



1. Objetivos y planificación

- Conceptos
- El diagnóstico de fisioterapia
- La Fisioterapia por objetivos

2. Conceptos de deficiencia, discapacidad y minusvalía

- Concepto de deficiencia
- Concepto de discapacidad
- Concepto de minusvalía
- Relación entre ellos

3. Clasificación internacional de invalidez

- Objetivos del estudio en la invalidez
- Primera clasificación internacional de la invalidez
- Actual clasificación internacional de minusvalías
- Tipos de incapacidades

4. Clasificación de deficiencias, discapacidades y minusvalías

- Clasificación de las deficiencias
- Clasificación de las discapacidades
- Clasificación de las minusvalías

5. Las minusvalías físicas

- Concepto de deficiencia motora
- Causas de las minusvalías físicas
- Necesidades sociales de las personas con minusvalías

1. OBJETIVOS Y PLANIFICACIÓN

Los **objetivos** en Fisioterapia, como en cualquier otra ciencia, consiste en el establecimiento de unas metas a conseguir con el tratamiento de Fisioterapia. La **planificación** es la elaboración detallada de los actos (en este caso fisioterápicos) para conseguir estos objetivos. Pero ambos conceptos, objetivos y planificación, son secundarios a la previa identificación del problema, o lo que es lo mismo, un diagnóstico de fisioterapia.

El **diagnóstico de Fisioterapia** es complejo, y debe ser muy reflexionado y sistemático. Pesan en el proceso del diagnóstico las mediciones efectuadas y los signos, también aunque en menor medida los síntomas, ya que son más subjetivos y menos mensurables. Todo lo anterior, junto a los conocimientos modulados por la experiencia, nos hacen identificar el problema y elaborar unas metas y unos actos de fisioterapia a desarrollar.

Para que un diagnóstico de Fisioterapia sea correcto, debe cumplir:

- La clasificación del paciente en categorías clínicas
- Aplicar de forma pertinente tests validados
- Realizar una entrevista en la que se recojan las opiniones del paciente
- Medir las deficiencias y las discapacidades y listarlas
- Listar los objetivos
- Escoger los actos de fisioterapia más adecuados
- Establecer unos criterios de finalización del tratamiento

El fisioterapeuta debe **investigar parámetros concretos** y visibles de la actividad funcional que, en general, pueden medirse y cuantificarse: capacidad de bipedestación, longitud del paso, distancia dedos a pulpejo, balance muscular...

Tras el examen de fisioterapia se procede a la **evaluación**, donde se formulan los objetivos de tratamiento, para ello se realiza un balance con la suma de exámenes de las diversas funciones. Se comprueban los puntos fuertes (capacidades) y los débiles (discapacidades) por si fuera necesario reformular los objetivos, se eligen las actuaciones, y con todo se elabora un plan de intervención.

Los **objetivos** son las metas hacia donde nos dirigimos y se pueden fijar a corto, medio y largo plazo. En fisioterapia los objetivos irreales, por ambiciosos en plazo o en logros, pueden originar esperaranzar que se tornan vanas y crean en el paciente una falta de motivación posterior y asimismo, el que no sea capaz de sumir las posibles consecuencias o secuelas de la enfermedad sintiendo el tratamiento fisioterápico como un fracaso. Estos objetivos se han de fijar tras conocer el impacto de la discapacidad y, ante todo, deben ser claros y adaptados a las posibilidades del paciente.

El paciente debe experimentar los beneficios de la fisioterapia en cada sesión de tratamiento, consiguiendo una mejora ortopédica y siempre mediante el contacto humano. Se ha de explicar al paciente en un lenguaje claro y accesible el porqué de la elección de una técnica y como se va a organizar y desarrollar ésta. Ha de ser el fisioterapeuta el que se adapte al paciente y no al contrario, teniendo en cuenta su edad, patología, contexto social y profesional.

La **fisioterapia por objetivos** debe fijar unos criterios que permitan una conclusión del tratamiento. Un **indicador** solo hace referencia a un criterio, pero un criterio puede estar constituido por varios indicadores. Tanto los criterios de referencia como los criterios de mejoría deben según la OMS, perseguir la realización de una fisioterapia predictiva en cuanto a:

- Seguridad: qué no debe hacer y qué debe ser capaz de hacer el paciente.
- Eficacia: en el gesto, en las actividades de la vida diaria.
- Utilidad: aumento de su radio de movilidad o alguna otra de sus capacidades.

