

MANUAL PARA CONOCER LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO, DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD

Rodrigo Jiménez

Hector Collado

614.012
J61m

Jiménez Sandoval, Rodrigo

Manual para conocer la Clasificación Internacional del
Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud/ Rodrigo Jiménez S.
y Héctor Collado H. - - 1a ed. -- -- Heredia, C.R. : Consejo Nacional
de Rehabilitación y Educación Especial, 2005 205 p. 21 X 14 cm

ISBN: 9968-791-07-5

1. Discapacidad 2. Clasificación 3. Salud 4. Funcionamiento I.
Collado Hernández, Héctor II. Tit.

Diagramación y artes finales
Diana Marcela Arroyave

Presentación.....	5
Introducción.....	7
Agradecimiento.....	9
Aspectos Organizativos.....	11
Recomendaciones Metodológicas.....	13
SESIÓN 1 : Estableciendo el ambiente propicio para el desarrollo del taller.....	15
SESIÓN 2 : Principios rectores para aplicar la clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud.....	17
SESIÓN 3 : Evolución histórica de los modelos de la discapacidad.....	21
SESIÓN 4 : Estructura operacional de la CIF.....	25
SESIÓN 5 : Aplicabilidad de la CID.....	29
Anexos.....	30
Lecturas de Apoyo.....	45
Transparencias.....	153

La Organización de las Naciones Unidas (ONU), en su resolución número 48/96 de 1993, promulgó las *Normas uniformes para la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad*. En su artículo 13, esta normativa establece que los Estados deben asumir la responsabilidad de producir, reunir y difundir información acerca de la calidad de vida de las personas con discapacidad.

Muchos Estados, conscientes de la importancia de monitorear y evaluar las acciones en materia de discapacidad, han reconocido la necesidad de contar con información confiable que permita comparar, interinstitucional e internacionalmente, la información producida. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud desarrolló la *Clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud* (CIF), y exhorta a los Estados miembros a usarla cuando proceda en sus actividades de investigación, vigilancia y notificación.

En Costa Rica, el Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial (CNREE) y la Agencia de Cooperación Internacional de Japón (JICA), convencidos de la relevancia de la CIF como herramienta estadística, clínica, de investigación, y de política social y educativa, elaboraron el proyecto *Estudio básico en discapacidad*. En este marco, ambas instancias se han abocado, entre otras acciones, a la elaboración del manual que hoy presentamos.

Con él, se busca brindar a las personas con discapacidad, sus familiares, profesionales que trabajan la temática y funcionarios de organizaciones no gubernamentales, una visión introductoria de la CIF para su conocimiento y familiarización, sin pretender que, como resultado, apliquen la CIF como herramienta de clasificación o de registro.

La responsabilidad de preparar el documento se asignó a dos reconocidos consultores en el campo de la discapacidad: Héctor Collado y Rodrigo Jiménez Sandoval, quienes, gracias a su experiencia y conocimiento, lograron concluir el manual en un tiempo récord.

El proceso de elaboración del manual incluyó el desarrollo de varios talleres previos al diseño, y luego validaciones con diversos grupos compuestos por profesionales en el campo social y médico, así como personas con discapacidad y familiares.

Nos complacemos en presentarle a continuación el producto de este proceso. Esperamos que este documento logre su principal cometido, es decir, coadyuvar a la difusión y uso de la *Clasificación internacional del funcionamiento, de la* ***Manual para Conocer la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud***

discapacidad y de la salud (CIF) como una herramienta para mejorar la calidad de vida de la población con discapacidad.

Barbara Holst
Directora Ejecutiva
Consejo Nacional de Rehabilitación
y Educación Especial

Mika Yamamoto
Representante Residente
Agencia de Cooperación de
Japón, Oficina de Costa Rica

En la década de los años setentas del siglo pasado, la Organización Mundial de la Salud puso en marcha la Clasificación internacional de deficiencia, discapacidad y minusvalía, publicada en 1980, cuyo objetivo era clasificar las consecuencias, a largo plazo, de las enfermedades, los traumatismos y los trastornos.

Esta clasificación surgió en un momento en que el abordaje de la discapacidad estaba relacionado con el modelo rehabilitador, en el cual el énfasis del trabajo con la población con discapacidad se centra en la personas como sujetos de investigación y análisis. Desde esta perspectiva, las personas con discapacidad son un objeto de estudio y un problema social.

Con el planteamiento de nuevos modelos de trabajo con la población con discapacidad, como es el caso del modelo social o de la vida independiente, el enfoque cambia radicalmente. Las personas dejan de ser objetos para ser sujetos con el derecho pleno de decidir sobre sus vidas; dejan de ser el problema, y este se enfoca en el entorno y la violencia social como los principales obstáculos para el disfrute de los derechos humanos de las personas con discapacidad.

Esta nueva óptica incide en la *Clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías* (CIDDM), y se replantea la necesidad de construir una nueva clasificación que responda al modelo social.

Por ello, la Organización Mundial de la Salud inicia la revisión de la CIDDM con estudios experimentales y consultas internacionales durante cinco años. Así, el 22 de mayo de 2001 se aprueba la *Clasificación internacional de funcionamiento de la discapacidad y de la salud* (CIF), para emplearla en el ámbito internacional.

El proceso se vio enriquecido al participar la Organización Mundial de Personas con Discapacidad, pues sus dirigentes contribuyeron con tiempo y energía.

Como resultado de este esfuerzo, la comunidad internacional cuenta con una clasificación diseñada para propósitos múltiples y para ser utilizada en varias disciplinas. Proporciona una base científica para la comprensión y el estudio de la salud, establece un lenguaje común, permite comparar datos y brinda un esquema de codificación sistematizada, entre otras de sus virtudes.

Conscientes de su importancia, la Agencia de Cooperación Internacional de Japón (JICA) y el Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial de

Costa Rica (CNREE) se han abocado a dar a conocer la *Clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la Salud*.

Entre las acciones desarrolladas se encuentran seminarios de capacitación, talleres dirigidos a divulgar la clasificación, y experiencias prácticas de empleo de la CIF.

El presente manual forma parte de esas acciones y se enmarca dentro del proyecto denominado *Estudio básico en discapacidad*.

El primer paso para el diseño del manual consistió en establecer su objetivo: dar a conocer la *Clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud*. No se busca que quienes reciban la capacitación con base en este manual, apliquen la CIF, sino más bien que la conozcan. Reconocemos que su aplicación resulta compleja y, por lo tanto, creemos que la construcción de un manual para aplicarla es un paso que se debe dar en un futuro, para que el personal especializado aplique e implemente adecuadamente la CIF.

Este manual pretende que las personas que trabajan en el tema de la discapacidad conozcan en qué consiste la CIF y cuál es su lógica y utilidad. Esto implica que quienes faciliten el proceso no necesariamente deben ser profesionales en la salud. Para el caso de la aplicación del manual, sí se requerirá un perfil más específico.

Para el diseño del presente documento, se presentó una propuesta de contenidos y formatos a un comité asesor compuesto por funcionarias/os del Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial ¹, quienes enriquecieron el documento inicial con su experiencia y conocimiento.

Con los lineamientos establecidos, los autores se dividieron los ejes temáticos para desarrollarlos e intercambiar comentarios y experiencia para su beneficio.

El primer diseño fue validado por el máster Felipe Obando. En él, se recopilaron las observaciones, tanto del facilitador como de algunas de las personas participantes.

Con los ajustes realizados, se volvió a validar con un equipo de quince personas con conocimientos en CIF, para que enriquecieran la versión.

El resultado de este proceso lo tiene usted en sus manos. Esperamos que el documento logre el objetivo principal de dar a conocer la *Clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud*.

¹ Marianela Cambroneró, Lisbeth Barrantes, Grettel Oses y Felipe Obando
Manual para Conocer la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud

Deseamos expresar nuestro agradecimiento a las siguientes personas:

A Marianela Cambronero, Grettel Oses y Felipe Obando, por sus comentarios y recomendaciones en la estructura preliminar del manual.

A todas las personas participantes del taller CIF celebrado en el mes de marzo del presente año en la ciudad de Naranjo de Alajuela, Costa Rica.

A Giselle Alfaro, Érica Álvarez, Alfonso Binns, Abby Fernández, Milagro Gómez, Marcos Gutiérrez, Grettel Oses, Maritza Parini, Shirley Pereira, Enrique Rodríguez, Artis Sánchez, Ana Ulloa, Rafael Vargas y Ana Woodly, por sus valiosas sugerencias, ideas y comentarios al presente documento.

Muy en especial a Felipe Obando, quien validó el manual y aportó todo su conocimiento y experiencia para mejorar la propuesta; así como a Yoko Ishibashi, pues sin su entrega y compromiso con la población con discapacidad ustedes no tendrían en sus manos el presente manual.

Hector Collado
Autor

Rodrigo Jiménez
Autor

ASPECTOS ORGANIZATIVOS

A. Antes del taller se recomienda:

1. Integrar un equipo de trabajo que asuma la labor organizativa y facilitadora en un ambiente de compañerismo y apoyo mutuo. Cada integrante deberá tener conocimiento previo de los temas, experiencia en la conducción de grupos, y un lenguaje fluido; asimismo, deberá incentivar el trabajo cooperativo y participativo, y orientar al grupo para que desarrolle sus propios procesos.

Aunque se distribuyan las tareas, es importante que todo el equipo las conozca en su totalidad, de manera que cada miembro esté preparado y dispuesto a asumir cualquiera de las tareas que defina el grupo.

2. Elaborar un presupuesto, de acuerdo con las necesidades del taller, que contemple básicamente:
 - Alimentación (insumos, preparación o compra de servicios)
 - Transporte de participantes y facilitadores/as
 - Materiales
 - Imprevistos
3. Verificar que la sala donde se impartirán las charlas sea amplia y posibilite realizar trabajos en grupo y subgrupos.
4. Elaborar la agenda del taller, así como las guías y otros materiales necesarios.
5. Reproducir los instrumentos de registro; en el caso de la población no vidente, tener disponible el material en braille o casetes.
6. Contratar a un intérprete en lengua de señas, en caso de que participen personas con deficiencias auditivas. Es muy importante que la persona que realizará la interpretación se familiarice antes con la terminología del tema.

B. Durante el taller se recomienda:

1. Instalar un puesto de recepción para el registro de participantes. Es importante que una de las personas facilitadoras reciba a las personas participantes.

