente y destruya el original. No deberá copiar este mensaje ni sus anexos o usarlo para propósito alguno, ni divulgar su contenido a ninguna persona.

**CONFORMIDAD PARA LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO
DIRECTOR / GERENTE**

[Redacted] Director Gerente de la Gerencia de Asistencia Sanitaria para la realización de este estudio. Cumple criterios de confidencialidad y protección de datos personales y los principios éticos y legales vigentes en la investigación clínica y ha sido valorado por el CEIm de Burgos y Soria con fecha 22 de febrero de 2022.

Título del proyecto

Validación del conjunto básico de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la salud (CIF) para afecciones musculoesqueléticas subagudas para pacientes atendidos en las Unidades de Fisioterapia en Atención Primaria: estudio multicéntrico.

Tipo de diseño

Transversal multicéntrico.

Investigador principal

Héctor Hernández Lázaro. Fisioterapia de atención Primaria [Redacted] Asistencia Sanitaria de Soria.

Colaboradores

[Redacted]

Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria.

Directores de tesis

M^a Teresa Mingo Gómez, Sandra Jiménez del Barrio y Luís Ceballos Laita. Universidad de Valladolid.

Atentamente.

Soria, a 22 de marzo de 2022



**CONFORMIDAD PARA LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN**

[Redacted], responsable de la Unidad de Investigación del Área de Salud
[Redacted] tud de conformidad para la realización del estudio *“Validación del conjunto básico de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la salud (CIF) para afecciones musculoesqueléticas subagudas para pacientes atendidos en las Unidades de Fisioterapia en Atención Primaria: estudio multicéntrico”*.

Diseño del estudio:

Cualitativo a través de grupos focales

Investigador principal en el Área de Salud de Soria:

Héctor Hernández Lázaro. Fisioterapia de atención Primaria
[Redacted] tencia Sanitaria de Soria.

Colaboradores:

[Redacted]

Directores de tesis:


M^a Teresa Mingo Gómez, Sandra Jiménez del Barrio y Luis Ceballos Laita. Universidad de Valladolid

El estudio es valorado por el CEIm de Burgos y Soria con fecha 22 de febrero de 2022.

El estudio presenta diseño correcto y cumple los principios legales, éticos, de confidencialidad y protección de datos de la investigación clínica.

Atentamente.

En Soria, a 22 de marzo de 2022



UNIDAD DE INVESTIGACIÓN
— ÁREA DE SALUD —
SORIA



Subdirector de Calidad y seguridad de los pacientes
Responsable de la Unidad de Investigación

D. Héctor Hernández Lázaro

Fecha: Valladolid, 21 de enero de 2022
Remitente: GERENCIA DE ATENCIÓN
PRIMARIA VALLADOLID ESTE. -
N/Ref: RSH/LSM
Asunto: Autorización Proyecto de Investigación

En respuesta a su escrito en el que solicita, a esta Gerencia de Atención Primaria, autorización para realizar, *en la Gerencia de Atención Primaria de Valladolid Este*, el desarrollo del proyecto de investigación de tipo descriptivo observacional, titulado **"Validación del conjunto básico de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) para afecciones músculo-esqueléticas subagudas para pacientes atendidos en Unidades de Fisioterapia en Atención Primaria: estudio multicéntrico"** cuyo objetivo es validar el conjunto básico de la CIF para afecciones músculo-esqueléticas subagudas desde la perspectiva clínica de las unidades de fisioterapia en atención primaria. El equipo principal de investigación está formado por: Héctor Hernández Lázaro, centro de salud

Circunvalación-Magdalena. Una vez revisada la memoria abreviada del proyecto, le comunico nuestra decisión de autorizar su realización, recordándole que la obtención de datos debe limitarse a aquellos estrictamente necesarios para dar respuesta a los objetivos contemplados en el proyecto de investigación y teniendo en cuenta que sólo podrán ser utilizados para dicha finalidad y que su tratamiento deberá efectuarse garantizando el anonimato de los pacientes, de manera que no sea posible su identificación; asimismo le recordamos que en todo momento deberá respetar la legislación vigente sobre protección de datos de carácter personal (Reglamento general de protección de datos –Reglamento (UE) 2016/679–; Ley Orgánica 3/2018, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales; Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica; Decreto 38/2012, sobre historia clínica y derechos y obligaciones de pacientes y profesionales de la salud en materia de documentación clínica y resto de normativa vigente que pudiera ser de aplicación).

Atentamente



CONFORMIDAD DE LA DIRECCIÓN DEL CENTRO

[Redacted] Director Gerente de Atención Primaria del Área de Salud de Valladolid Oeste, y vista la autorización del Comité de Ética de la Investigación con medicamentos (CEIm)

CERTIFICA:

Que esta Dirección ha conocido la propuesta del Promotor: D. Héctor Hernández Lázaro para que se realice el estudio (Tesis doctoral) titulado: **“Validación del conjunto básico de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) para afecciones músculo-esqueléticas subagudas para pacientes atendidos en unidades de fisioterapia en atención primaria: estudio multicéntrico”**; Protocolo versión 1.0; HIP/CI versión 1.0, 02/01/2022; **Ref. CEIm: 22-PI095**, cuyo Investigadora Principal en el Área de Salud de Valladolid Oeste es **D. Héctor Hernández Lázaro**, y considera:

Que acepta la realización de dicho Proyecto.

Lo que firma en Valladolid, a 2 de septiembre de 2022.

[Redacted]
Director Gerente Atención Primaria
Área de Salud Valladolid Oeste

[Redacted]
Cargo: DIR. GERENTE

ANEXO 11. Hoja de información y consentimiento informado.
Estudio empírico multicéntrico sobre la perspectiva del contexto
clínico

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
INVESTIGACIÓN CLÍNICA QUE NO IMPLIQUE MUESTRAS BIOLÓGICAS**

GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA [REDACTED]

SERVICIO: Unidades de Fisioterapia en Atención Primaria

INVESTIGADOR RESPONSABLE: Héctor Hernández Lázaro

TELÉFONO DE CONTACTO: [REDACTED]

CORREO ELECTRÓNICO [REDACTED]

NOMBRE DEL ESTUDIO: Validación del conjunto básico de la CIF para afecciones músculo-esqueléticas subagudas para pacientes atendidos en Unidades de Fisioterapia en Atención Primaria: estudio multicéntrico

VERSIÓN DE DOCUMENTO: (v2.0. 6 septiembre 2022)

I) Finalidad del estudio:

El propósito de este estudio es obtener información sobre aquellos aspectos que son clínicamente relevantes cuando Vd. es atendido en una Unidad de Fisioterapia en Atención Primaria del Servicio de Salud de Castilla y León (SACYL).

Su participación en este estudio consiste en rellenar unos cuestionarios que le serán facilitados por el fisioterapeuta encargado de su asistencia. Además de esto, mantendrá una entrevista con dicho fisioterapeuta en la que se le realizarán preguntas sobre el problema de salud por el que ha sido derivado a la Unidad. Tanto los cuestionarios como la entrevista tienen como objetivo recoger información sobre su estado funcional y/o las circunstancias que pueden modificarlo.

Con respecto a los cuestionarios, dispondrá de un plazo de una semana para rellenarlos, una vez le hayan sido entregados por el fisioterapeuta. En el caso de la entrevista, ésta será realizada de forma individualizada en la consulta de fisioterapia y tendrá una duración prevista de 30-40 minutos. El fisioterapeuta le hará preguntas sobre los siguientes temas:

- Las estructuras y funciones corporales afectadas por su problema de salud.
- Las dificultades que Vd. experimenta al realizar actividades cotidianas.
- La repercusión que las restricciones o limitaciones, que Vd. experimenta debido a su problema de salud, tienen desde un punto de vista social.
- El impacto que algunos aspectos ambientales tienen sobre su problema de salud, tanto en el sentido de mejorarlo como de empeorarlo.

Para responder a cada pregunta, Vd. utilizará un instrumento de medición conocido como “escala analógica visual”. Se trata de un elemento que muestra una línea con dos extremos: el extremo de

Se entrega copia de este documento al paciente

la izquierda significa “ausencia de problema” y el de la derecha, “problema completo”. Vd. deberá señalar el punto entre esos dos extremos que considere que mejor responde a la pregunta planteada por el fisioterapeuta. En cualquier caso, las respuestas que aporte en la entrevista y en los cuestionarios serán anónimas.