- Propiedad: adecuación a la discapacidad detectada.
- Aceptabilidad.
- Accesibilidad.
- Satisfacción.

2. CONCEPTOS DE DEFICIENCIA, DISCAPACIDAD Y MINUSVALÍA

Definimos **deficiencia** como la exteriorización del estado patológico, es decir, la pérdida de sustancia, la alteración de un órgano o sistema, la alteración de una función o estructura. Hay manifestación clínica localizable y explorable, accesible mediante examen físico.

Definimos **discapacidad** como el resultado de una deficiencia, una reducción total o parcial de la capacidad de llevar a cabo una actividad de modo normal o dentro de los límites considerados como normales para el ser humano. La discapacidad evalúa la pérdida para poder llevar a cabo una actividad dentro de los límites considerados normales.

Definimos **minusvalía** como el resultado de la discapacidad y limita o impide el cumplimiento de un papel considerado como normal teniendo en cuenta la edad, sexo y factores socioculturales. Dificultades semejantes pueden ser más o menos relevantes según el contexto socioeconómico. La producción de un hándicap se debe a obstáculos debidos al entorno, a hábitos de vida o a imperativos culturales, constituyéndose en una desventaja.

Por ejemplo; una espondiloartrosis lumbar, como patología, origina una deficiencia, dolor lumbar: la lumbalgia; la discapacidad sería el trastorno postural y la limitación de movimientos; la minusvalía vendría dada por la desventaja social por disminución de rendimiento en el trabajo y en la alteración de las actividades cotidianas, en mayor o menor medida según su estado socioeconómico.

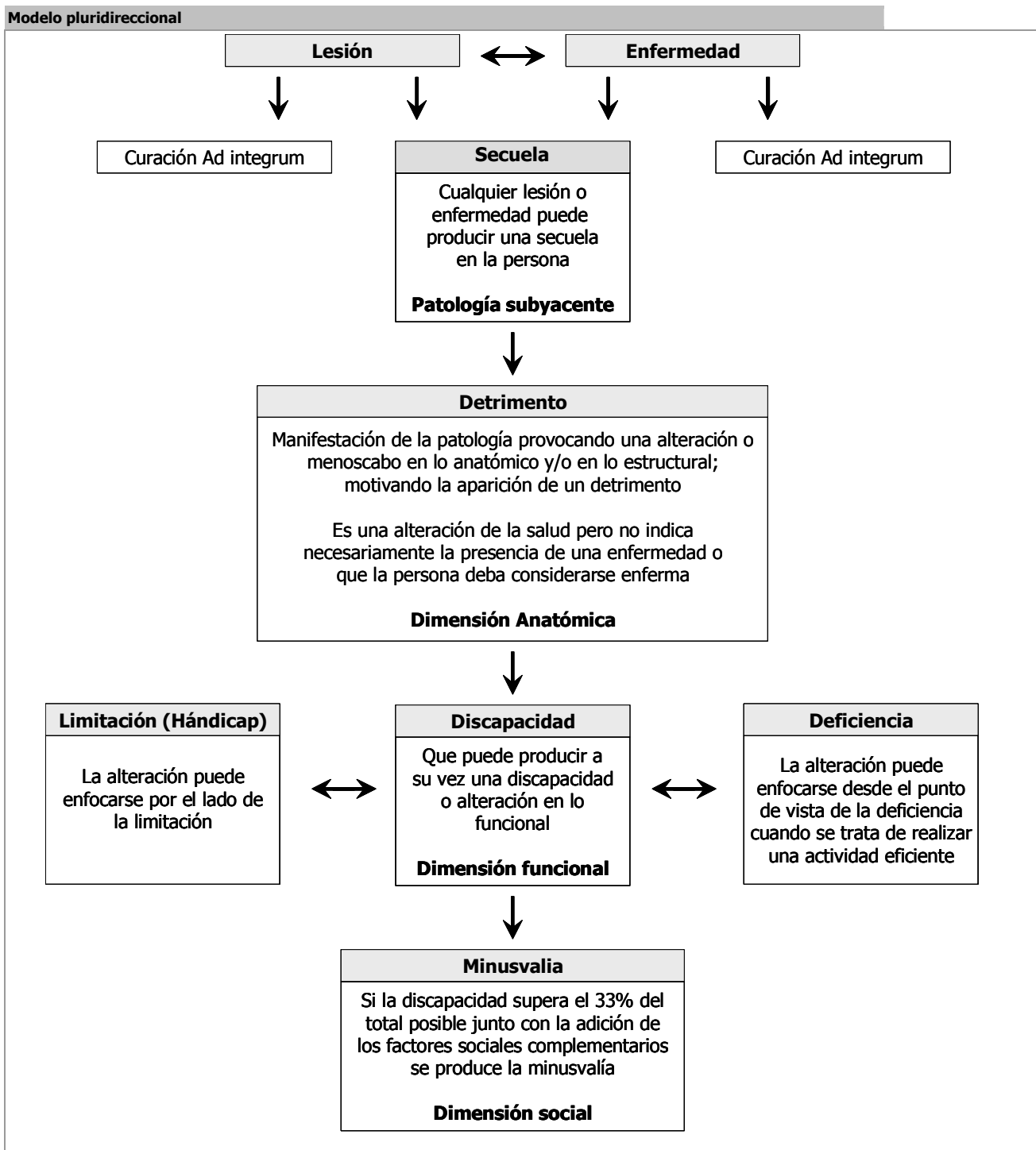
Podemos establecer así un cuadro general que relacione estos 3 aspectos:

DEFICIENCIA	DISCAPACIDAD	MINUSVALÍA
Lenguaje Oído Vista	Hablar Escuchar Ver	Orientación
Locomoción	Vestirse Comer	Independencia física
	Caminar	Movilidad
Psicológica	Comportamiento	Integración social

Como ejemplos, encontramos:

DEFICIENCIA	DISCAPACIDAD	MINUSVALÍA
Hemiplejía	Dificultad para comunicarse Dificultad para caminar Dificultad para autocuidados	Movilidad reducida Independencia física reducida Dificultad para relacionarse Dificultades económicas
Amputación de Miembro inferior	Dificultad para caminar y desplazarse	Movilidad reducida Dificultades económicas Dificultades integración social

En la antigua clasificación internacional de minusvalías se entendía como minusvalía el término inglés "handicap" es decir, la situación de desventaja que frente a los demás se encuentra una persona con discapacidad. En la última revisión se entiende o relaciona "hándicap" con la "participación-restricción". La participación es la naturaleza y el grado de intervención de una persona en situaciones de la vida con relación a deficiencias, actividades, alteraciones de la salud y factores de contexto. La participación puede verse restringida en naturaleza, duración y calidad. Se trata, por tanto en castellano de una "limitación". Estos cambios llevan a un nuevo **modelo pluridireccional**.



3. CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE INVALIDEZ

Para el estudio de la invalidez en general y en particular en readaptación y reeducación, se necesita de un sistema coherente de información con objetivos precisos:

- Organizar la prevención primaria: evitar la enfermedad.
- Organizar la prevención secundaria: evitar las lesiones y las secuelas.
- Organizar la prevención terciaria: Las consecuencias sociales invalidantes.
- Elaborar programas y enseñanza de la reeducación y readaptación.

En Mayo de 1976, la OMS adoptó una resolución que recomendaba la publicación de una clasificación de incapacidades y minusvalías. En 1980 la OMS publica una **primera clasificación internacional de invalidez**. Actualmente la clasificación internacional de Minusvalías (CIM) se encuentra traducida a más de 10 idiomas. La ventaja de la CIM es el establecimiento de un lenguaje común y la consecución de los objetivos que anteriormente señalábamos debía perseguir un sistema de información sobre minusvalías.

La discapacidad se puede expresar en términos de cantidad de discapacidad (grado) o en cantidad de función residual (diagnóstico funcional). El grado de discapacidad es una evaluación cuantitativa que varía según el método empleado para su medición, suele ser numérica atendiendo a una escala o gráfica y tiene gran importancia en el campo legal (por los posibles beneficios sociales y económicos derivados de constar en un grado de incapacidad o en otro).