2. Proporcionar en todo momento a las personas participantes las indicaciones necesarias, entre ellas: horarios, ubicación de los servicios, programa de actividades, espacios donde se realizarán las actividades.
3. Registrar todos los aportes de ideas, temas de discusión y las demás experiencias que se desarrollen en los grupos.
4. Controlar y respetar el tiempo de cada sesión.
5. Realizar al final de cada sesión una síntesis, a cargo de una persona facilitadora, tomando en cuenta los aportes, el resultado de cada experiencia y el objetivo propuesto para cada sesión.
6. Intercambiar los roles entre los facilitadores/as, de manera que se apoyen mutuamente mientras estén a cargo de una actividad determinada; por ejemplo: uno dirige la discusión o la sesión plenaria, otro toma apuntes sobre los principales aportes para realizar la síntesis de la sesión respectiva, y otros preparan la actividad siguiente.
7. Llevar a cabo una evaluación al final del taller (anexo 1).
8. Efectuar una evaluación propia por equipo (anexo 2).
9. Confeccionar los certificados.

C. Después del taller se recomienda:

Sistematizar la experiencia, lo cual implica describir, de manera ordenada, las actividades realizadas y los resultados o conclusiones de cada actividad.

RECOMENDACIONES METODOLÓGICAS

Tiempo: cada sesión contiene el tiempo aproximado para su desarrollo, y el facilitador o la facilitadora debe controlar el tiempo durante su ejecución. Las sesiones deben efectuarse en forma secuencial.

Naturaleza del grupo: es recomendable que el grupo no sobrepase las veinte personas, y que exista cierta uniformidad respecto a intereses, lenguaje y conocimientos.

Facilitador/a: debe tener conocimientos previos sobre el tema, estudiar el presente manual antes de su ejecución y tener experiencia en el manejo grupal; también, debe utilizar un lenguaje fluido y controlar e incentivar el trabajo participativo. Además, debe dirigir al grupo para que desarrolle sus propios procesos. Se recomiendan dos facilitadores/as, como mínimo; para el caso de la población con discapacidad auditiva, es recomendable trabajar siempre con un/a intérprete.

Espacio: debe ser amplio, de manera que posibilite realizar el trabajo grupal con el número de participantes y técnicas de participación planificadas.

La persona que esté facilitando el taller debe seguir los pasos establecidos en el manual.

SESIÓN 1

ESTABLECIENDO EL AMBIENTE PROPICIO PARA EL DESARROLLO DEL TALLER

Objetivo

- ☒ Establecer el ambiente propicio para el desarrollo del taller.

Recursos Humanos

- ☒ 2 Facilitadores/as del proceso

Recursos Materiales

- ☒ Lectura de apoyo 1
- ☒ Transparencia 1, 2 Y 3
- ☒ Papelógrafo
- ☒ Marcadores

Tiempo Aproximado

- ☒ 45 minutos

Factores Ambientales

Es fundamental crear un ambiente propicio para el desarrollo del taller. Por ello, como primer paso se requerirá la presentación de todas las personas participantes, y se realizará un ejercicio que permita *romper el hielo*, para que se sientan en confianza.

Una vez efectuado este ejercicio, es muy importante clarificar las expectativas de las personas participantes con respecto al taller, con el fin de delimitar el ámbito temático.

Paso 1

Solicite a las personas participantes que se presenten con su nombre, lugar de residencia y profesión u oficio.

Paso 2

Cuando todas las personas se hayan presentado, pídale que se presenten nuevamente. Utilice la transparencia 2 para explicar la forma de presentación. Idea fuerza: la diversidad humana.

..... Ideas fuerza

- Este paso tiene los siguientes objetivos: 1) Conocer a las personas participantes; 2) Evidenciar la diversidad de los seres humanos y el

principio de igualdad; y 3) Introducir a las personas participantes en la lógica de la *Clasificación internacional del funcionamiento de la salud y de la discapacidad*.

- Para el objetivo dos, es importante evidenciarlo una vez que se termine la presentación.
- En el caso del objetivo tres, se debe mencionar que en la presentación se utilizó una forma de clasificación que sigue la lógica de la CIF. Es muy importante recordar el ejercicio cuando se esté explicando la estructura de la CIF.

Paso 3

Expuesto el ejemplo, preséntese usted utilizando esos criterios. Solicite a las personas participantes que de nuevo se presenten, pero ahora siguiendo el ejemplo dado. Trate de que queden claros los conceptos de clasificación proporcionados en los ejemplos.

Paso 4

Pregunte al azar a varias de las personas cuáles son sus expectativas en relación con el taller. Anote en un papelógrafo las opiniones expresadas por las personas participantes.

Paso 5

Utilice la transparencia 3 y lectura de apoyo 1 para exponer brevemente la CIF y los objetivos del taller en cada una de las sesiones de trabajo. Compare los objetivos del taller con las expectativas expresadas por los/as participantes, para dejar claro lo que pueden esperar del taller.

..... Ideas fuerza

- Recuerde que este taller no se realiza para aprender a utilizar la CIF como instrumento de clasificación, sino para darla a conocer. Es muy importante que, durante el taller, se les esté recordando este objetivo a los participantes, ya que se da una tendencia a esperar que las personas participantes clasifiquen con la CIF.
- Mencione que, para aplicar la CIF, se necesitan determinados conocimientos, los cuales no se exigieron para participar en este taller.
- Si es necesario, indique que este es un curso básico, y que en un futuro se espera desarrollar un instrumento de capacitación para el empleo de esta clasificación.

Paso 6

Solicite a las personas participantes que mencionen las actitudes y comportamientos que deben presentar los participantes en un taller para obtener éxito en este tipo de actividad. Anote en un papelógrafo los aspectos citados que se citen; por ejemplo: participación, puntualidad, honestidad, discreción, etc.

Paso 7

Después de anotar sus opiniones, léalas en voz alta y pregunte a las personas participantes si están dispuestas a cumplirlas. Si alguien se opone a alguna sugerencia, abra un debate para llegar a un consenso.

Paso 8

Una vez consensuadas las sugerencias, indíqueles que existe un compromiso de cumplirlas, y colóquelas en un lugar visible durante todo el desarrollo del taller.

SESIÓN 2

PRINCIPIOS RECTORES PARA APLICAR LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO Y DE LA SALUD

Objetivo

- ☒ Conocer los principios filosóficos que rigen la aplicación de la *Clasificación internacional del funcionamiento y de la salud*

Recursos Humanos

- ☒ 2 Facilitadores/as del proceso

Recursos Materiales

- ☒ Papelógrafos
- ☒ Marcadores
- ☒ Transparencias 4 a 11
- ☒ Anexo 3
- ☒ Lecturas de Apoyo 2 y 3

Tiempo Aproximado

- ☒ 3 Horas

Cómo deben aplicarse los principios

El trabajo con personas con discapacidad se ha caracterizado por involucrar una serie de actitudes y comportamientos discriminatorios. La discriminación se define bajo dos acepciones: 1- Tratar en forma diferente a lo que es igual, o 2- Tratar igual a lo que es diferente. Estas actitudes vamos aprendiéndolas durante el proceso de socialización, que nos enseña cómo deben sentir, pensar y actuar las personas con discapacidad. Estas personas son encasilladas en roles y estereotipos discriminatorios, los cuales tienen efectos en la autoestima y en el goce y ejercicio de los derechos humanos de esta población.

Paso 1

Explique a las personas participantes que en esta sesión se trabajará en los principios de la aplicación del CIF. Utilice la transparencia 4 para explicar el objetivo de la sesión.

Paso 2

Pregunte a las personas participantes qué es un principio y cuál es su utilidad. Apunte las respuestas en un papelógrafo. Dirija una discusión para llegar a un consenso con base en esas respuestas.

..... **Ideas fuerza**

- Un valor es un juicio que los seres humanos emiten para representar lo que significan las cosas. Su valoración dependerá de lo necesario que sean para las personas. No son homogéneos para todas los individuos, ya que son el resultado de la voluntad humana, de su libre arbitrio para juzgar.
- En el ámbito moral, un valor es verdadero en función de su capacidad para hacer más humanos a las mujeres y a los hombres.
- De los valores se derivan los principios, que en sentido ético son aquellos juicios prácticos que surgen inmediatamente de la aceptación de un valor. Por ejemplo, del valor vida humana se origina el principio de respeto a todo ser humano, del cual se deriva la igualdad, la no discriminación, la justicia, etc.

Paso 3

Solicite a las personas participantes que se sienten cómodamente y se relajen. Indíqueles que usted leerá una fantasía dirigida y que requiere de la cooperación de todos/as, de manera que vayan imaginando lo que se lea. Pídales que apaguen los teléfonos celulares.

Paso 4

Pida a las personas participantes que cierren los ojos y léales, en forma pausada, el anexo 3.

Paso 5

Pregunte a varias de las personas participantes cómo se sintieron. Acláreles que no es permitido racionalizar, sino solo expresar los sentimientos. Anote las respuestas en un papelógrafo. Insista en que solo se expresen sentimientos y no razones.

..... **Ideas fuerza**

- Enfatique que esos sentimientos son los que viven las personas con discapacidad cuando las tratan con irrespeto, discriminación y violencia.
- Insista en la importancia de establecer principios para relacionarse con personas con discapacidad.

Paso 6

Explique los principios que rigen el trabajo con las personas con discapacidad. Utilice para ello las transparencias 5 a 11.

Paso 7

Divida a los participantes en grupos de cinco personas y solicite a cada grupo que planee una dramatización sobre cualquier situación social, como una visita a familiar, a un centro social, a un centro educativo, deportivo, al trabajo, etc., utilizando para ello los principios.

Manual para Conocer la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud

Paso 8

Solicite a cada grupo que represente la dramatización planeada utilizando los principios expuestos. Cada vez que un grupo concluya la dramatización, formule la pregunta: ¿Cuáles son los principios y dónde se ven reflejados?

Paso 9

Dirija una discusión sobre qué se debe hacer para respetar y cumplir los principios establecidos.

Paso 10

Anote en un papelógrafo las recomendaciones dadas y léalas al finalizar la discusión.

SESIÓN 3

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LOS MODELOS DE DISCAPACIDAD

Objetivo

- ☒ Analizar la evolución de los modelos en que se fundamenta la discapacidad, y su influencia en la conceptualización.

Recursos Humanos

- ☒ 2 Facilitadores/as del proceso

Recursos Materiales

- ☒ Papelógrafos
- ☒ Marcadores
- ☒ Transparencias 12 a 44
- ☒ Anexos 4
- ☒ Lecturas de Apoyo 4 a 6

Tiempo Aproximado

- ☒ 3 horas

Paso 1

Sería ideal poder contar con una persona con discapacidad con dominio en la materia de los modelos de abordaje, para que dicte una conferencia magistral sobre este tema. Si no es posible, la persona que facilite realizará una exposición con base en la lectura de apoyo del presente manual y las transparencias 12 a 15.