La información obtenida se utilizará para evaluar herramientas clínicas relacionadas con la CIF que probablemente permitirán aumentar la calidad de las valoraciones de fisioterapia, clarificar el establecimiento de objetivos terapéuticos y diseñar programas de tratamiento que se adapten mejor a las personas atendidas en las Unidades de Fisioterapia en Atención Primaria.

II) Algunas consideraciones sobre su participación:

Es importante que Vd., como participante en este estudio, conozca varios aspectos importantes:

A) Su participación es totalmente voluntaria y no interferirá con los procesos diagnósticos o terapéuticos que usted recibe o va a recibir por causa de su problema de salud.

B) Puede plantear todas las dudas que considere sobre su participación en este estudio.

C) No percibirá ninguna compensación económica o de otro tipo por su participación en el estudio. No obstante, la información generada en el mismo podría ser fuente de beneficios comerciales. En tal caso, están previstos mecanismos para que estos beneficios reviertan en la salud de la población, aunque no de forma individual en el participante.

D) Los datos personales serán tratados según lo dispuesto en la normativa que resulte de aplicación, como es la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo y del Consejo de 27 abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD).

E) La información obtenida se almacenará en una base de datos, en soporte informático, para proceder a realizar los análisis pertinentes en relación al estudio.

F) Los datos registrados serán procesados y tratados estadísticamente de forma codificada. En todo momento el participante tendrá derecho de acceso, modificación, oposición, rectificación o cancelación de los datos depositados en la base de datos siempre que expresamente lo solicite. Para ello deberá ponerse en contacto con el investigador principal. Los datos quedarán custodiados bajo la responsabilidad del Investigador Principal del Estudio, D. Héctor Hernández Lázaro.

Se entrega copia de este documento al paciente

G) Si usted así lo decide, los datos serán guardados de forma indefinida, lo que permitirá que puedan ser utilizados por el grupo del investigador principal en estudios futuros de investigación relacionados con la línea de trabajo arriba expuesta.

H) La falta de consentimiento o la revocación de este consentimiento previamente otorgado no supondrá perjuicio alguno en la asistencia que Vd. recibe o va a recibir.

I) Es posible que el estudio realizado aporte información relevante para su salud y Vd. tiene derecho a conocerla.

J) Sólo si Vd. lo desea, existe la posibilidad de que pueda ser contactado en el futuro para completar o actualizar la información asociada al estudio.

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INVESTIGACIÓN CLÍNICA QUE NO IMPLIQUE MUESTRAS BIOLÓGICAS

GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE VALLADOLID OESTE

Estudio: “Validación del conjunto básico de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) para afecciones músculo-esqueléticas subagudas para pacientes atendidos en unidades de fisioterapia en atención primaria: estudio multicéntrico”

Yo, _____

(nombre y apellidos del paciente)

- He leído la información que me ha sido entregada.
- He recibido la hoja de información que me ha sido entregada.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- He hablado del estudio con _____

(nombre y apellidos del investigador)

- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio:
 - 1.- Cuando quiera.
 - 2.- Sin tener que dar explicaciones.
 - 3.- Sin que me repercuta en mi asistencia sanitaria.

Por la presente, otorgo mi consentimiento informado y libre para participar en esta investigación.

- Accedo a que los investigadores y/o colaboradores contacten conmigo en el futuro en caso de que se necesiten obtener nuevos datos. ...SI..... NO (marcar con una X lo que proceda).

- Accedo a que los investigadores y/o colaboradores contacten conmigo en caso de que los estudios realizados sobre mis datos aporten información relevante para mi salud. ...SI..... NO (marcar con una X lo que proceda).

- Accedo a que los datos aportados en este estudio sean guardados de forma indefinida y puedan utilizarse en futuras investigaciones sobre fisioterapia en afecciones músculo-esqueléticas. ...SI..... NO (marcar con una X lo que proceda).

Una vez firmada, me será entregada una copia del documento de consentimiento.

FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE Y APELLIDOS

FECHA

Yo he explicado por completo los detalles relevantes de este estudio al paciente nombrado anteriormente y/o la persona autorizada a dar el consentimiento en nombre del paciente.

FIRMA DEL INVESTIGADOR

NOMBRE Y APELLIDOS

FECHA

Se entrega copia de este documento al paciente

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
INVESTIGACIÓN CLÍNICA QUE NO IMPLIQUE MUESTRAS BIOLÓGICAS
GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE VALLADOLID OESTE**

**APARTADO PARA LA REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO (CONTACTAR CON EL
INVESTIGADOR PRINCIPAL)**

Yo _____ revoco el consentimiento de
participación en el estudio, arriba firmado con fecha _____

Firma:

Formulario de Documentación basado en la CIF

Recuerde: Las categorías del Conjunto Genérico son marcadas con la letra (G).

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

FUNCIONES CORPORALES		Funciones fisiológicas de los sistemas corporales (incluyendo las funciones psicológicas)						
¿Qué grado de deficiencia tiene la persona en ...		No hay deficiencia	Deficiencia ligera	Deficiencia moderada	Deficiencia grave	Deficiencia completa	Sin especificar	No aplicable
		0	1	2	3	4	8	9
b130	Funciones relacionadas con la energía y los impulsos (G) Funciones mentales generales de los mecanismos fisiológicos y psicológicos que empujan al individuo a moverse de forma persistente para satisfacer necesidades específicas y alcanzar ciertas metas. Incluye: Funciones del nivel de energía, motivación, apetito, ansiedad (incluyendo el ansia 'braving', por sustancias que pueden producir dependencia), y control de los impulsos Excluye: Funciones de la conciencia (b110); funciones del temperamento y la personalidad (b126); funciones del sueño (b134); funciones psicomotoras (b147); funciones emocionales (b152)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica		Descripción del problema:						
b134	Funciones del sueño Funciones mentales generales que producen una desconexión física y mental del entorno inmediato, de carácter periódico, reversible y selectivo, y que va acompañada de cambios fisiológicos característicos. Incluye: Funciones relacionadas con el comienzo, mantenimiento, la cantidad y la calidad del sueño; funciones del ciclo del sueño, tales como insomnio, hipersomnio y narcolepsia Excluye: Funciones de la conciencia (b110); funciones relacionadas con la energía y los impulsos (b130); funciones de la atención (b140); funciones psicomotoras (b147)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica		Descripción del problema:						
b152	Funciones emocionales (G) Funciones mentales específicas relacionadas con los sentimientos y los componentes afectivos de los procesos mentales. Incluye: Funciones de la adecuación de la emoción; regulación y rango de la emoción; afecto; tristeza, alegría, amor, miedo, enojo, odio, tensión, ansiedad, júbilo, pena; labilidad emocional; aplastamiento afectivo Excluye: Funciones del temperamento y la personalidad (b126); funciones relacionadas con la energía y los impulsos (b130)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica		Descripción del problema:						
b260	Función propioceptiva Funciones sensoriales relacionadas con sentir la posición relativa de las partes del cuerpo. Incluye: Funciones de cinestesia y kinesiología Excluye: Función vestibular (b235); sensaciones relacionadas con los músculos y las funciones del movimiento (b780)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica		Descripción del problema:						
b270	Funciones relacionadas con la temperatura y otros estímulos Funciones sensoriales relacionadas con sentir la temperatura, la vibración, la presión y los estímulos nocivos. Incluye: Funciones relacionadas con sentir la temperatura, vibración, temblor y oscilación, presión superficial, presión profunda o sensación de quemazón Excluye: Funciones táctiles (b265); sensación de dolor (b280)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica		Descripción del problema:						

ANEXO 12. Cuaderno de recogida de datos (a cumplimentar por fisioterapeuta colaborador). Estudio empírico multicéntrico sobre la perspectiva del contexto clínico