El diagnóstico funcional debe ser:

- Sencillo: de evaluación rápida.
- Reproducible.
- Objetivo: los resultados han de ser medibles y estadísticamente fiables.
- Integral: completo.
- Aplicable a la epidemiología.

Se pueden distinguir **dos tipos de incapacidades**:

- **Primarias:** Consecuencia directa de una enfermedad o afección, como puede ser una fractura por un traumatismo, hemiplejía por un ACV, etc. Hacia ellas van encaminadas las acciones preventivas, y son el reflejo de la tecnología, cultura política y social. Por ejemplo: en el caso de la tecnología, en una sociedad primitiva no existían accidentes debido a los desplazamientos. En el caso de la política: los límites de velocidad en carretera los fija el gobierno. En lo referente a sociedad: hábitos de vida, ocio o deporte: zapatos de tacón, deportes de riesgo, etc.
- **Secundaria:** Relacionadas de forma indirecta con la enfermedad o condición responsable de la discapacidad primaria. Contractura articular y atrofia por una fractura, subluxación de hombro por una hemiplejía, etc. Epidemiológicamente son más susceptibles a ellas los pacientes de edad avanzada o que han tenido una discapacidad primaria durante un largo periodo. También es mayor la frecuencia si la enfermedad original disminuye la sensibilidad de la piel, en especial al dolor y a la temperatura. El agente causante suele ser una fuerza mecánica excesiva o ausente (pie equino en presencia de la gravedad) y es un proceso progresivo que si no se controla, se vuelve irreversible. El resultado común es una limitación de la función.

4. CLASIFICACIÓN DE DEFICIENCIAS, DISCAPACIDADES Y MINUSVALÍAS

Las **deficiencias** pueden clasificarse en:

- Deficiencias **cognitivas**: inteligencia, memoria, pensamiento, agnosias, apraxias, conciencia, percepción, atención...
- Deficiencias del **lenguaje**: Comprensión, expresión de la voz, del habla...
- Deficiencias de la **visión**: Agudeza visual, pérdida...
- Deficiencias de la **audición**: Sensibilidad auditiva, percepción auditiva...
- Deficiencias **viscerales**: Cardiorrespiratorias, gastrointestinales, urinarias, respiratorias, órganos sexuales, masticación, deglución, olfato...
- Deficiencias **músculo-esqueléticas**: Mecánicas y motrices de cabeza y tronco.
- Deficiencias **desfiguradoras**: Incluyen cabeza, tronco y extremidades
- **Otras** deficiencias: generalizadas, sensitivas, de continencia, metabólicas...

Las **discapacidades** pueden ser:

- Discapacidades de la **conducta**: de la conciencia, relaciones, etc.
- Discapacidades de la **comunicación**: Hablar, escribir, expresar...
- Discapacidades del **cuidado personal**: Higiene, excreción, alimentación...
- Discapacidades de la **locomoción**: Andar, levantarse, correr...
- Discapacidades de la **destreza**: agarrar, controlar la cabeza...
- Discapacidades **sensoriales**: Ceguera, sordera...
- Discapacidades **aptitudinales**: Procesamiento, cognitivas, motivacionales...

Por último, las **minusvalías** podrían clasificarse en:

- Minusvalías de **orientación**: Incapacidad para orientarse en relación con el entorno.
- Minusvalías de **independencia física**: Tener necesidad de ser ayudado por otros en relación con el cuidado personal y otras actividades de la vida ordinaria.
- Minusvalías de **movilidad**: Para desplazarse en su entorno.
- Minusvalías **ocupacionales**: Afecta al trabajo, ocio y tiempo libre.
- Minusvalías de **integración social**: Mantener relaciones sociales.
- **Otras** minusvalías: todas aquellas que puedan dar origen a una inadaptación social.