..... Ideas Fuerza

- Los modelos de abordaje se encuentran en constante cambio y sus explicaciones pueden variar conforme a quien los explica, (caso de las transparencias que parte del enfoque de las personas con discapacidad y lectura de apoyo desde la perspectiva de los técnicos) por lo que la persona facilitadora deberá actualizarse y estudiar las diversas posiciones que se encuentran en la bibliografía relacionado con el tema.
- La lectura de apoyo no contiene el modelo tradicional anterior al biológico cuyos principios han sido el exterminio (caso de los miles de personas con discapacidad exterminadas en los campos de concentración nazi, las políticas estatales de eutanasia y de aborto por razones de discapacidad y la segregación)

- El movimiento de personas con discapacidad ha construido un nuevo modelo denominado de Derechos Humanos que surge de la filosofía y postulados establecidos en las Normas Uniformes de Naciones Unidas para la Equiparación de Oportunidades, la Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad y los documentos desarrollados por Naciones Unidas relacionados con los derechos humanos.
- Recuerde que los modelos no desaparecen del ámbito social coexisten y su supremacía depende de quien ejecute las acciones.

Paso 2

Organice a las personas participantes en cuatro o cinco grupos y reparta el anexo 4 titulado *Evolución histórica de los modelos en los que se fundamenta la discapacidad*.

Paso 3

Organice un panel con los relatores de cada grupo, para que expongan el resultado del trabajo.

Paso 4

Genere, mediante preguntas, una discusión sobre lo expuesto. Anote en un papelógrafo las conclusiones y luego léalas.

..... Ideas fuerza

- Es importante evidenciar la evolución histórica y la influencia de la discriminación en los enfoques de abordaje de la discapacidad.
- Recuerde que el modelo social responde a las acciones realizadas por el movimiento de personas con discapacidad en lo que se denomina *vida independiente*.
- Relacione los modelos con los avances en el reconocimiento, goce y disfrute de los derechos humanos de las personas con discapacidad.

Paso 5

Refiérase a la CIDDDM y a la CIF utilizando las transparencias número 16 a 22.

Paso 6

Pregunte al grupo: ¿Cuáles son las razones que provocaron el cambio de clasificación? ¿Qué criterios habrían sido tomados en cuenta para realizar el cambio? Utilice las transparencias 23 a 26.

..... Ideas fuerza

- Relacione las clasificaciones con los modelos. Recuerde que la CIDDDM está relacionada con el modelo biológico, y la CIF con el modelo Bio-Psicosocial.

- Los términos deficiencia, discapacidad y minusvalía se centran más en el entorno que en la persona.
- Los términos deficiencia, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación se dirigen a evaluar el entorno más que las personas.
- Insista en que la CIF no es una clasificación de personas.

Paso 7

Realice una exposición magistral sobre la base conceptual de la CIF, tomando en cuenta las lecturas de apoyo. Utilice las transparencias 27 a 34.

Paso 8

Explique los objetivos de la CIF y haga una relación con algunos ejemplos. Apoye su exposición en la transparencia 35.

Paso 9

Exponga la posición de las personas con discapacidad en relación con la CIF. Emplee para ello las transparencias 36 a 44.

..... **Ideas fuerza**

- Recuerde a las personas participantes que la *Convención Americana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad* establece la obligación de consulta a las personas con discapacidad.
- Indique que la participación de personas con discapacidad en el proceso de desarrollo, divulgación y utilización de la CIF responde al principio de autodeterminación.
- Insista en la importancia de que las personas con discapacidad estén evaluando constantemente la aplicación y utilización de la CIF.
- Recuerde que la CIF es una clasificación dinámica que está en constante evolución, y que la participación de las personas con discapacidad es fundamental para su monitoreo y mejora.

SESIÓN 4

ESTRUCTURA OPERACIONAL DE LA CIF

Objetivo

- ☒ Conocer la estructura operacional de la CIF

Recursos Humanos

- ☒ 2 Facilitadores/as del proceso y participantes

Recursos Materiales

- ☒ Papelógrafos
- ☒ Marcadores
- ☒ Transparencias 45 a 63
- ☒ Anexos 5, 6 y 7
- ☒ Lecturas de apoyo 7 a 10

Tiempo Aproximado

- ☒ 4 horas

Paso 1

Exponga lentamente el árbol estructural de la CIF, parte por parte. Comente primero el funcionamiento y discapacidad. Explique que este apartado se compone de dos partes: funciones y estructuras corporales, y actividades de participación.

Luego, señale que la otra parte la constituyen los factores contextuales, que abarcan los factores personales y los ambientales. Apoye su exposición en las transparencias 45 a 60.

..... Ideas fuerza

- Un ejemplo del componente de funcionamiento es el funcionamiento de las relaciones sociales formales.
- Un ejemplo de discapacidad es la discapacidad en funciones visuales.
- Ejemplos de utilización de los constructos son:

Persona con pérdida de memoria

Parte: 1. Funcionamiento y discapacidad
Componente: Funciones y estructuras corporales
Constructo: Cambio en funciones corporales y cambio en funciones mentales
Clasificador: Ligero

Persona que ha descuidado su cuidado personal, sin problema físico subyacente

Parte: 1. Funcionamiento y discapacidad
Componente: Actividades y participación
Construto: Desempeño/ realización
Clasificador: No hay dificultad

Persona con dificultad para llevar bolsas de compra

Parte: 1. Funcionamiento y discapacidad
Componente: Actividades y participación
Construto: Capacidad
Clasificador: Moderada

• Ejemplos de dominios

1) Ejemplo de dominios de funciones corporales:

Funciones mentales
Mentales globales
Mentales específicas

Funciones sensoriales y dolor

2) Ejemplo de dominios de estructura corporal:

Estructura del sistema nervioso:
Estructura del cerebro
Médula espinal y estructuras relacionadas
Estructuras de las meninges
Estructuras del sistema nervioso simpático
Estructuras del sistema nervioso parasimpático
Estructura del sistema nervioso, otra especificidad
Estructura del sistema nervioso, no especificada

3) Ejemplo de dominios de actividades y participación:

Movilidad
Cambiar y mantener la posición del cuerpo
Llevar, mover y usar objetos
Andar y moverse
Desplazarse utilizando medios de transporte

4) Ejemplo de dominios de factores ambientales:

Productos y tecnología
Productos y tecnología para consumo personal
Productos y tecnología para uso personal en la vida diaria
Productos y tecnología para la movilidad y el transporte
Productos y tecnología para la comunicación
Productos y tecnología para la educación
Productos y tecnología para el empleo

- Ejemplos categorías dentro del dominio

- 1) **Ejemplo de funciones mentales:**
Funciones de la conciencia
Nivel de conciencia
- 2) **Ejemplo de estructuras del sistema nervioso**
Estructura del cerebro
Estructura de los lóbulos corticales
- 3) **Ejemplo de cómo cambiar y mantener la posición del cuerpo**
Cambiar las posturas corporales básicas
Tumbarse
- 4) **Ejemplo de productos y tecnología**
Productos y sustancias para el consumo personal
Comida

- Ejemplos de los niveles

Funciones mentales (primer nivel)

Funciones de la conciencia (segundo nivel)

Nivel de Conciencia (tercer nivel) continuidad de conciencia

Funciones de la orientación (segundo nivel)

Orientación respecto a la persona (tercer nivel)

Orientación respecto a uno mismo (cuarto nivel)

Orientación respecto a los demás (cuarto nivel)

Paso 2

Entregue el anexo 5 sobre la situación de Flora. En conjunto con los participantes, utilice la CIF. Apoye su exposición con las transparencias 61 a 63.

Paso 3

Divida a las personas participantes en cinco grupos y entregue la CIF y el anexo 6 de situaciones, para que, utilizando la CIF, realice la clasificación

Paso 4

Reúna al grupo en plenario y solicite a las personas relatoras de cada grupo que expongan el caso asignado. Abra un período de preguntas y respuestas.

Paso 5

Solicite a las personas participantes que regresen a los grupos. Entregue la solución de los casos del anexo 7, para que la comparen con lo resuelto por el grupo.

Paso 6

Solicite a un representante del grupo que exponga los resultados de lo discutido en grupo.

Paso 7

Explique los calificadores de la CIF, utilizando la lectura de apoyo 10.

SESIÓN 5

APLICABILIDAD DE LA CIF

Objetivo

- ☒ Conocer la utilidad de la CIF

Recursos Humanos

- ☒ Facilitadores/as del proceso y participantes

Recursos Materiales

- ☒ Papelógrafos
- ☒ Marcadores
- ☒ Lecturas de apoyo 11
- ☒ Transparencia 64

Tiempo Aproximado

- ☒ 1 horas

Paso 1

Divida a las personas participantes en cinco grupos. Solicíteles que respondan las siguientes preguntas, y que nombren un relator para que exponga los resultados de la discusión.

1. ¿Qué utilidad tiene la CIF para la sociedad en la que viven?
2. ¿Cómo usaría la CIF en el lugar donde trabajan?

Paso 2

En plenario, solicite a las personas relatoras que respondan a las preguntas dadas.

Paso 3

Abra un período de opiniones sobre la utilidad de la CIF y las metas que persigue. Utilice la transparencia 64 para explicar las metas y completar el trabajo.

Paso 4

Cierre la sesión haciendo un repaso de todos los temas discutidos sobre la CIF.

ANEXOS

ANEXO 1

GUÍA DE EVALUACIÓN DEL TALLER

FECHA _____

1. SEXO

Femenino ____

Masculino ____

2. En cuanto a los contenidos del taller, ¿cree usted que fueron claros?

3. ¿El método utilizado en el taller fue el adecuado?

4. Por favor, explique cuáles contenidos sería importante profundizar o focalizar.

5. En la siguiente lista, se valora el desempeño de los facilitadores y las facilitadoras del Taller de Capacitación. De acuerdo con su opinión, responda si los enunciados siguientes son FALSOS O VERDADEROS.

	F	V
1. Los facilitadores manejan adecuadamente los temas.		
2. Los facilitadores exponen los temas demasiado rápido.		
3. Hubo excesiva información en unas sesiones y demasiado poca en otras.		
4. Los facilitadores plantearon muchas preguntas, pero no se refirieron a las respuestas para facilitar su análisis o discusión.		
5. Los facilitadores fomentaron entre los participantes el intercambio de opiniones e inquietudes.		
6. El tiempo estimado para la capacitación fue el adecuado.		
7. Los facilitadores propiciaron el debate en un clima de respeto.		

6. ¿Se cumplieron los objetivos y las expectativas que se tenían con respecto al taller?