		0	1	2	3	4	8	9
b280	Sensación de dolor (G) Sensación desagradable que indica daño potencial o real en alguna estructura corporal. Incluye: sensaciones de dolor generalizado o localizado, en una o más partes del cuerpo, dolor en un dermatoma, dolor purzante, quemazón, dolor sordo, deficiencias tales como mialgia, analgesia y hiperalgia Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica Descripción del problema:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b415	Funciones de los vasos sanguíneos Funciones de transporte de la sangre a través del cuerpo. Incluye: funciones de las arterias, capilares y venas; funciones vasomotoras; funciones de las arterias, capilares y venas pulmonares; funciones de las válvulas de las venas; deficiencias tales como bloqueo o constricción de las arterias; arteriosclerosis, aterosclerosis, tromboembolismo y venas varicosas Excluye: funciones del corazón (b410); funciones de la presión arterial (b420); funciones del sistema hematológico (b430); funciones de tolerancia al ejercicio (b465) Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica Descripción del problema:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b435	Funciones del sistema inmunológico Funciones del cuerpo relacionadas con la protección contra sustancias extrañas, incluyendo infecciones, mediante respuestas inmunológicas específicas y no específicas. Incluye: respuesta inmune (específica y no específica); reacciones de hipersensibilidad; funciones de los nodulos y vasos linfáticos; funciones de inmunidad celular, funciones de inmunidad a través de anticuerpos; respuesta a la inmunización; deficiencias tales como autoinmunidad, reacciones alérgicas, linfadenitis y linfedema Excluye: funciones del sistema hematológico (b430) Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica Descripción del problema:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b440	Funciones respiratorias Funciones relacionadas con la inhalación de aire en los pulmones, el intercambio de gases entre el aire y la sangre, y la expulsión del aire. Incluye: funciones de la frecuencia, ritmo y profundidad de la respiración; deficiencias tales como apnea, hiperventilación, respiración irregular, respiración paradójica y espasmo bronquial y como en erisema pulmonar Excluye: funciones de los músculos respiratorios (b445); funciones respiratorias adicionales (b450); funciones de tolerancia al ejercicio (b465) Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica Descripción del problema:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b455	Funciones relacionadas con la tolerancia al ejercicio Funciones relacionadas con la capacidad respiratoria y cardiovascular necesaria para resistir el ejercicio físico. Incluye: funciones de resistencia física, de la capacidad aeróbica, vigor y fatigabilidad Excluye: funciones del sistema cardiovascular (b410-b429); funciones del sistema hematológico (b430); funciones respiratorias (b440); funciones de los músculos respiratorios (b445); funciones respiratorias adicionales (b450) Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica Descripción del problema:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b525	Funciones relacionadas con la defecación Funciones de eliminación de desechos y comida no digerida en forma de heces y funciones relacionadas. Incluye: funciones de eliminación, consistencia de las heces, frecuencia de defecación; continencia fecal, flatulencia; deficiencias tales como estreñimiento, diarrea, deposiciones líquidas e incompetencia o incontinencia del esfínter anal Excluye: funciones relacionadas con la digestión (b515); funciones relacionadas con la asimilación (b520); sensaciones asociadas con el sistema digestivo (b535) Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica Descripción del problema:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		0	1	2	3	4	8	9
b530	Funciones relacionadas con el mantenimiento del peso Funciones relacionadas con el mantenimiento de un valor aceptable del índice de Masa Corporal (IMC), deficiencias tales como bajo peso, caquexia, debilidad, sobrepeso, demacración y en obesidad primaria y secundaria Excluye: funciones relacionadas con la asimilación (b520); funciones metabólicas generales (b540); funciones de las glándulas endocrinas (b555) Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica Descripción del problema:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b620	Funciones urinarias Funciones relacionadas con la evacuación de orina desde la vejiga urinaria. Incluye: funciones urinarias; frecuencia de micción, continencia urinaria; deficiencias tales como deseo imperioso de orinar, incontinencia por estrés, incontinencia reñija, incontinencia por reboamiento, incontinencia continua, goteo, vejiga automática, poliuria, retención urinaria y urgencia urinaria Excluye: funciones relacionadas con la excreción urinaria (b610); sensaciones asociadas con las funciones urinarias (b630) Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica Descripción del problema:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b710	Funciones relacionadas con la movilidad de las articulaciones Funciones relacionadas con la extensión y la suavidad de movimiento de una articulación. Incluye: funciones relacionadas con la movilidad de una o varias articulaciones vertebrales, hombro, codo, muñeca, cadera, rodilla, tobillo, pequeñas articulaciones de las manos y de los pies; movilidad generalizada de las articulaciones; deficiencias tales como hipermovilidad articular, rigidez articular, hombro ?congelado?, artritis Excluye: funciones relacionadas con la estabilidad de las articulaciones (b715); funciones relacionadas con el control de los movimientos voluntarios (b760) Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica Descripción del problema:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b715	Funciones relacionadas con la estabilidad de las articulaciones Funciones relacionadas con la estabilidad de una articulación, de varias articulaciones y de las articulaciones en general; deficiencias tales como articulación de hombro inestable, dislocación de una articulación, dislocación del hombro y la cadera Excluye: funciones relacionadas con la movilidad de las articulaciones (b710) Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica Descripción del problema:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b730	Funciones relacionadas con la fuerza muscular Funciones relacionadas con la fuerza generada por la contracción de un músculo o grupo de músculos. Incluye: funciones asociadas con la fuerza de músculos específicos o grupos de músculos, músculos de una extremidad, de un lado del cuerpo, de la mitad inferior del cuerpo, de todas las extremidades, del tronco y del cuerpo como un todo; deficiencias tales como debilidad de los músculos pequeños de las manos y los pies, parálisis muscular, paresia muscular, monoplegia, hemiplejía, paraplejía, tetraplejía y mutismo aquínético Excluye: funciones de las estructuras adyacentes del ojo (b215); funciones relacionadas con el tono muscular (b735); funciones relacionadas con la resistencia muscular (b740) Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica Descripción del problema:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	0	1	2	3	4	8	9
b735							
Funciones relacionadas con el tono muscular							
Funciones relacionadas con la tensión presente en los músculos cuando están en reposo y la resistencia que ofrecen al intentar moverlos pasivamente. Incluye: funciones asociadas con la tensión de músculos aislados y grupos de músculos, músculos de una extremidad, músculos de un lado del cuerpo, músculos de la mitad inferior del cuerpo, músculos de todas las extremidades, músculos del tronco, y todos los músculos del cuerpo; deficiencias tales como hipertonia, hipotonía, espasticidad muscular Excluye: funciones relacionadas con la fuerza muscular (b730); funciones relacionadas con la resistencia muscular (b740)							
Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica							
Descripción del problema:							
b740							
Funciones relacionadas con la resistencia muscular							
Funciones relacionadas con el mantenimiento de la contracción muscular durante un determinado periodo de tiempo. Incluye: funciones asociadas con el mantenimiento de la contracción de músculos aislados y grupos de músculos, de todos los músculos del cuerpo; deficiencias tales como en la miastenia grave Excluye: funciones relacionadas con la tolerancia al ejercicio (b455); funciones relacionadas con la fuerza muscular (b730); funciones relacionadas con el tono muscular (b735)							
Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica							
Descripción del problema:							
b755							
Funciones relacionadas con los reflejos de movimiento involuntario							
Funciones relacionadas con las contracciones involuntarias de los músculos grandes o de todo el cuerpo inducidas por la posición del cuerpo, el equilibrio y los estímulos amenazadores. Incluye: funciones relacionadas con las reacciones posturales, reacciones de enderezamiento, reacciones de adaptación corporal, reacciones de equilibrio, reacciones de apoyo, reacciones defensivas Excluye: funciones relacionadas con los reflejos motores (b750)							
Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica							
Descripción del problema:							
b760							
Funciones relacionadas con el control de los movimientos voluntarios							
Funciones asociadas con el control sobre los movimientos voluntarios y la coordinación de los mismos. Incluye: funciones relacionadas con el control de movimientos voluntarios simples y movimientos voluntarios complejos, coordinación de movimientos voluntarios, funciones de apoyo del brazo o pierna, coordinación motora derecha-izquierda, coordinación ojo-mano, coordinación ojo-pie; deficiencias tales como problemas de control y coordinación, ej., la torpeza y la disidiococinesia Excluye: funciones relacionadas con la fuerza muscular (b730); funciones relacionadas con los movimientos involuntarios (b765); funciones relacionadas con el patrón de la marcha (b770)							
Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica							
Descripción del problema:							
b770							
Funciones relacionadas con los modos de moverse una persona al caminar, correr u otros movimientos de todo el cuerpo. Incluye: patrones para caminar y para correr; deficiencias tales como marcha espástica, hemipléjica, parapléjica, asimétrica y patrón de marcha torpe o rígido Excluye: funciones relacionadas con la fuerza muscular (b730); funciones relacionadas con el tono muscular (b735); funciones relacionadas con el control de los movimientos voluntarios (b760); funciones relacionadas con los movimientos involuntarios (765)							
Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica							
Descripción del problema:							
b780							
Sensaciones relacionadas con los músculos y las funciones del movimiento							
Sensaciones asociadas con los músculos o grupo de músculos del cuerpo y su movimiento. Incluye: sensaciones de rigidez y tirantez muscular, espasmo muscular o contractura, y pesadez muscular Excluye: sensación de dolor (b280)							
Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica							
Descripción del problema:							