Tabla Clasificación	Deficiencias	Discapacidades	Minusvalías
Físicas	Viscerales Músculo-esqueléticas Desfiguradotas	Cuidado personal Locomoción Disposición del cuerpo Destreza Situación	Independencia física Movilidad Ocupacional Integración social Autosuficiencia económica
Psíquicas	Intelectuales Trastornos psicológicos	Conducta Comunicación Destreza Situación	Orientación Ocupacional Integración social Autosuficiencia económica
Sensoriales	Audición Visión	Comunicación (hablar, escuchar...) Situación (ver...)	Orientación Ocupacional Integración social Autosuficiencia económica
Del Lenguaje	Órganos del lenguaje		
Mixtas y/o generalizadas	Cuando la persona presenta varias de las anteriores		

5. LAS MINUSVALÍAS FÍSICAS

Un individuo con deficiencia motora es aquel que representa un deterioro en su aparato locomotor en relación al resto de las personas. Cuando hablamos de minusválidos físicos con conservación de la inteligencia, entendemos que el factor de razonamiento o de inteligencia general está potencialmente conservado, aunque los factores verbales y de especialización estén afectados.

Una deficiencia motora la posee aquella persona que presenta de manera transitoria o permanente alguna alteración en su aparato locomotor, debido a un deficiente funcionamiento en el sistema ósteoarticular, muscular y/o nervioso, y que en grados variables limita algunas de las actividades que pueden realizar el resto de personas de su misma edad. Son aquellos sujetos que presentan problemas en la ejecución de sus movimientos. El psiquismo y la motricidad están íntimamente relacionados, en particular en los primeros años de vida.

Las **causas** de las minusvalías físicas pueden ser:

- **Encefalopatías:** suelen ser infantiles y resultantes de una alteración del sistema nervioso en un momento precoz del desarrollo, antes del nacimiento o durante la primera infancia.
- **Enfermedades congénitas:** Se dividen a su vez en monogénicas (producidas por un solo gen), unifactoriales (debidas a alteraciones cromosómicas) y las poligénicas (se combinan factores genéticos y ambientales); éstas últimas abarcan el mayor porcentaje de estos casos.
- **Alteraciones del metabolismo:** Se producen cuando existe un fallo hereditario de un enzima determinado y que ocasiona en el sujeto afecto una serie de manifestaciones clínicas, en ocasiones de extrema gravedad.
- **Malformaciones congénitas:** Es una anomalía estructural, funcional o metabólica (o sea, no solo las alteraciones morfológicas, sino que también incluye las alteraciones en el funcionamiento o el metabolismo) que ya está presente en el momento del nacimiento; como por ejemplo la espina bífida que es una hendidura congénita de la columna vertebral como resultado anormal del tubo neural, es decir, que las vértebras no se desarrollan bien en el embrión dejando un hueco en la región lumbar o lumbo-sacra posterior, por donde sale la médula espinal.
- **Endocrinopatías:** Algunas alteraciones del sistema endocrino pueden afectar al desarrollo del sistema nervioso central.
- **Defectos craneales:** Malformación o defecto del cráneo, motivado por ausencia o defecto óseo o bien, por trastornos en el tamaño o la forma. En ocasiones provocan la muerte del recién nacido.

Las **necesidades sociales** de las personas con minusvalías (y no solo las minusvalías físicas) se centran en:

- Vivienda: sobre todo la accesibilidad del edificio.
- Accesibilidad del medio físico: en conjunto se aprecia que el medio rural es percibido como menos limitador de la movilidad que el urbano.
- Transporte.
- Utilización de los servicios médicos y de rehabilitación.
- Trabajo: el desarrollo de una actividad laboral remunerada es para las personas adultas un criterio fundamental de integración social; en España la implantación laboral de los minusválidos españoles en edad de trabajar es baja.
- Ocio y tiempo libre: La tendencia a no salir de casa durante el tiempo libre se va acentuando entre las personas con minusvalías adultas, conforme avanza la edad. Parece existir también un bache entre los 15 y 24 años, que puede ser debido al aislamiento relativo que ocasiona la finalización de la etapa estudiantil cuando ésta no se ve seguida de una rápida integración en el mundo laboral.
- Vacaciones.
- Estudio.

- Familia y modalidad residencial: El 94% de los minusválidos menores de 65 años y el 87% de los que superan esa edad, viven en compañía de sus familiares o de otras personas.
-