7. Comentarios y sugerencias sobre el taller:

ANEXO 2

GUÍA DE EVALUACIÓN DEL EQUIPO

1. Cumplimiento de objetivos
2. Cumplimiento de tareas
3. Desarrollo de las sesiones
4. Cumplimiento de horarios
5. Resultado de la metodología
6. Nivel de motivación y participación de los participantes
7. Otros

ANEXO 3

FANTASÍA DIRIGIDA

Usted se ha levantado muy temprano. Hoy tiene la primera cita con el médico... idespues de la salida del hospital!

Se dirige al baño, se desviste y entra en la ducha. Abre la ducha. El agua está muy fría. Mete su cuerpo en el agua y lo restriega bien. Se está bañando sentada, hasta que se encuentre más fuerte y pueda hacerlo de pie. Poco a poco seca su cuerpo. Había alistado su ropa temprano en la mañana. Desea lucir lo mejor posible. Se le dificulta ponerse los pantalones y termina un poco sudada. Aunque le cueste y dure un poco más de tiempo, usted desea hacerlo sola, como antes del accidente. Luego de batallar con los pantalones, se pone la faja y, por último, los zapatos. Se mira al espejo y se peina.

Su hermano se ofreció a ir con usted al médico. En cuanto la ve, no permite que usted se esfuerce. Aunque usted puede caminar con alguna dificultad, él la sostiene con mucha fuerza, pues teme que usted no pueda sostenerse de pie. Todos en la casa están pendientes de cómo se siente usted y qué desea. Eso la cansa un poco, pero usted trata de entenderlos.

Sentada en el automóvil, para dirigirse al hospital, usted recuerda lo independiente que era, y ahora ve a todos sus familiares pendientes de cómo se siente y lo que desea.

Ya en el hospital, se dirigen a donde la secretaria del doctor. Su hermano da su nombre y la hora de la cita. La secretaria le entrega a él un documento y le ruega que lo complete con la información requerida.

Su hermano llena el documento, para lo cual le hace a usted algunas preguntas. Usted puede escribir, pero deja que su hermano llene el documento. Él se lo entrega a la secretaria, quien le agradece y le indica que dentro de un rato los atenderá el doctor.

Durante la espera, algunas personas le preguntan a su hermano por qué usted está allí, y él les explica su condición médica.

Luego de un rato, la secretaria los hace pasar. El médico le pregunta a su hermano cómo se ha sentido usted y si ha tenido dolores. Él le responde que usted ha estado mucho mejor, que ahora puede realizar acciones que antes se le dificultaban. Él médico le pide que la ayude a subirse a la camilla para

Manual para Conocer la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud

examinarla. Con ayuda de su hermano, usted sube a la camilla y el médico la revisa. El doctor siempre le habla a su hermano. Al terminar la revisión, el médico apunta una serie de datos en una hoja y hace algunas preguntas a su hermano, las cuales él responde. Usted se siente invisible, pues no pudo plantearle al médico varias dudas que tenía ni contarle cómo se sentía. Cuando usted se da cuenta, el doctor ya se había despedido y le da unas indicaciones a su hermano sobre algunos ejercicios que usted debe realizar en su casa. Su hermano las anota. Usted trata de preguntar algo sobre los ejercicios, pero el médico le dice que todo está bien indicado en un documento que le entregó a su hermano.

De vuelta a su hogar, su madre le pregunta: ¿Cómo le fue?

Abra lentamente los ojos.

ANEXO 4

Divida al grupo en 5 subgrupos y entregue la Lectura de Apoyo 3. Cada grupo asígnele un modelo de la siguiente manera:

GRUPO 1 : MODELO BIOLÓGICO

GRUPO 2 : MODELO SOCIAL

GRUPO 3 : MODELO SOCIAL RENOVADOR

GRUPO 4 : MODELO UNIVERSAL

GRUPO 5 : MODELO BIO-PSICOSOCIAL

Pídale a los grupos que determinen cuales son las ventajas y las desventajas del modelo asignado.

ANEXO 5

Flora es Afásica

Flora describe su experiencia diaria a continuación:

- ♦ Ella tiene dificultad para caminar y no puede tomar el bus porque los buses no son accesibles y usualmente no puede tener una persona que la acompañe.
- ♦ Está frustrada y no es capaz de hablar claramente, y lo más importante, tampoco puede leer y escribir. Ella era reportera internacional antes de sufrir el accidente.
- ♦ Escribía poesía y la enviaba a sus colegas que trabajan con ella en la lucha por la liberación de su país, pero parece que ellos han comenzado a ignorarla.
- ♦ Si tuviera una persona que le ayudara a escribir o un computador que ella pudiera usar, sería capaz de escribir otra vez.
- ♦ Está recibiendo tratamiento de fonoaudiología dos veces por semana

Caso Flora

Condiciones de Salud	Aspectos Inherentes a la persona	Aspectos que tienen que ver con la persona	Interacción entre personas y el entorno	Centro de Intervención
Afasia No habla No lee No escribe Dificultad para caminar.	▪ No tiene acompañante. ▪ Frustración ▪ Reportera Internacional. ▪ Escribía poesía.	Trabajaba en la liberación de su país.	No puede tomar el autobús (no accesible). Persona de apoyo y computador.	Recibe tratamiento de fonoaudiología dos veces por semana.

.....

SITUACIONES PARA RESOLVER

Víctor, el niño de Paraíso

Víctor es un niño de 5 años y medio. Vive en Paraíso con su madre y dos hermanos mayores. Su madre trabaja en una tienda de su comunidad. Por lo tanto, mientras ella trabaja él permanece con sus abuelos, que viven cerca. Su padre falleció por un accidente cuando su mamá estaba embarazada de él.

Desde recién nacido, Víctor casi no movía sus piernas. No tenía tono muscular en la parte inferior del cuerpo, y tardó bastante tiempo en voltear el cuerpo mientras estaba dormido. No pudo sentarse hasta que tuvo un poco más de un año de edad. Sin embargo, no tenía problema en la parte superior del cuerpo. Cuando lo cargaban, el cuello estaba firme desde una etapa temprana. Pero, desde la edad de un año y medio, por el contrario, empezó a poner una fuerza excesiva en la parte inferior del cuerpo, por lo que, cuando lo sostenían, podía estar de pie, pero tendía a estar parado de puntas de pie.

Al caminar, cruzaba fácilmente las piernas. Por lo tanto, aunque alguien lo sostenía, la forma de caminar era bastante inestable. Hasta hace poco tiempo, apenas podía caminar unos pasos. No tiene problemas en las manos. Su inteligencia y la capacidad del lenguaje son normales. No presenta problemas en las actividades de vida cotidiana (AVC) ni en los juegos en los que usa las manos.

Normalmente, en casa Víctor se traslada de un lugar al otro, gateando en piso, empleando las fuerzas de brazos o caminando, pero apoyándose en los muebles para no caer, si la distancia es corta. En cuanto a la escalera, tarda mucho pero puede subirla con las fuerzas de brazos. Puede manejar por su propia cuenta la silla de ruedas fuera de la casa para trasladarse, pero no la usa en el interior de la casa. Puede llegar al baño con su propia fuerza, por lo que durante el día hace excreciones en el baño y por la noche usa pañales. En cuanto al aseo, con la ayuda de la madre utiliza la ducha.

Víctor va diariamente al centro de rehabilitación. Los abuelos no tienen automóvil, así que deben llevarlo en autobús, lo cual constituye una tarea difícil. Por esa razón, Víctor falta a menudo al centro. Él quiere tener amigos, lo cual se le dificulta porque va al centro pocas veces.

Recientemente, en el centro de rehabilitación Víctor probó el uso de andadera con ruedas, y se supo que podía caminar bastante bien en el interior del

Manual para Conocer la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud

edificio. El tema que preocupa más al equipo de rehabilitación del centro en este momento es el relativo a la escuela; Víctor entrará a la primaria el próximo año, pero, ¿contará la escuela con la accesibilidad necesaria para que Víctor pueda movilizarse con libertad? Aunque en la escuela se permite usar la silla de ruedas, la estructura física del edificio limita el uso. No obstante, esta escuela es la que está más cerca de la casa, y además sus hermanos también asisten a ella, por lo que Víctor y sus familiares desean optar por esta institución.

Laura, la maestra de escuela

Laura es una mujer de unos 40 años y vive en San Rafael, un suburbio de la capital. Es soltera y no tiene hijos. Es maestra de escuela, y desde que salió de la universidad ha trabajado durante más de 20 años como maestra de la escuela primaria. Iba en carro al lugar de trabajo. Vive sola en una casa de un nivel que tiene jardín. A Laura le gusta pasar su tiempo libre en el jardín y conversar con los vecinos. Sus padres viven a tres horas de su casa, por lo que no tiene muchas oportunidades de verlos.

Hace cuatro meses Laura tuvo un accidente grave que le lastimó la cadera, y ahora se encuentra hospitalizada para recibir la rehabilitación. Está con paraplejía. No puede mover las extremidades inferiores ni tiene sensación en la parte inferior del cuerpo, incluyendo la región inferior abdominal. No obstante, gracias a la rehabilitación logró moverse manejando la silla de ruedas con su propia fuerza. Puede trasladarse sola de la cama a la silla de ruedas y puede vestirse sin ayuda. Recibió ya el entrenamiento de las actividades de vida diaria (AVD) y de la cocina sencilla.

Tiene dificultad para orinar. En la rehabilitación le enseñaron que debe tomar mucha agua e ir periódicamente al baño, y que debe orinar apretando la parte inferior abdominal. Estas recomendaciones le sirvieron para evitar que este trastorno se convirtiera en un grave problema. Pero recientemente ha tenido varios días de alta temperatura, por tomar poco agua, lo que le provocó fiebre al enfermarse de cistitis.

La preocupación más grande que tiene actualmente se refiere a su vida al regreso a la casa. El equipo de rehabilitación le explicó que ella podría llevar sola una vida dentro de la casa. Laura piensa poder realizar las actividades de vida diaria (AVD) básicas y la cocina sencilla dentro de todas las tareas domésticas, pero comenta que todavía no ha recibido el entrenamiento sobre la limpieza de casa y el lavado de la ropa. Además, antes le gustaba mucho invitar a los amigos (compañeros de la escuela) y a los vecinos para comer en el jardín, para lo cual preparaba unos guisos bastante complicados. Mientras está en el hospital, Laura desea recibir un entrenamiento para satisfacer estas necesidades.

Otro problema importante es salir de casa. En cuanto a las compras, antes las hacía en el camino del trabajo, ya que manejaba el coche. Pero ahora deberá ir

de compras de artículos de consumo diario por lo menos dos veces a la semana. Le queda lejos el supermercado, lo cual hace imposible ir en silla de ruedas. Por otra parte, ella iba a la iglesia cada semana. Para ella es un placer ir a la iglesia y ver a sus amigos. Pero ahora que hay obstáculos, como escalones en el camino entre la casa y la iglesia, le resultó difícil asistir. De todos modos, ya que tiene carro, desea recibir un entrenamiento de manejo de carro, instalando un dispositivo especial en él que le permita manejarlo sólo con dos manos, y así poder ir a cualquier lugar.