	0	1	2	3	4	8	9
b810							
Funciones protectoras de la piel							
Funciones de la piel implicadas en la protección del cuerpo contra amenazas físicas, químicas y biológicas. Incluye: funciones de protección contra el sol y otras radiaciones, fotosensibilidad, pigmentación, calidad de la piel; funciones de aislamiento de la piel, formación de callosidades, endurecimiento; deficiencias tales como agrietamiento de la piel, úlceras, úlceras de decubito y disminución del espesor de la piel Excluye: funciones reparadoras de la piel (b820); otras funciones de la piel (b830)							
Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica							
Descripción del problema:							

ESTRUCTURAS CORPORALES Son las partes anatómicas del cuerpo tales como los órganos, las extremidades y sus componentes										
¿Cuánta deficiencia tiene la persona en ...										
	No hay deficiencia	Deficiencia ligera	Deficiencia moderada	Deficiencia grave	Deficiencia completa	Sin especificar	No aplicable			
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	
s710	Estructuras de la cabeza y de la región del cuello		Extensión		Naturaleza*		Localización**		9	
	0		0		0		0		0	
	1		1		1		1		1	
	2		2		2		2		2	
	3		3		3		3		3	
	4		4		4		4		4	
	5		5		5		5		5	
	6		6		6		6		6	
	7		7		7		7		7	
	8		8		8		8		8	
	9		9		9		9		9	
	Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica									
	Descripción del problema:									
s720	Estructura de la región del hombro		Extensión		Naturaleza*		Localización**		9	
	0		0		0		0		0	
	1		1		1		1		1	
	2		2		2		2		2	
	3		3		3		3		3	
	4		4		4		4		4	
	5		5		5		5		5	
	6		6		6		6		6	
	7		7		7		7		7	
	8		8		8		8		8	
	9		9		9		9		9	
	Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica									
	Descripción del problema:									
s730	Estructura de la extremidad superior		Extensión		Naturaleza*		Localización**		9	
	0		0		0		0		0	
	1		1		1		1		1	
	2		2		2		2		2	
	3		3		3		3		3	
	4		4		4		4		4	
	5		5		5		5		5	
	6		6		6		6		6	
	7		7		7		7		7	
	8		8		8		8		8	
	9		9		9		9		9	
	Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica									
	Descripción del problema:									
s740	Estructura de la región pélvica		Extensión		Naturaleza*		Localización**		9	
	0		0		0		0		0	
	1		1		1		1		1	
	2		2		2		2		2	
	3		3		3		3		3	
	4		4		4		4		4	
	5		5		5		5		5	
	6		6		6		6		6	
	7		7		7		7		7	
	8		8		8		8		8	
	9		9		9		9		9	
	Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica									
	Descripción del problema:									
s750	Estructura de la extremidad inferior		Extensión		Naturaleza*		Localización**		9	
	0		0		0		0		0	
	1		1		1		1		1	
	2		2		2		2		2	
	3		3		3		3		3	
	4		4		4		4		4	
	5		5		5		5		5	
	6		6		6		6		6	
	7		7		7		7		7	
	8		8		8		8		8	
	9		9		9		9		9	
	Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica									
	Descripción del problema:									

ESTRUCTURAS CORPORALES Son las partes anatómicas del cuerpo tales como los órganos, las extremidades y sus componentes										
¿Cuánta deficiencia tiene la persona en ...										
	No hay deficiencia	Deficiencia ligera	Deficiencia moderada	Deficiencia grave	Deficiencia completa	Sin especificar	No aplicable			
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	
s760	Estructura del tronco		Extensión		Naturaleza*		Localización**		9	
	0		0		0		0		0	
	1		1		1		1		1	
	2		2		2		2		2	
	3		3		3		3		3	
	4		4		4		4		4	
	5		5		5		5		5	
	6		6		6		6		6	
	7		7		7		7		7	
	8		8		8		8		8	
	9		9		9		9		9	
	Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica									
	Descripción del problema:									
s810	Estructura de las áreas de la piel		Extensión		Naturaleza*		Localización**		9	
	0		0		0		0		0	
	1		1		1		1		1	
	2		2		2		2		2	
	3		3		3		3		3	
	4		4		4		4		4	
	5		5		5		5		5	
	6		6		6		6		6	
	7		7		7		7		7	
	8		8		8		8		8	
	9		9		9		9		9	
	Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica									
	Descripción del problema:									

* 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, 8=no especificada, 9=no aplicable
 ** 0=más de una región, 1=derecha, 2=izquierda, 3=ambos lados, 4=delante, 5=detrás, 6=proximal, 7=distal, 8=no especificada, 9=no aplicable

ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN La realización de una tarea o acción por una persona y el acto de involucrarse en una situación vital		No hay dificultad		Dificultad ligera		Dificultad moderada		Dificultad grave		Sin especificar		No aplicable							
¿Cuánta dificultad tiene la persona para ...		D = desempeño para ...		C = capacidad para ...		0		1		2		3		4		8		9	
d155	Adquisición de habilidades Desarrollar competencias simples y complejas en un conjunto integrado de acciones o tareas, para iniciar y completar la adquisición de una habilidad, como manipular herramientas o jugar a juegos como el ajedrez. Incluye: adquisición de habilidades básicas y complejas. Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica Descripción del problema:	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d177	Tomar decisiones Elegir una opción entre varias, llevar a cabo la elección y evaluar los efectos de la elección, como seleccionar y comprar un producto en particular, o decidir poner en práctica y realizar una tarea de entre varias que se deben hacer. Excluye: pensar (d163); resolver problemas (d175) Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica Descripción del problema:	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d230	Llevar a cabo rutinas diarias (G) Llevar a cabo acciones coordinadas simples o complejas para planear, dirigir y completar los requerimientos de las obligaciones o tareas diarias, como llevar la economía doméstica y hacer planes para distintas actividades a lo largo del día. Incluye: dirigir y completar las rutinas diarias; dirigir el nivel de actividad personal Excluye: llevar a cabo múltiples tareas (d220) Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica Descripción del problema:	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d240	Manejo del estrés y otras demandas psicológicas Llevar a cabo acciones coordinadas sencillas o complejas dirigidas a manejar y controlar las demandas psicológicas necesarias para llevar a cabo tareas que exigen responsabilidades importantes y que conllevan estrés, distracciones o momentos de crisis, tales como conducir un vehículo en circunstancias de tráfico denso o cuidar de muchos niños. Incluye: manejo de responsabilidades; manejo de estrés y crisis Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica Descripción del problema:	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d310	Comunicación-recepción de mensajes hablados Comprender significados literales e implícitos de los mensajes en lenguaje oral, como distinguir si una frase tiene un significado literal o es una expresión figurada. Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica Descripción del problema:	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		D		C		0		1		2		3		4		8		9	
d410	Cambiar las posturas corporales básicas Adoptar o abandonar una postura, pasar de un lugar a otro, como rodar de un lado a otro, sentarse, levantarse, levantarse de una silla para tumbarse en una cama, y adoptar o abandonar posiciones determinadas, como arrodillarse o sentarse en cuclillas. Incluye: cambiar la posición del cuerpo de acostado, de cuclillas o arrodillado, de sentado a estar de pie, inclinarse y cambiar el centro de gravedad del cuerpo Excluye: ?transferir el propio cuerpo? (d420) Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica Descripción del problema:	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d415	Mantener la posición del cuerpo Mantener el cuerpo en la misma posición durante el tiempo necesario, como permanecer sentado o de pie en el trabajo o en el colegio. Incluye: mantenerse acostado, de pie, agachado, de rodillas, sentado y en cuclillas Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica Descripción del problema:	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d420	Transferir el propio cuerpo Moverse de una superficie a otra, como deslizarse a lo largo de un banco o pasar de estar sentado en la cama a sentarse en una silla, sin cambiar la posición del cuerpo. Incluye: ?transferir el propio cuerpo? mientras se está sentado o tumbado Excluye: cambiar las posturas corporales básicas (d410) Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica Descripción del problema:	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d430	Levantar y llevar objetos Levantar un objeto o llevar algo de un sitio a otro, como ocurre al levantar una taza o un juguete, o al llevar una caja o a un niño de una habitación a otra. Incluye: levantar objetos, llevar objetos en las manos o en los brazos, en los hombros, en la cadera, en la cabeza o en la espalda; bajar objetos Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica Descripción del problema:	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d440	Uso fino de la mano Realizar acciones coordinadas relacionadas con manejar, recoger, manipular y soltar objetos, utilizando la mano y los dedos incluyendo el pulgar, como es necesario para coger monedas de una mesa, o girar el mando de sintonía de una radio o el pomo de una puerta. Incluye: recoger, manipular y soltar Excluye: levantar y llevar objetos (d430) Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica Descripción del problema:	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		0	1	2	3	4	8	9
d445	Uso de la mano y el brazo	D						
	Realizar las acciones coordinadas que se requieren para manipular y mover objetos utilizando las manos y los brazos, como ocurre al girar picaportes/tiradores o lanzar o atrapar un objeto en movimiento. Incluye: tirar/halar o empujar objetos; alcanzar; girar o torcer las manos o los brazos; lanzar; atrapar un objeto en movimiento Excluye: uso fino de la mano (d440)	C						
	Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica							
	Descripción del problema:							
d450	Andar (G)	D						
	Avanzar sobre una superficie a pie, paso a paso, de manera que al menos un pie esté siempre en el suelo, como pasear, deambular, caminar hacia adelante, hacia atrás o de lado. Incluye: andar distancias cortas o largas; andar sobre diferentes superficies; andar alrededor de obstáculos Excluye: 2transferir el propio cuerpo? (d420); desplazarse por el entorno (d455)	C						
	Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica							
	Descripción del problema:							
d460	Desplazarse por distintos lugares	D						
	Andar y moverse por varios lugares y situaciones, como andar por las habitaciones de una casa, dentro de un edificio o por la calle de una ciudad. Incluye: desplazarse dentro de la vivienda, arrastrarse o trepar dentro de la vivienda; andar o moverse dentro de edificios que no sean la propia vivienda, y fuera de la vivienda, y otros edificios	C						
	Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica							
	Descripción del problema:							
d465	Desplazarse utilizando algún tipo de equipamiento	D						
	Mover todo el cuerpo de un lugar a otro, sobre cualquier superficie o espacio, utilizando dispositivos específicos diseñados para facilitar el movimiento o desarrollar métodos distintos de moverse, como patines, esquís o equipo para bucear, aléatas para nadar o moverse por una calle en una silla de ruedas o con un andador. Excluye: 2transferir el propio cuerpo? (d420); aridar (d450); desplazarse por el entorno (d455); utilización de medios de transporte (d470); conducción (d475)	C						
	Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica							
	Descripción del problema:							
d510	Lavarse	D						
	Lavarse y secarse todo el cuerpo, o partes del cuerpo, utilizando agua y materiales o métodos apropiados de lavado y secado, como bañarse, ducharse, lavarse las manos y los pies, la cara y el pelo, y secarse con una toalla. Incluye: lavarse las partes del cuerpo, todo el cuerpo, y secarse Excluye: cuidado de las partes del cuerpo (d520); higiene personal relacionada con los procesos de excreción (d530)	C						
	Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica							
	Descripción del problema:							

		0	1	2	3	4	8	9
d520	Cuidado de partes del cuerpo	D						
	Cuidado de partes del cuerpo, como por ejemplo la piel, la cara, los dientes, el cuero cabelludo, las uñas y genitales, que requieren un nivel de cuidado mayor que el mero hecho de lavarse y secarse. Incluye: cuidado de la piel, dientes, pelo, uñas de las manos y los pies y ratifaz Excluye: lavarse (d510); higiene personal relacionada con los procesos de excreción (d530)	C						
	Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica							
	Descripción del problema:							
d530	Higiene personal relacionada con los procesos de excreción	D						
	Indicación de la necesidad y planificación y realización de la eliminación de desechos humanos (flujo menstrual, orina y heces) y la propia limpieza posterior. Incluye: regulación de la mición, defecación y cuidado menstrual Excluye: lavarse (d510); cuidado de partes del cuerpo (d520)	C						
	Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica							
	Descripción del problema:							
d540	Vestirse	D						
	Llevar a cabo las acciones y tareas coordinadas precisas para ponerse y quitarse ropa y el calzado en el orden correcto y de acuerdo con las condiciones climáticas, y las condiciones sociales; tales como ponerse, abrocharse y quitarse camisas, faldas, blusas, pantalones, ropa interior, saris, kimonos, medias, sombreros, guantes, abrigos, zapatos, botas, sandalias y zapatillas. Incluye: ponerse o quitarse la ropa y el calzado y elegir una vestimenta apropiada	C						
	Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica							
	Descripción del problema:							
d550	Comer	D						
	Indicar la necesidad y llevar a cabo las tareas y acciones coordinadas relacionadas con comer los alimentos servidos, llevarlos a la boca y consumirlos de manera adecuada para la cultura local, cortar o partir la comida en trozos, abrir botellas y latas, usar cubiertos, reunirse para comer, en banquetes o cenas. Excluye: beber (d560)	C						
	Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica							
	Descripción del problema:							
d560	Beber	D						
	Indicar la necesidad y sujetar el vaso, llevarlo a la boca y beber de manera adecuada para la cultura local, mezclar, revolver y servir líquidos para beber, abrir botellas y latas, beber a través de una pajita/popote/sorbete o beber agua corriente como de un grifo o fuente; mamar/lactar. Excluye: comer (d550)	C						
	Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica							
	Descripción del problema:							

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
d570	Cuidado de la propia salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Asegurar o indicar la necesidad de la salud y el bienestar físico y mental, como manteniendo una dieta equilibrada realizando actividad física a un nivel adecuado, manteniendo una temperatura adecuada, evitando daños para la salud, adoptando prácticas sexuales seguras, incluyendo el uso de preservativos, siguiendo los planes de vacunación y haciéndose chequeos médicos de forma regular. Incluye: asegurar el propio bienestar físico; control de la dieta y la forma física; mantener la propia salud Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica Descripción del problema:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d760	Relaciones familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Crear y mantener relaciones de parentesco, como con los miembros del núcleo familiar, con otros familiares, con la familia adoptiva o de acogida y con padrastros, madrastras, hijastros y hermanastros, relaciones más distantes como primos segundos o responsables legales de la custodia. Incluye: relaciones padre-hijo e hijo-padre, relaciones con hermanos y con otros miembros de la familia Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica Descripción del problema:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Facilitador Completo	Facilitador sustancial	Facilitador moderado	Facilitador ligero	No es facilitador ni barrera	Barrera ligera	Barrera moderada	Barrera grave	Barrera completa	Sin especificar	No aplicable
FACTORES AMBIENTALES constituyen el ambiente físico, social y actitudinal en el que las personas viven y conducen sus vidas. ¿Qué grado de facilitador o barrera representa el factor para la persona ...? Usted puede evaluar también los factores ambientales como facilitador o barrera si es aplicable.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	e110 Productos o sustancias para el consumo personal Cualquier sustancia natural o fabricada por el hombre, recogida, procesada o manufacturada para la ingesta. Incluye: comida, bebida y medicamentos Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica Descripción del facilitador/barrera:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e115 Productos y tecnología para uso personal en la vida diaria Equipamiento, productos y tecnologías utilizados por las personas en las actividades cotidianas, incluyendo aquellos adaptados o diseñados específicamente, situados en, sobre o cerca de la persona que vaya a utilizarlos. Incluye: productos generales y de ayuda y tecnología para uso personal Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica Descripción del facilitador/barrera:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	e120 Productos y tecnología para la movilidad y el transporte personal en espacios cerrados y abiertos Equipamiento, productos y tecnología utilizados por las personas para desplazarse dentro y fuera de los edificios, incluyendo aquellos adaptados o diseñados específicamente, situados en, sobre o cerca de la persona que vaya a utilizarlos. Incluye: productos y tecnología generales y de ayuda para la comunicación Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica Descripción del facilitador/barrera:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e125 Productos y tecnología para la comunicación Equipamiento, productos y tecnología utilizados por las personas para transmitir y recibir información, incluyendo aquellos adaptados o diseñados específicamente, situados en, sobre o cerca de la persona que vaya a utilizarlos. Incluye: productos y tecnología generales y de ayuda para la comunicación Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica Descripción del facilitador/barrera:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	e150 Diseño, construcción, materiales de construcción y tecnología arquitectónica para edificios de uso público Productos y tecnología que constituyen el ambiente fabricado por el hombre del individuo, y que abarca tanto espacios cerrados como abiertos. Dicho ambiente ha sido planeado, diseñado y construido para uso público, incluyendo aquellos adaptados o diseñados específicamente. Incluye: diseño, construcción, materiales de construcción y tecnología arquitectónica de entradas y salidas, instalaciones e indicadores de dirección Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica Descripción del facilitador/barrera:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e225 Clima Características y aspectos meteorológicos, como la temperatura, la pluviosidad, etc. Incluye: temperatura, humedad, presión atmosférica, precipitaciones, viento y variaciones estacionales Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica Descripción del facilitador/barrera:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	e225 Clima Características y aspectos meteorológicos, como la temperatura, la pluviosidad, etc. Incluye: temperatura, humedad, presión atmosférica, precipitaciones, viento y variaciones estacionales Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica Descripción del facilitador/barrera:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

e310	Familiares cercanos Individuos emparentados por el nacimiento, el matrimonio o cualquier relación reconocida por la cultura como familia cercana, como esposos, pareja, padres, hermanos, hijos, padres de acogida, padres adoptivos y abuelos. Excluye: otros familiares (e315); cuidadores y personal de ayuda (e340). Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica Descripción del facilitador/barrera:	+4	+3	+2	+1	0	1	2	3	4	8	9
e320	Amigos Individuos que son cercanos y que participan continuamente en relaciones caracterizadas por la confianza y el apoyo mutuo. Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica Descripción del facilitador/barrera:	+4	+3	+2	+1	0	1	2	3	4	8	9
e340	Cuidadores y personal de ayuda Individuos que proporcionan los servicios necesarios para el cuidado de otros en sus actividades cotidianas, y para que mantengan el rendimiento en el trabajo, en la educación o en otras situaciones de la vida. Su actuación se financia mediante fondos públicos o privados, o bien actúan como voluntarios, como es el caso de los que proporcionan apoyo en el cuidado y mantenimiento de la casa, asistentes personales, asistentes para el transporte, ayuda pagada, niñeras y otras personas que actúen como cuidadores. Excluye: familiares cercanos (e310); otros familiares (e315); amigos (e320); servicios de apoyo social general (e5750); profesionales de la salud (e355). Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica Descripción del facilitador/barrera:	+4	+3	+2	+1	0	1	2	3	4	8	9
e355	Profesionales de la salud Todos los proveedores de servicios que trabajan en el contexto del sistema sanitario, como médicos, enfermeras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, logopedas, otorrinolaringólogos o trabajadores sociales sanitarios. Excluye: otros profesionales (e360). Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica Descripción del facilitador/barrera:	+4	+3	+2	+1	0	1	2	3	4	8	9
e410	Actitudes individuales de miembros de la familia cercana Opiniones y creencias generales o específicas de miembros de la familia cercana sobre la persona o sobre otras cuestiones (ej. los asuntos sociales, políticos y económicos) que influyen en el comportamiento y las acciones individuales. Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica Descripción del facilitador/barrera:	+4	+3	+2	+1	0	1	2	3	4	8	9
e420	Actitudes individuales de amigos Opiniones y creencias generales o específicas de amigos sobre la persona o sobre otras cuestiones (ej. los asuntos sociales, políticos y económicos) que influyen en el comportamiento y las acciones individuales. Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica Descripción del facilitador/barrera:	+4	+3	+2	+1	0	1	2	3	4	8	9
e430	Actitudes individuales de personas en cargos de autoridad Opiniones y creencias generales o específicas de personas en cargos de autoridad sobre la persona o sobre otras cuestiones (ej. los asuntos sociales, políticos y económicos) que influyen en el comportamiento y las acciones individuales. Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica Descripción del facilitador/barrera:	+4	+3	+2	+1	0	1	2	3	4	8	9

e440	Actitudes individuales de cuidadores y personal de ayuda Opiniones y creencias generales o específicas de cuidadores y personal de ayuda sobre la persona o sobre otras cuestiones (ej. los asuntos sociales, políticos y económicos) que influyen en el comportamiento y las acciones individuales. Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica Descripción del facilitador/barrera:	+4	+3	+2	+1	0	1	2	3	4	8	9
e450	Actitudes individuales de profesionales de la salud Opiniones y creencias generales o específicas de profesionales de la salud sobre la persona o sobre otras cuestiones (ej. los asuntos sociales, políticos y económicos) que influyen en el comportamiento y las acciones individuales. Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica Descripción del facilitador/barrera:	+4	+3	+2	+1	0	1	2	3	4	8	9
e555	Servicios, sistemas y políticas de asociación y organización Servicios, sistemas y políticas relativas a grupos de personas que se han reunido para la consecución de intereses comunes, no comerciales, a menudo pertenecientes a algún tipo de asociación, hermandad, etc. Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica Descripción del facilitador/barrera:	+4	+3	+2	+1	0	1	2	3	4	8	9
e575	Servicios, sistemas y políticas de apoyo social general Servicios, sistemas y políticas para proporcionar apoyo a aquellos que necesitan asistencia en áreas como hacer la compra, las labores de la casa, el transporte, el autocuidado y el cuidado de otras personas, para participar plenamente en sociedad. Excluye: cuidadores y personal de ayuda (e340); servicios, sistemas y políticas de seguridad social (e570); servicios, sistemas y políticas sanitarias (e580). Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica Descripción del facilitador/barrera:	+4	+3	+2	+1	0	1	2	3	4	8	9
e580	Servicios, sistemas y políticas sanitarias Servicios, sistemas y políticas para prevenir y tratar problemas de salud, proporcionando rehabilitación médica y promoviendo un estilo de vida saludable. Excluye: servicios, sistemas y políticas de apoyo social general (e575). Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica Descripción del facilitador/barrera:	+4	+3	+2	+1	0	1	2	3	4	8	9

ANEXO 13. Cuaderno de recogida de datos (a cumplimentar por el paciente bajo supervisión del fisioterapeuta colaborador). Estudio empírico multicéntrico sobre la perspectiva del contexto clínico

Cuaderno de recogida de datos (CRD)

Instrucciones

1. Imprimir este documento.
2. Rellenar los datos de registro.
3. Entregar hojas de información al paciente y consentimiento informado.
4. Guardar copia del consentimiento informado firmado.
5. Realizar la valoración de categorías de la CIF utilizando la escala visual y anotando las mediciones en las hojas.
6. Entregar al paciente el resto de cuestionarios e indicarle que debe completarlos y traerlos en el plazo de una semana desde hoy.
7. Cuando el participante haya devuelto los cuestionarios, graparlos a estas hojas y custodiarlos.
8. Anotar en el apartado de "observaciones" si se ha producido alguna incidencia.
9. Enviar la documentación.