Además del título de maestra, Laura tiene el de bibliotecaria. Por ello, una amiga le dice a Laura que, si logra manejar carro, a lo mejor podría trabajar tiempo parcial como bibliotecaria en la biblioteca de la ciudad vecina. Laura piensa que quizá podría impartir en su propia casa clases particulares para los alumnos de primaria.

El problema es que el departamento de rehabilitación donde Laura está recibiendo la rehabilitación, en este momento no tiene una persona que pueda dar instrucción del manejo de carro sólo con las manos. El trabajador social indica que conoce a una persona que tuvo lesión de médula espinal y después recibió la rehabilitación en ese hospital, y que ahora lleva una vida en silla de ruedas, maneja coche y realiza una vida independiente; él podría preguntarle si puede venir voluntariamente para enseñarle a manejar el carro.

Mireya, la futbolista

Mireya tiene 22 años y vive en la capital: Nació con una amputación de su pierna derecha y, desde que tenía un año y tres meses, utiliza una prótesis de articulación arriba de la cadera.

Desde muy pequeña recibió rehabilitación para caminar, lo cual logró a la perfección en sus primeros años de vida. Esto le permitió participar en múltiples actividades: corría, se subía a los árboles y jugaba fútbol. Este deporte se convirtió en su pasión. Empezó jugando con sus compañeras y compañeros de la escuela, y luego pasó a la liga femenina de su colegio. Ella jugaba de defensa. Mostraba orgullosamente su prótesis, la cual le servía para tapar en muchas ocasiones la pelota y evitar que le hicieran un gol a su equipo.

Al graduarse del Colegio, Mireya ingresa en la universidad. Enfrenta cierta dificultad para caminar las distancias de una clase a la otra, a pesar de tener una buena contextura física. Algunas de las aulas se encontraban en cuartos o quintos pisos, circunstancia que le dificultaba ingresar en ellas. A pesar de ello, Mireya hacía el esfuerzo de asistir a las clases y departía socialmente con sus amigos. Salía los fines de semana con un grupo de compañeros y bailaba, aunque alguna que otra persona se le quedaba viendo y sonreía. En algunas ocasiones quebró su prótesis, debido a las actividades que realizaba. Los

técnicos recomendaron una prótesis más fuerte; era muy pesada, pero le permitía llevar a cabo las actividades que ella deseaba.

Como su pasión era el fútbol, decidió participar en el equipo de la universidad, pero fue rechazada por el entrenador al darse cuenta de que usaba una prótesis, sin ni siquiera conocer sus capacidades. Esto deprimió a Mireya, por lo que empezó a aislarse y no quería participar en las actividades como lo hacía antes. Comenzó a engordar, y el aumento de libras tuvo un impacto en sus actividades: le costaba mucho más caminar y subir escaleras, la prótesis la lastimaba y se le hacían llagas. Empezó a descuidar su aspecto físico.

Por recomendación de una amiga, decide acudir al centro psicológico de la universidad.

Andrés, el músico

Andrés vive en una zona rural, a cinco horas de la capital. Tiene 17 años y asiste al centro educativo más cercano a su casa.

Él ha empezado a notar que sufre cambios de temperamento. Se vuelve agresivo e intolerante con los miembros de su familia y le gusta aislarse. Cuando no quiere comunicarse, se encierra en su habitación y no desea hablar con nadie. Le da una pereza terrible asistir al centro educativo, y pasa horas oyendo música o tocando la guitarra.

Le gusta pensar que es un gran compositor de música y soñar en los recitales que ofrece en la capital. Cuando lo domina este estado de ánimo, no le apetece nada. Come poco, habla poco, duerme mucho y le fascina estar aislado.

Su familia se preocupa y sus padres están constantemente preguntándole qué le pasa. Esto lo pone de muy mal genio y, en muchas ocasiones, responde en forma violenta.

En otras ocasiones, su estado de ánimo cambia y se pasa haciendo cosas en la casa. Lo que más le agrada cuando está en ese estado de ánimo es salir a comprar música en el abastecedor del pueblo y ponerla con mucho volumen en su casa, y a veces baila hasta agotarse.

En el colegio lo conocen como Andrés el músico. La gente no acostumbra relacionarse con él porque lo considera extraño, y él sabe que muchos hablan por detrás acerca de sus comportamientos.

Sus padres creen que su agresividad y aislamiento es parte de la adolescencia. Han leído un poco al respecto y eso los ha tranquilizado.

Andrés es feliz cuando compra música, la pone a todo volumen y baila en su cuarto; y se entristece mucho cuando está agresivo y se aísla. A él le gustaría ser más sociable y tener mejor genio para llevarse bien con su familia y amigos. Cuando está muy ansioso, acude a la orientadora del centro educativo, quien lo remite a un especialista. Le diagnosticaron una depresión bipolar, lo que usualmente se conoce como trastorno maniaco-depresivo.

ANEXO 7

SITUACIONES CODIFICADAS

Conforme a l situación que le correspondió a cada grupo verifiquen la codificación adjunta con el trabajo realizado con anterioridad en el anexo 6.

GRUPO 1

Víctor el niño de Paraíso

CODIFICACION

FUNCIONES CORPORALES

B770

ESTRUCTURAS CORPORALES

S110

ACTIVIDADES Y PARTICIPACION

D450

D465

D470

D750

D7504

FACTORES AMBIENTALES

E150

E320

GRUPO 2

Laura la maestra de la Escuela

CODIFICACION

FUNCIONES CORPORALES

B620

B735

B7303

B770

ESTRUCTURAS CORPORALES

S6102

S76002

ACTIVIDADES Y PARTICIPACION

D210

D460

D465

D4702

D475

D620

D640

D830

D930

FACTORES AMBIENTALES

E1500

GRUPO 3

Mireya la futbolista

CODIFICACION

FUNCIONES CORPORALES

B152

B789

ESTRUCTURAS CORPORALES

S7500

S7501

ACTIVIDADES Y PARTICIPACION

D4500

D4551

D5200

D5701

D9201

FACTORES AMBIENTALES

E1500

E320

E460

E465

GRUPO 4

Andrés el músico.

CODIFICACION

FUNCIONES CORPORALES

B1340

B1520

B1521

B1522

B3300

ESTRUCTURA CORPORALES

S110

ACTIVIDADES Y PARTICIPACION

D350

D660

D730

D740

D750

D760

FACTORES AMBIENTALES

E320

E410

E420

E460

LECTURAS DE APOYO

LECTURA DE APOYO

1

El ser humano evoluciona en una dinámica de adquisición de capacidades y habilidades, la cual lleva también implícita una pérdida de capacidades y habilidades. Podemos así decir que la discapacidad es tan inherente al ser humano como la capacidad. Se entiende así que la CIF no versa únicamente sobre las personas con discapacidades, sino que trata de ser una clasificación válida para todas las personas. La salud y los estados relacionados con la salud asociados a cualquier condición de esta pueden ser descritos utilizando la CIF lo que hace de esta clasificación un instrumento de aplicación universal.

De todo lo expuesto podemos deducir que la discapacidad no debe ser vista como un fenómeno estático sino como algo dinámico y relativo y que por lo tanto ha de referirse a un tiempo y a unas circunstancias concretas. Así por ejemplo, una insuficiencia renal crónica, con intervención y trasplante puede situar a la persona ante una vida ordinaria normal. De la misma manera que una prótesis auditiva puede permitir el normal desenvolvimiento profesional de la persona, previamente afectada de un problema auditivo.

Desde la perspectiva de la aplicación práctica de la CIF esta visión se expresa, por ejemplo, a través de la interacción dinámica entre los estados de salud y los factores contextuales.

En el modelo de discapacidad promovido por la CIF, la discapacidad es parte o expresión de un determinado estado de salud pero no indica que el individuo deba ser considerado como un enfermo. Por lo tanto se amplía el ámbito de la clasificación para que se puedan describir también aspectos positivos de la persona. Desde esta perspectiva la CIF permite ver en una misma persona, no solo una discapacidad que limita algunas de sus posibilidades, sino también las cualidades y capacidades que posee. Por lo tanto es importante recalcar que la CIF no es una clasificación de personas sino una clasificación de las características del funcionamiento humano, lo que hace que los individuos no sean reducidos o caracterizados sobre la base de sus deficiencias limitaciones o restricciones.

La visión positiva de las personas con discapacidad que la CIF aporta se ve también reflejada en la aplicación de un lenguaje positivo, lo cual se consigue evitando en la medida de lo posible toda referencia a la persona en términos de discapacidad y eliminando conceptos y términos de menosprecio, estigmatización o que posean connotaciones inapropiadas.

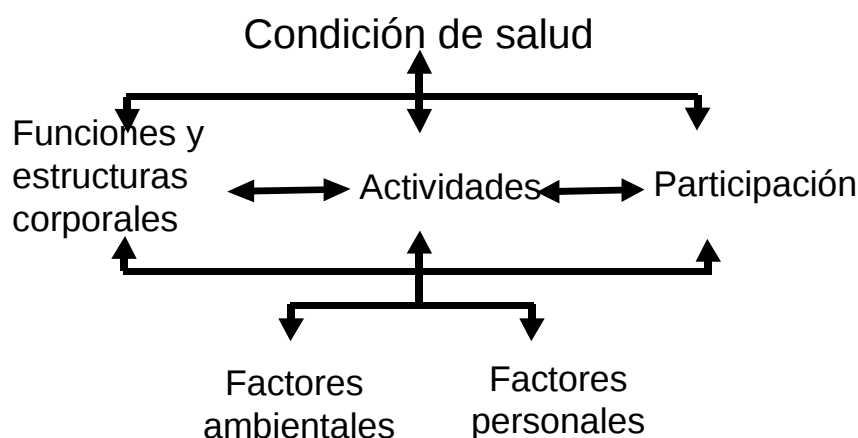
Sin embargo, el problema no es solo de lenguaje sino también de luchar contra las actitudes negativas de las personas y la sociedad en relación con la discapacidad.

Manual para Conocer la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud

La CIF pretende reflejar, la situación real del funcionamiento humano en la que el “funcionamiento” y la “discapacidad” son vistos como consecuencia de la interacción entre la “condición de salud” de la persona y su entorno físico y social. En este ámbito se entiende por “condición de salud” toda alteración o atributo del estado de salud de un individuo que puede generar dolor, sufrimiento o interferencia con las actividades diarias, o que puede llevar a contactar con servicios de salud o con servicios comunitarios/sociales de ayuda.