Datos de registro

Área de salud:		
Zona básica de salud: (o centro de salud de referencia)		
Número de paciente:		Fecha:
Motivo de derivación:		

A rellenar por el fisioterapeuta colaborador

Observaciones:

FUNCIONES CORPORALES

Funciones fisiológicas de los sistemas corporales (incluyendo las funciones psicológicas)
¿Qué grado de deficiencia tiene la persona en ...

b130	Funciones relacionadas con la energía y los impulsos	
0		10
Ninguna limitación		Limitación completa
		Puntuación en mm
b134	Funciones del sueño	
0		10
Ninguna limitación		Limitación completa
		Puntuación en mm
b152	Funciones emocionales	
0		10
Ninguna limitación		Limitación completa
		Puntuación en mm
b260	Función propioceptiva	
0		10
Ninguna limitación		Limitación completa
		Puntuación en mm
b270	Funciones relacionadas con la temperatura y otros estímulos	
0		10
Ninguna limitación		Limitación completa
		Puntuación en mm
b280	Sensación de dolor	
0		10
Ninguna limitación		Limitación completa
		Puntuación en mm

Datos sociodemográficos

Por favor, rellene los siguientes cuestionarios generales sobre usted:

Edad:.....

Sexo:

Hombre Mujer

Nivel de estudios:

Sin estudios Educación obligatoria Formación profesional
 Estudios universitarios Otros (indicar):

Ocupación:

Estudiante Desempleado En activo Jubilado
 Otros (indicar):

Patología motivo de derivación a fisioterapia:

.....

¡Muchas gracias por su colaboración!

b415	Funciones de los vasos sanguíneos	
0		10
Ninguna limitación		Limitación completa
		Puntuación en mm
b435	Funciones del sistema inmunológico	
0		10
Ninguna limitación		Limitación completa
		Puntuación en mm
b440	Funciones respiratorias	
0		10
Ninguna limitación		Limitación completa
		Puntuación en mm
b455	Funciones relacionadas con la tolerancia al ejercicio	
0		10
Ninguna limitación		Limitación completa
		Puntuación en mm
b525	Funciones relacionadas con la defecación	
0		10
Ninguna limitación		Limitación completa
		Puntuación en mm
b530	Funciones relacionadas con el mantenimiento del peso	
0		10
Ninguna limitación		Limitación completa
		Puntuación en mm
b620	Funciones urinarias	
0		10
Ninguna limitación		Limitación completa
		Puntuación en mm

b710 Funciones relacionadas con la movilidad de las articulaciones	
0	10
Ninguna limitación	Limitación completa
Puntuación en mm	

b715 Funciones relacionadas con la estabilidad de las articulaciones	
0	10
Ninguna limitación	Limitación completa
Puntuación en mm	

b730 Funciones relacionadas con la fuerza muscular	
0	10
Ninguna limitación	Limitación completa
Puntuación en mm	

b735 Funciones relacionadas con el tono muscular	
0	10
Ninguna limitación	Limitación completa
Puntuación en mm	

b740 Funciones relacionadas con la resistencia muscular	
0	10
Ninguna limitación	Limitación completa
Puntuación en mm	

b755 Funciones relacionadas con los reflejos de movimiento involuntario	
0	10
Ninguna limitación	Limitación completa
Puntuación en mm	

b760 Funciones relacionadas con el control de los movimientos voluntarios	
0	10
Ninguna limitación	Limitación completa
Puntuación en mm	

s740 Estructura de la región pélvica	
0	10
Ninguna limitación	Limitación completa
Puntuación en mm	

s750 Estructura de la extremidad inferior	
0	10
Ninguna limitación	Limitación completa
Puntuación en mm	

s760 Estructura del tronco	
0	10
Ninguna limitación	Limitación completa
Puntuación en mm	

s810 Estructura de las áreas de la piel	
0	10
Ninguna limitación	Limitación completa
Puntuación en mm	

ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN

La realización de una tarea o acción por una persona y el acto de involucrarse en una situación vital

¿Cuánta dificultad tiene la persona para ...

d155 Adquisición de habilidades	
0	10
Ninguna limitación	Limitación completa
Puntuación en mm	

d177 Tomar decisiones	
0	10
Ninguna limitación	Limitación completa
Puntuación en mm	

b770 Funciones relacionadas con el patrón de la marcha	
0	10
Ninguna limitación	Limitación completa
Puntuación en mm	

b780 Sensaciones relacionadas con los músculos y las funciones del movimiento	
0	10
Ninguna limitación	Limitación completa
Puntuación en mm	

b810 Funciones protectoras de la piel	
0	10
Ninguna limitación	Limitación completa
Puntuación en mm	

ESTRUCTURAS CORPORALES

Son las partes anatómicas del cuerpo tales como los órganos, las extremidades y sus componentes

¿Cuánta deficiencia tiene la persona en ...

s710 Estructuras de la cabeza y de la región del cuello	
0	10
Ninguna limitación	Limitación completa
Puntuación en mm	

s720 Estructura de la región del hombro	
0	10
Ninguna limitación	Limitación completa
Puntuación en mm	

s730 Estructura de la extremidad superior	
0	10
Ninguna limitación	Limitación completa
Puntuación en mm	

d230 Llevar a cabo rutinas diarias (G)	
0	10
Ninguna limitación	Limitación completa
Puntuación en mm	

d240 Manejo del estrés y otras demandas psicológicas	
0	10
Ninguna limitación	Limitación completa
Puntuación en mm	

d310 Comunicación-recepción de mensajes hablados	
0	10
Ninguna limitación	Limitación completa
Puntuación en mm	

d410 Cambiar las posturas corporales básicas	
0	10
Ninguna limitación	Limitación completa
Puntuación en mm	

d415 Mantener la posición del cuerpo	
0	10
Ninguna limitación	Limitación completa
Puntuación en mm	

d420 Transferir el propio cuerpo	
0	10
Ninguna limitación	Limitación completa
Puntuación en mm	

d430 Levantar y llevar objetos	
0	10
Ninguna limitación	Limitación completa
Puntuación en mm	

d440	Uso fino de la mano		
0		10	Puntuación en mm
Ninguna limitación		Limitación completa	

d445	Uso de la mano y el brazo		
0		10	Puntuación en mm
Ninguna limitación		Limitación completa	

d450	Andar		
0		10	Puntuación en mm
Ninguna limitación		Limitación completa	

d460	Desplazarse por distintos lugares		
0		10	Puntuación en mm
Ninguna limitación		Limitación completa	

d465	Desplazarse utilizando algún tipo de equipamiento		
0		10	Puntuación en mm
Ninguna limitación		Limitación completa	

d510	Lavarse		
0		10	Puntuación en mm
Ninguna limitación		Limitación completa	

d520	Cuidado de partes del cuerpo		
0		10	Puntuación en mm
Ninguna limitación		Limitación completa	

d530	Higiene personal relacionada con los procesos de excreción		
0		10	Puntuación en mm
Ninguna limitación		Limitación completa	

d540	Vestirse		
0		10	Puntuación en mm
Ninguna limitación		Limitación completa	

d550	Comer		
0		10	Puntuación en mm
Ninguna limitación		Limitación completa	

d560	Beber		
0		10	Puntuación en mm
Ninguna limitación		Limitación completa	

d570	Cuidado de la propia salud		
0		10	Puntuación en mm
Ninguna limitación		Limitación completa	

d760	Relaciones familiares		
0		10	Puntuación en mm
Ninguna limitación		Limitación completa	

FACTORES AMBIENTALES

constituyen el ambiente físico, social y actitudinal en el que las personas viven y conducen sus vidas.

¿Qué grado de facilitador o barrera representa el factor para la persona ...