Dichas condiciones pueden ser enfermedades, trastornos, lesiones, traumas, o incluso reflejar otros estados relacionados con la salud tales como el embarazo o la edad, estas interacciones se pueden observar en el diagrama de abajo.

Modelo CIF (OMS, 2001)



De acuerdo con ese diagrama, el funcionamiento de un individuo en un dominio específico se entiende como una relación compleja o interacción entre la condición de salud y los Factores Contextuales (factores ambientales y personales). Existe una interacción dinámica entre estos elementos: las intervenciones en un elemento tienen el potencial de modificar uno o más de los otros elementos. Estas interacciones son específicas y no siempre se dan en una relación recíproca predecible. La interacción funciona en ambas direcciones, así la presencia de la discapacidad puede incluso modificar a la propia condición de salud.

➤ 3 niveles del Funcionamiento

(1) Participación

Se refiere a la participación o desempeño de algún papel en los acontecimientos en el nivel social. Por ejemplo, cumplimiento del papel como padre, madre, hijo(a), pariente, amigo(a), o como integrante de diversos tipos de organización, así como otro tipo de participación social.

La “restricción en la participación” se refiere al estado en el que surge algún problema de “participación”.

(2) Actividades

Se refiere a las diversas acciones necesarias para la vida de un ser humano. Es un conjunto de acciones que tienen sus objetivos prácticos; desde las AVD como caminar (por ejemplo, desplazarse de la sala al cuarto de baño), asearse (lavarse los dientes o la cara, peinarse, etc.), cambiarse de ropa (tomar la ropa y ponérsela), hasta los quehaceres domésticos, inclusive el aprovechamiento del tiempo libre. La “limitación en la actividad” se refiere al estado en el que surge algún problema para llevar a cabo una “actividad”.

(3) Funciones y estructuras corporales

Se refiere a las funciones tanto físicas como mentales. Cuando surge algún problema en ellas, se observa un estado de, por ejemplo, parálisis en las extremidades superiores o inferiores, decadencia muscular, contractura articular (deficiencia funcional), o amputación parcial en las extremidades (deficiencia estructural), etc.

El estado en el que surgió un problema en las “funciones y estructuras corporales” es la “deficiencia funcional”.

El estado en el que surgió un problema en las “estructuras corporales” es la “deficiencia estructural”.

➤ *Distintos factores que influyen en el “funcionamiento”*

(1) Condición de salud

Es un extenso concepto que comprende todos los factores que influyen en la vida humana, tanto las enfermedades y lesiones como la ancianidad, el embarazo, el estrés, etc.

Se procura identificar no sólo la enfermedad que haya sido la causa directa de una deficiencia cinética, como es el caso de la apoplejía cerebral o fractura, sino también el estado de salud que haya ocasionado la **deficiencia** (dificultad o desventaja en la vida). Para la prognosis o previsión del mejoramiento del **funcionamiento**, será importante determinar la **condición de salud** que permitió la presencia de la causa, así como el momento de su manifestación, en vez de atribuirle simplemente a la edad.

(2) Factores ambientales

Tomando en cuenta la enorme influencia que tanto las características corporales de cada persona como el ambiente podrían ejercer en la manifestación de la discapacidad, se agregó la clasificación de los factores ambientales a la CIF. El ambiente aquí referido es sumamente extenso, abarcando desde los **factores físicos** como los equipos de apoyo, edificios, medios de transporte, los **factores humanos** como los familiares y asistentes a la persona, hasta los factores sociales como la conciencia y actitud de la sociedad, el sistema legislativo, la administración pública y distintos tipos de servicios (medicina, asistencia pública, educación, etc.).

También la calidad del programa de rehabilitación constituye un importante “factor ambiental” para los/as usuarios/as.

(3) Factores personales

Son atributos de cada persona como el sexo, la edad, la raza, el estilo de vida, los valores, entre otros.

LECTURA DE APOYO 2

PRINCIPIOS QUE RIGEN EL TRABAJO CON LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD

Rodrigo Jiménez Sandoval

Un valor es un juicio que los seres humanos emiten para representar lo que significan las cosas. Su valoración dependerá de lo necesario que sean para las personas. No son homogéneos para todos los individuos, ya que son el resultado de la voluntad humana, de su libre arbitrio para juzgar.

El juicio se verá influido por creencias, actitudes, comportamientos, dogmas, etc., que experimentan las sociedades, comunidades o las personas en forma individual.

En el ámbito moral, un valor es verdadero en función de su capacidad para hacer más humanos a las mujeres y a los hombres.

Por medio de la construcción del derecho internacional de los derechos humanos, la comunidad internacional ha establecido una serie de valores universales y deseables, que buscan regir el comportamiento humano. Se trata de aquellos valores que se fundamentan en la dignidad propia de los seres humanos, sin admitir relativismos como circunstancias de sexo, edad, etnia, preferencia sexual, discapacidad, etc. Estos valores están dirigidos a mejorar la supervivencia de la humanidad ayudando a conseguir la armonía, solidaridad, paz e igualdad a los que se aspira.

De los valores se derivan los principios, que en sentido ético son aquellos juicios prácticos que surgen inmediatamente de la aceptación de un valor. Por ejemplo, del valor vida humana se origina el principio de respeto a todo ser humano, del cual se deriva la igualdad, la no discriminación, la justicia, etc.

En relación con las personas con discapacidad, la práctica cultural ha establecido la desigualdad y la violencia como los ejes comunes para interactuar. Así, son frecuentes la sobreprotección, descalificación, lástima, irrespeto, etc., al interactuar con la población con discapacidad.

Es necesario replantear en la sociedad los principios que deben regir las relaciones que se establezcan con la población con discapacidad.

Los instrumentos jurídicos de protección de los derechos humanos de las personas con discapacidad, tratados internacionales² y legislación interna, así lo han comprendido, y han instaurado una serie de principios que rigen la aplicación e interpretación de estos instrumentos legales, los cuales, dependiendo del caso, están sobre la *Constitución política*, sobre la ley general,

² Normas uniformes de Naciones Unidas para la equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad y la Convención americana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad.

Manual para Conocer la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud

o en un nivel de igualdad respecto a la ley. Esto implica, en el caso en que estos principios se encuentren reconocidos en instrumentos jurídicos, que tendrán obligatoriedad y coerción en caso de incumplimiento.

Algunos de estos principios son:

No discriminación

Se refiere a la eliminación de toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo, edad, preferencia sexual, discapacidad, religión, etc., que tenga por objeto o resultado el menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos humanos y las libertades fundamentales.

La discriminación se configura en dos situaciones: a) Tratar diferente a lo que es igual; como en el caso de dos personas que optan al mismo puesto con igualdad de atestados pero una es descalificada por su discapacidad. b) Tratar igual a lo que es diferente; por ejemplo cuando no se realizan adecuaciones curriculares a alguien que lo requiera.

La población con discapacidad se encuentra en toda la diversidad humana, sin importar clase social, etnia, edad, sexo, preferencia sexual, religión, condición política, etc. En cualquiera de estos grupos estarán presentes las personas con discapacidad. Esta gama de grupos poblacionales implica la necesidad de valorar todas las percepciones desde los diversos puntos de vista.

La *Convención americana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad* establece en su artículo 1, inciso 2, el principio de no discriminación, de la siguiente forma:

El término discriminación contra las personas con discapacidad significa toda distinción, exclusión o restricción basada en una discapacidad, antecedente de discapacidad, consecuencia de discapacidad anterior o percepción de una discapacidad presente o pasada, que tenga el efecto o propósito de impedir o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por parte de las personas con discapacidad, de sus derechos humanos y libertades fundamentales.

Esta definición requiere un análisis minucioso. Como primer aspecto, las circunstancias que pueden configurar una discriminación son distinguir, excluir o restringir: a) Se distingue cuando las personas están en igualdad de condiciones pero se distinguen y se discrimina, como en el caso de las segregaciones hospitalarias; b) Se excluye cuando no se permite su participación, como ocurre con la ausencia de un intérprete de lenguaje de señas; c) Se restringe, por ejemplo, cuando no carece de una rampa para el acceso a un edificio.

Otro aspecto interesante es el sujeto del derecho. La Convención parte de una definición social de la discapacidad: los sujetos pueden ser las personas con una discapacidad, aquellas personas que se perciben con una discapacidad, y las que tienen una discapacidad temporal o antecedente. Introducir en la definición el

Manual para Conocer la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud

elemento social es fundamental, pues evidencia que la discriminación es una construcción social que puede revertirse contra cualquier ser humano, basada en creencias y prácticas sociales establecidas por las relaciones de poder.

Hablar de propósito o resultado es otro aspecto esencial de la definición. El propósito implica la intencionalidad de discriminar, como en el caso de no contratar a personas con discapacidad, y el resultado se refiere a aquellos actos u omisiones supuestamente neutras que tienen efectos discriminatorios, como la entrega de información no accesible para la población ciega.

Por último, cuando la definición hace referencia a los derechos humanos y libertades fundamentales, debemos estar conscientes de que el goce de estos se da tanto en la esfera pública de los servicios sociales y vida en comunidad, como en la privada, en el ámbito familiar, donde se presentan muchas de las acciones y omisiones discriminatorias.

Acciones afirmativas o medidas correctivas

En el inciso 2 b del artículo 1, la *Convención americana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad* establece las medidas correctivas:

No constituye discriminación la distinción o preferencia adoptada por un Estado parte a fin de promover la integración social o el desarrollo personal de las personas con discapacidad, siempre que la distinción o preferencia no limite en sí misma el derecho a la igualdad de las personas con discapacidad y que los individuos con discapacidad no se vean obligados a aceptar tal distinción o preferencia...

En este artículo, se establecen las medidas que buscan corregir las distorsiones sociales establecidas por las relaciones de poder en una sociedad, que no permiten la participación en condiciones de igualdad de todos los seres humanos. Estas medidas correctivas son de dos modalidades: aquellas que eliminan privilegios, como es el caso de las cuotas políticas, educativas, laborales, etc., que se establecen como mínimos y son de carácter temporal, y las medidas que incluyen incentivos para corregir las desigualdades, como en el caso de las ventajas fiscales.

Para el caso de la población con discapacidad, si bien es cierto se establecen en la Convención, se han utilizado muy tímidamente en el ámbito educativo y laboral. Se requiere una mayor divulgación de estas medidas, para que se pongan en práctica en las áreas donde las personas con discapacidad sufren mayormente la discriminación.

Diversidad

Todos somos igualmente diferentes. Este principio pretende romper los paradigmas tradicionales de ser humano o, en este caso, de persona con discapacidad. Socialmente, se ha visto a la población con discapacidad como aquella que es usuaria de una silla de ruedas, y se invisibiliza a los otros grupos sociales que componen esta comunidad. Esto ha traído como consecuencia que sus intereses, deseos y derechos no sean tan evidentes y que, en muchos casos, sean ignorados.

El principio de la diversidad busca que sean evidentes las diferencias de los seres humanos según su edad, género, etnia, religión, condición económica, situación geográfica, discapacidad, etc. Así se reconocerán los intereses y percepciones de esta diversidad humana y se le dará una igual importancia a sus visiones.

La población con discapacidad se encuentra en la diversidad social, y esta es propia de su naturaleza. Negarla sería ignorar uno de los grupos sociales que la componen.

Igualdad de oportunidades

La igualdad es un término que se ha venido construyendo socialmente. Primero
Manual para Conocer la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud

se pensó que con el hecho de establecer la igualdad en lo formal era suficiente. Las constituciones políticas, los tratados internacionales y las leyes así lo establecen, y crean una ficción que en muchas ocasiones aleja a las personas de la realidad y las hace creer que verdaderamente gozan de una igualdad. Pero eso no es cierto, pues, cuando se pasa de lo formal a lo real, nos damos cuenta de que se dista mucho de un verdadero goce de la igualdad.

Las leyes establecen la igualdad en el acceso a la educación. Pero, en la práctica, las condiciones económicas, culturales, políticas y sociales generan desigualdades para el acceso educativo de todos los seres humanos. Algunos Estados, conscientes de ello, han establecido programa de comedores en los centros educativos, becas, transporte gratuito, etc., para asegurar la igualdad real en el acceso educativo. Sin embargo, al analizar casos concretos, nos encontramos con poblaciones con formas diferentes de aprender o con requerimientos especiales; un ejemplo de ello es la población ciega, que requerirá, para acceder a la educación, de material tiflotécnico, y la ausencia de este implica una desigualdad educativa. Por ello, la igualdad de oportunidades debe ir a la par de la equidad en el caso concreto.

La lucha por esta igualdad de oportunidades ha llevado a muchos a pensar que se debe dar un paso más allá de las oportunidades, hacia la igualdad de resultados. En este sentido, se pone el énfasis en la importancia de monitorear si en los resultados se está logrando esa igualdad de oportunidades.

Este principio se encuentra en diversos instrumentos de protección de los derechos humanos, tales como: la *Declaración universal de derechos humanos*, el *Pacto de derechos civiles y políticos*, el *Pacto de derechos económicos, sociales y culturales*, la *Convención americana de derechos humanos*, el *Pacto de San Salvador* y otros, así como en todos los instrumentos internacionales de protección de los derechos humanos de las personas con discapacidad.

No violencia

Este principio busca la prevención, detección, sanción y erradicación de la violencia, con el fin de asegurar el desarrollo individual y social de las personas con discapacidad y su plena participación en todas las esferas de la vida.

La violencia se siente igual que la discriminación, y se manifiesta en diversos niveles y en diferentes formas.

La violencia estructural es la que surge de las instituciones sociales, aquellas que invisibilizan, ignoran y descalifican las necesidades propias de las personas con discapacidad, y refuerzan los roles y estereotipos que crean prejuicios discriminatorios contra la población.

Esta violencia estructural se refleja y manifiesta en la violencia familiar. Las personas con discapacidad sufren en el ámbito privado la misma violencia que infligen las estructuras.

La violencia contra las personas con discapacidad se manifiesta en violencia física, emocional, sexual, patrimonial y por negligencia, y se vive diariamente, tanto en el ámbito privado como en el público.

El Comité de la CEDAW ha establecido una asociación clara entre violencia y discriminación, donde todo acto de violencia es un acto de discriminación y, a la inversa, se cae en las mismas circunstancias.

Este principio queda claramente definido en la *Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer*, donde se establece como un derecho humano el derecho de vivir una vida libre de violencia.

Integralidad e interdependencia de los derechos de las personas con discapacidad

Los derechos humanos están relacionados entre sí. Esto implica que la violación de uno de ellos tiene repercusiones en el goce y disfrute de otros derechos humanos. El ser humano es integral, por lo que un daño no solo impacta en una esfera, sino que incide holísticamente en todos los ámbitos del quehacer humano.

Accesibilidad

Alude a la existencia de facilidades para que todas las personas puedan movilizarse libremente en el entorno, hacer uso de todos los servicios requeridos y disponer de todos los recursos que garanticen su seguridad, su movilidad y su comunicación.

Este principio se encuentra establecido transversalmente en las *Normas uniformes de equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad*.

Vida independiente

Este principio surge del movimiento de personas con discapacidad, e implica que estas puedan asumir el control sobre su destino y tomen las decisiones en sus vidas. De acuerdo con este principio, el *problema* se centra en el entorno y no en la persona con discapacidad.

Este principio queda claramente establecido en la *Convención americana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad*, artículo cuarto, inciso 2 b, el cual establece:

Para lograr los objetivos de esta Convención, los Estados parte se comprometen a:

(...)

b. el desarrollo de medios y recursos diseñados para facilitar o promover la vida independiente, autosuficiencia e integración total, en condiciones de igualdad, a la sociedad de las personas con discapacidad.

Autorrepresentación

Este principio implica el desarrollo de mecanismos de participación ciudadana en todas las instancias, así como el rompimiento de viejos paradigmas donde otros deciden por la población con discapacidad. Este principio se resume en un lema del movimiento de personas con discapacidad: *Nada de nosotros sin nosotros*.

El artículo quinto de la *Convención americana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad* establece:

Los estados parte promoverán, en la medida en que sea compatible con sus respectivas legislaciones nacionales, la participación de representantes de organizaciones de personas con discapacidad, organizaciones no gubernamentales que trabajan en este campo o, si no existieren dichas organizaciones, personas con discapacidad, en la elaboración, ejecución de medidas y políticas para aplicar la presente Convención.

Participación plena en todas las actividades de la vida

Debe existir una relación entre la edad y la participación plena de las personas con discapacidad, en todas las actividades de la vida. Ello implica la participación en todas las actividades conforme a su edad cronológica.

Divulgación

Contempla la necesidad de divulgar los derechos para que los sujetos de estos estén conscientes de su existencia y de su derecho de exigirlos, y para que los obligados conozcan sus compromisos sociales.

Este último principio se encuentra también en la *Convención americana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad*, en el artículo tercer, inciso 2c:

La sensibilización de la población a través de campañas de educación encaminadas a eliminar prejuicios, estereotipos y otras actitudes que atentan contra el derecho de las personas a ser iguales, propiciando de esta forma el respeto a la convivencia con las personas con discapacidad.

Todos estos principios son los pilares básicos que deben regir las políticas, acciones y relaciones con la población con discapacidad.

Su incumplimiento implica una violación directa a los derechos humanos de esta población.

LECTURA DE APOYO **3**

DIRECTRICES ÉTICAS PARA EL USO DE LA CIF

Toda herramienta científica puede ser mal utilizada y llevada al abuso. Podría resultar ingenuo creer que un sistema de clasificación como el de la CIF nunca se usará de un modo dañino para las personas. Como se ha explicado en el anexo 5, el proceso de revisión de la CIDDDM ha incluido a las personas con discapacidades y a sus organizaciones de apoyo desde un principio. Su contribución ha guiado cambios importantes en terminología, contenido y estructura de la CIF. Este anexo expone algunas pautas no evita cualquier mal uso de una clasificación o de otra herramienta científica, o de otro modo, estas directrices sólo pueden prevenir mala utilización. Este documento no es una excepción. Esperamos que una atención a las disposiciones siguientes reduzcan el riesgo de la CIF de ser utilizada de un modo poco respetuoso y dañino para las personas con discapacidades.

Respeto y Privacidad/ Confidencialidad

- (1) La CIF debe ser siempre utilizada de un modo que respete el valor inherente y la autonomía de las personas.
- (2) La CIF nunca debe de ser utilizada para etiquetar personas ni para identificarlas solamente en términos de una o más categorías de discapacidad.
- (3) En los marco clínicos, la CIF debe ser siempre utilizada con el total conocimiento, cooperación, y consenso de las personas cuyos niveles de funcionamiento están siendo clasificadas. Si las limitaciones de capacidad cognitiva de un individuo impide esto, el apoyo por parte del individuo debe ser una participación activa.
- (4) La información codificada por CIF debe ser vista como información personal y debe estar sujeta a normas de confidencialidad apropiadas según el modo en que los datos vayan a ser utilizados.

Uso clínico de la CIF

- (5) Siempre que sea posible, el clínico debe explicar al individuo o al representante del individuo la finalidad de la utilización de la CIF e invitar a que se den preguntas en torno a la conveniencia de utilizar la CIF para clasificar los niveles de funcionamiento están siendo clasificados. Si las limitaciones de la capacidad cognitiva de un

individuo impide esto, el apoyo por parte del individuo debe ser una participación activa

- (6) Siempre que sea posible, la persona cuyos niveles de funcionamiento están siendo clasificados (u organizaciones de apoyo de la persona) debe de tener la oportunidad de participar, y en concreto de cambiar o reafirmar conveniencia de la categoría que está siendo utilizada y de la valoración asignada.
- (7) Debido a que el déficit que se clasifica es el resultado tanto de una condición de salud de la persona como de contexto físico y social en el que la persona vive, la CIF debe ser utilizada de un modo global.

Uso social de la información de la CIF

- (8) La información de la CIF debe de ser utilizada, en la mayor extensión posible, con la colaboración de los individuo para intensificar sus decisiones y el control sobre sus vidas.
- (9) La información de la CIF debe ser utilizada para el desarrollo de políticas sociales y para el cambio político, ya que busca intensificar y apoyar la participación de los individuos.
- (10) La CIF, y toda l información derivada de su uso, no debería ser empleada para negar ni para limitar derechos legítimos que benefician a individuos o grupos.
- (11) Los individuos clasificados bajo la CIF pueden diferir en muchos aspectos. Las leyes y normas que se refieren a la clasificación CIF no deben asumir más homogeneidad de la deseada y deben asegurar que aquellas personas cuyos niveles de funcionamiento están siendo clasificados sean consideradas como individuos.