Usted puede evaluar también los factores ambientales como facilitador o barrera si es aplicable.

e110	Productos o sustancias para el consumo personal		
0		10	Puntuación en mm
Ninguna limitación		Limitación completa	

e115	Productos y tecnología para uso personal en la vida diaria		
0		10	Puntuación en mm
Ninguna limitación		Limitación completa	

e120	Productos y tecnología para la movilidad y el transporte personal en espacios cerrados y abiertos		
0		10	Puntuación en mm
Ninguna limitación		Limitación completa	

e125	Productos y tecnología para la comunicación		
0		10	Puntuación en mm
Ninguna limitación		Limitación completa	

e150	Diseño, construcción, materiales de construcción y tecnología arquitectónica para edificios de uso público		
0		10	Puntuación en mm
Ninguna limitación		Limitación completa	

e225	Clima		
0		10	Puntuación en mm
Ninguna limitación		Limitación completa	

e310	Familiares cercanos		
0		10	Puntuación en mm
Ninguna limitación		Limitación completa	

e320	Amigos		
0		10	Puntuación en mm
Ninguna limitación		Limitación completa	

e340	Cuidadores y personal de ayuda		
0		10	Puntuación en mm
Ninguna limitación		Limitación completa	

e355	Profesionales de la salud		
0		10	Puntuación en mm
Ninguna limitación		Limitación completa	

e410	Actitudes individuales de miembros de la familia cercana		
0		10	Puntuación en mm
Ninguna limitación		Limitación completa	

e420	Actitudes individuales de amigos		
0		10	Puntuación en mm
Ninguna limitación		Limitación completa	

e430 Actitudes individuales de personas en cargos de autoridad		
0		10
Ninguna limitación		Limitación completa
		Puntuación en mm

e440 Actitudes individuales de cuidadores y personal de ayuda		
0		10
Ninguna limitación		Limitación completa
		Puntuación en mm

e450 Actitudes individuales de profesionales de la salud		
0		10
Ninguna limitación		Limitación completa
		Puntuación en mm

e555 Servicios, sistemas y políticas de asociación y organización		
0		10
Ninguna limitación		Limitación completa
		Puntuación en mm

e575 Servicios, sistemas y políticas de apoyo social general		
0		10
Ninguna limitación		Limitación completa
		Puntuación en mm

e580 Servicios, sistemas y políticas sanitarias		
0		10
Ninguna limitación		Limitación completa
		Puntuación en mm

Cuestionario breve de evaluación de la función musculoesquelética

(Short Musculoskeletal Function Assessment)

Para ser completado por el paciente

(a rellenar por el fisioterapeuta colaborador)

Número de registro:	Centro de salud:
Fecha de recepción:	Fisioterapeuta:

Instrucciones: Estamos interesados en saber como se encuentra usted esta semana en relación al proceso por el que ha sido derivado a esta Unidad de Fisioterapia en Atención Primaria. Nos gustaría saber si usted tiene problemas para realizar sus actividades cotidianas debido al problema de salud que padece. Por favor, responda a cada pregunta marcando la casilla correspondiente a la opción que mejor le describa.

Estas preguntas se refieren al grado de dificultad que ha tenido esta semana para realizar sus actividades diarias debido a su lesión o problema de salud.

	Nada difícil	Un poco difícil	Moderadamente difícil	Muy difícil	Incapaz de hacerlo
	A	B	C	D	E
01. ¿Qué dificultad tiene para sentarse o levantarse de una silla baja?					
02. ¿Qué dificultad tiene para abrir una botella o un envase de rosca?					
03. ¿Qué dificultad tiene para comprar alimentos u otras cosas?					
04. ¿Qué dificultad tiene para subir escaleras?					
05. ¿Qué dificultad tiene para cerrar el puño?					
06. ¿Qué dificultad tiene para entrar o salir de la bañera o la ducha?					
07. ¿Qué dificultad tiene para ponerse cómodo para dormir?					
08. ¿Qué dificultad tiene para agacharse o arrodillarse?					
09. ¿Qué dificultad tiene para abrochar botones, broches, gancho o cremalleras?					
10. ¿Qué dificultad tiene para cortarse las uñas de las manos?					
11. ¿Qué dificultad tiene para vestirse por sí mismo?					
12. ¿Qué dificultad tiene para caminar?					
13. ¿Qué dificultad tiene para empezar a moverse después de haber estado sentado o tumbado?					
14. ¿Qué dificultad tiene para salir de su casa (solo)?					
15. ¿Qué dificultad tiene para conducir (coche)?					
16. ¿Qué dificultad tiene para limpiarse después de ir al baño?					
17. ¿Qué dificultad tiene para girar pomos o palancas (por ejemplo, abrir puertas o bajar las ventanillas del coche)?					
18. ¿Qué dificultad tiene para escribir o teclear?					
19. ¿Qué dificultad tiene para pivotar (apoyarse sobre una pierna y girar el resto del cuerpo hacia un lado u otro)?					
20. ¿Qué dificultad tiene para realizar sus actividades físicas recreativas habituales, como montar en bicicleta, correr o caminar?					
21. ¿Qué dificultad tiene para realizar sus actividades de ocio habituales, como pasatiempos, manualidades, jardinería, jugar a las cartas o salir con sus amigos?					
22. ¿Qué dificultad tiene con la actividad sexual?					
23. ¿Qué dificultad tiene para realizar tareas domésticas ligeras o trabajos de jardinería, como limpiar el polvo, lavar los platos o regar las plantas?					
24. ¿Qué dificultad tiene para realizar tareas domésticas o de jardinería pesadas, como fregar el suelo, pasar la aspiradora o cortar el césped?					
25. ¿Qué dificultad tiene para realizar su trabajo habitual, como un trabajo remunerado, las tareas domésticas o las actividades de voluntariado?					

Las siguientes preguntas se refieren a la frecuencia con la que ha tenido problemas esta semana debido a su lesión o problema de salud.

	Nada del tiempo	Un poco de tiempo	Algo de tiempo	La mayor parte del tiempo	Todo el tiempo
	A	B	C	D	E
26. ¿Con qué frecuencia cojea al caminar?					
27. ¿Con qué frecuencia evita utilizar su(s) miembro(s) doloroso(s) o su espalda?					
28. ¿Con qué frecuencia se bloquea su pierna (sensación de que hay algo que impide el movimiento normal en la rodilla) o que no va a soportar su peso (inestabilidad)?					
29. ¿Con qué frecuencia tiene problemas de concentración?					
30. ¿Con qué frecuencia hacer demasiada actividad durante un día afecta a lo que hace al día siguiente?					
31. ¿Con qué frecuencia se muestra irritable con los que le rodean (por ejemplo, se muestra brusco con la gente, da respuestas bruscas o crítica con facilidad)?					
32. ¿Con qué frecuencia está cansado?					
33. ¿Con qué frecuencia se siente incapacitado?					
34. ¿Con qué frecuencia se siente enfadado o frustrado por tener esta lesión o problema de salud?					

Estas preguntas se refieren a cuánto le molestan los problemas que tiene esta semana a causa de su lesión o problema de salud.

	Nada en absoluto	Un poco molesto	Moderadamente molesto	Muy molesto	Extremadamente molesto
	A	B	C	D	E
35. ¿Cuánto le molestan los problemas para usar las manos, los brazos o las piernas?					
36. ¿Cuánto le molestan los problemas de espalda?					
37. ¿En qué medida le molestan los problemas para realizar trabajos en su casa?					
38. ¿Cuánto le molestan los problemas para bañarse, vestirse, ir al baño u otros cuidados personales?					
39. ¿En qué medida le molestan los problemas para dormir y descansar?					
40. ¿En qué medida le molestan los problemas con las actividades de ocio o recreativas?					
41. ¿En qué medida le molestan los problemas con sus amigos, su familia u otras personas importantes en su vida?					
42. ¿En qué medida le molestan los problemas para pensar, concentrarse o recordar cosas?					
43. ¿En qué medida le molestan los problemas para adaptarse o hacer frente a su lesión o artritis?					
44. ¿En qué medida le molestan los problemas para realizar su trabajo habitual?					
45. ¿En qué medida le molesta sentirse dependiente de los demás?					
46. ¿En qué medida le molestan la rigidez y el dolor?					

¡Muchas gracias por contestar!

CUESTIONARIO DE COMORBILIDADES AUTO-ADMINISTRADO

Las preguntas que aparecen a continuación se refieren a los problemas de salud que usted puede tener. Este formulario es anónimo y ayuda a los investigadores a extraer conclusiones que pueden mejorar la atención que recibe en la Unidad de Fisioterapia.

Fecha: Código de estudio:
Puntuación: Área:
Centro de salud:

Problema médico	¿Padece usted esta enfermedad?		¿Está recibiendo tratamiento?	
	Sí (1)	No (0)	Sí (1)	No (0)
Anemia u otra enfermedad en la sangre				
Lumbalgia				
Cáncer				
Depresión				
Diabetes				
Enfermedad cardíaca				
Hipertensión arterial				
Enfermedad renal				
Enfermedad hepática				
Enfermedad pulmonar				
Artrosis o problemas degenerativos				
Artritis reumatoide				
Otras: Indique:				

Muchas gracias por su colaboración.