LECTURA DE APOYO **4**

EVOLUCION HISTORICA DE LOS MODELOS EN QUE SE FUNDAMENTA LA DISCAPACIDAD

I. PRESENTACIÓN³

A lo largo de los años han surgido diferentes modelos explicativos de la discapacidad, los cuales han tenido una notable influencia en las actuaciones, que en política sanitaria y social, se han desarrollado. Estos modelos han condicionado los modos de comprender la discapacidad y las respuestas que las instituciones y en última instancia la sociedad, han dado. Se presenta a continuación los elementos esenciales de los modelos más significativos, desde el Médico-Biológico hasta el Social, de este último han surgido variaciones que incorporan actuaciones y puntos de vista defendidos por los movimientos de activismo político y de "lucha pro derechos". Dentro de estos movimientos se agrega el punto de vista de grupos de mujeres con discapacidad que plantean una renovación del modelo social.

II. MODELO BIOLÓGICO

MÉDICO

Planteamientos generales

La constatación de que, al margen de la eficacia de las actuaciones médicas, muchas de las enfermedades generaban, como producto final, déficits en el funcionamiento del individuo, que le inhabilitaban para desempeñar una vida normal, llevó al convencimiento de la necesidad de extender el modelo médico-biológico de la enfermedad para abarcar dichos procesos. En la medida que el déficit es el resultado de la imposibilidad, dadas las limitaciones del quehacer médico, de resolver o prevenir las consecuencias de la enfermedad, se plantea además en el modelo que el objetivo de la actuación ha de ser la búsqueda de la adaptación del individuo con discapacidad a las demandas y exigencias de la sociedad.

Objetivo

Establecimiento de medidas compensatorias que "palién las deficiencias", para facilitar la adaptación que en cualquier caso ha de ser personal e individual

³ Compilado por Ana Montoya Cubero y revisado por Felipe Obando Obando. C.N.R.E.E.
Manual para Conocer la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud

Alcances

Desarrollo de Sistemas de Clasificación y Diferenciación de los Déficit

Centrar la atención de las estructuras administrativas y también de la sociedad en la problemática de las personas con discapacidades, estimulando la preocupación por garantizar el desarrollo de medidas terapéuticas y compensadoras.

Enfoque: social y de salud y por tanto en el ámbito político la respuesta principal es la modificar y reformar la política de atención a la salud.

Limitaciones

Ha contribuido a reforzar también los elementos de estigmatización, debido en gran medida, a la tendencia a extender sus conceptos a los restantes aspectos de la vida de la persona con discapacidad y también al hecho de que en el proceso de elaborar el diagnóstico y clasificar los déficits y "las "minusvalías", tienden a subrayar las diferencias, las que existen entre los que las tienen y los que no las tienen, y las que se dan entre los distintos "tipos de personas con discapacidad".

En un intento de subsanar algunas de sus limitaciones este modelo fue complementado con una perspectiva social, que permitió ampliar el concepto de discapacidad, ofreciendo una visión de los déficits como realidades que tenían una repercusión en la conducta del individuo y en sus relaciones con la sociedad.

III. MODELO SOCIAL

Planteamientos generales.

Postula que la discapacidad no es solo la consecuencia de los déficits existentes en la persona, sino la resultante de un conjunto de condiciones, actividades y relaciones interpersonales, muchas de las cuales están motivadas por factores ambientales. Se plantea además que, aun cuando en la discapacidad hay un substrato médico-biológico, lo realmente importante es el papel que en la expresión de dicho substrato juegan las características del entorno creado por el hombre. Y es justamente. en la interacción de dichos déficits con el entorno, en la que se dan las "desventajas" que el individuo con discapacidad. Experimenta y que en la práctica definen su estatus de discapacitado.

Desde la perspectiva de este modelo, la discapacidad es en realidad un hecho social, en el que las características del individuo tienen tan solo relevancia en la medida en que evidencian la capacidad o incapacidad del medio social para dar respuesta a las necesidades derivadas de los déficits.

Objetivo

Lograr que la persona con discapacidad tenga autodeterminación y esté satisfecha con la calidad de servicios y apoyos recibidos, en' una sociedad con equidad y accesibilidad.

Enfoque: derechos humanos. La cuestión se sitúa en el, nivel de las actitudes y de la ideología, requiere cambios sociales, los cuales se transforman en el nivel. político como una cuestión de derechos humanos. La discapacidad se configura como un tema de índole político

Alcances

- La discapacidad es el resultado de la interacción persona ambiente.
- La persona es parte de un colectivo que participa en la toma de decisiones de asuntos que le compete.
- La discapacidad es un asunto político económico y social entre otros.
- Se tiende a localizar las limitaciones inherentes a la discapacidad en el entorno construido (donde se hayan las barreras físicas) y en el entorno social que impone estereotipos y limitaciones a la participación, justificándose además que las actuaciones no se plantean a nivel individual sino en el de la propia sociedad.
- Evidenciar que "el problema radica en el fracaso de la sociedad y del entorno creado por el ser humano para ajustarse a las necesidades y aspiraciones de las personas con discapacidad".

Limitaciones

No niega las deficiencias pero enfatiza en las capacidades de la persona.

IV. MODELO SOCIAL RENOVADOR

Principales reflexiones

Al centrar la atención en la importancia de las "barreras discapacitantes" y la lucha por "desmantelarlas", se ha tendido a considerar la discapacidad como si fuese la "totalidad". A veces da la sensación de que, si la importancia de este centro de atención es tan absoluta,. se corre el riesgo de suponer que la "minusvalía" no tiene nada que ver en la determinación de las experiencias.

En vez de afrontar las contradicciones y la complejidad de las experiencias, se ha optado en las campañas por presentar la "minusvalía" como algo irrelevante, neutro y, a veces, positivo, pero nunca como el problema que es en realidad.' .

Se sistematiza los principales puntos de vista de lo autora

Por qué se ha excluido así el análisis de la "minusvalía"? Acaso se cree que el hecho de admitir que la "minusvalía" puede 'constituir un aspecto difícil de tratar destruiría las imágenes fuertes, positivas (superlucidas?) de las campañas? O que demostrar que no todos los problemas pueden resolverse' mediante el cambio social inhibiría o excusaría a las personas "no' discapacitadas" de ocuparse de todo ello? O que se pueden hacer tan complejas las cosas que las personas creen que el cambio constructivo está fuera de su alcance? O, incluso, que admitir que el hecho de tener "minusvalías" puede ser, a veces, tan desagradable que refuerce la creencia de que no merece la pena vivir nuestra vida?

El enfoque actual del modelo social constituye la última paradoja: al ocuparse sólo de un aspecto de la situación, nos "discapacita" a nosotros mismos.

La negación del carácter problemático de la "minusvalía" constituye el error del modelo social. Aunque por regla general, predominan los factores sociales en la determinación de la experiencia y de la calidad de vida, la "minusvalía" es relevante. Por miedo a que parezca que se suscriben las respuestas al uso, corremos el riesgo de no reconocer que las desventajas de algunos individuos se deben a su "minusvalía" tanto como a su discapacidad.

Propuesta

Se necesita un enfoque nuevo que reconozca que las personas aplican sus propios significados a sus experiencias de "minusvalías", los individuos pueden considerar que su "minusvalía" es positiva, neutra o negativa y esto puede variar según la época y las circunstancias.

Con este enfoque, las experiencias y la historia de las "minusvalías" se convierten en una parte de la autobiografía. Se añaden a la experiencia de discapacidad y a otros aspectos de nuestra vida para configurar una Imagen completa de nosotros mismos.

El reconocimiento de la relevancia de la "minusvalía" es esencial para garantizar que las personas sean conscientes de sus propias circunstancias. La conciencia del individuo respecto a la forma de operarse su cuerpo le permite descubrir sus necesidades concretas. Esto constituye el antecedente obligado para satisfacer sus necesidades acudiendo a la información y recursos existentes.

Se debe pensar en la "minusvalía" en tres sentidos relacionados entre sí:

1. Está el concepto objetivo: carencia de un miembro o de parte de él, o presencia de un miembro, órgano o mecanismo defectuoso

2. Está la interpretación individual de la experiencia subjetiva de la "minusvalía, según la cual el individuo relaciona sus propios significados con el concepto de "minusvalía" con el fin de comunicar sus circunstancias personales.

3. Está la influencia del contexto social general sobre la "minusvalía", en el que las interpretaciones erróneas, la exclusión social y la discriminación se combinan. para "discapacitar" a las personas con "minusvalías" Debe ser un modelo que opere en dos niveles: una idea más compleja de la discapacidad y de la "minusvalía" como conceptos sociales, y el reconocimiento de la experiencia del cuerpo que tiene el Individuo en el transcurso del tiempo y en circunstancias diferentes. Debe ser un medio para englobar la experiencia total de la discapacidad y la "minusvalía".

V. MODELO UNIVERSAL

Planteamientos generales

La discapacidad es un hecho universal, en el que toda la población está en situación de riesgo y aun cuando se ha conseguido mucho con la lucha por los derechos civiles y con el modelo de grupo minoritario, el futuro está en defender el modelo de la universalización.

Se asume "en este modelo que la discapacidad no es un atributo que diferencia una parte de la población de otra, sino una característica intrínseca de la condición humana.

Alcances

Ser humano significa, en esencia, ser limitado o, por decirlo de otra manera, ser relativamente incapaz, de forma "que no hay ser humano que posea un total repertorio de habilidades que le permita enfrentarse a las múltiples y cambiantes demandas de la sociedad y del entorno. Además el propio concepto de incapacidad es, por su propia naturaleza, relativo y está necesitado de ser contextualizado teniendo en cuenta las características del individuo y el entorno.

Enfoque: el desarrollo de políticas y actuaciones sobre la discapacidad ha de hacerse a partir de la superación del concepto de especificidad (tanto del grupo como de las necesidades) y teniendo siempre presente que dichas iniciativas no deben estar dirigidas a personas o grupos específicos, sino a toda la población. Es decir legislamos y actuamos sobre el principio de que toda la población en cierta medida es, o si se quiere, está en riesgo de ser, discapacitada.

Limitaciones

Hoy día domina el mundo de la discapacidad, con la constatación de que en la práctica de las políticas y actuaciones sobre discapacidad han surgido siempre una vez que se ha establecido la diferenciación político-técnico-social, no sólo entre la discapacidad y la supuesta no discapacidad, sino también entre los distintos tipos de discapacidad.

VI. MODELO BIO-PSICOSOCIAL

Planteamientos generales.

Se plantea de manera genérica que ninguno de los modelos propuestos resuelve, por si solos, todas las problemáticas inherentes a esta realidad tan compleja que es la discapacidad. Si el ser humano, tanto en la salud como en la enfermedad, en la conducta y funcionamiento normal como el alterado, no puede ser sino ser visto como la resultante de fundamentaciones biológicas, motivacionales, psicológicas y condicionamientos sociales, no tenemos más remedio que aceptar que dicha conceptualización ha de ser también aplicada a la discapacidad, sea cual sea su naturaleza. Desde esta posición todos los modelos propuestos, más que excluyentes y antagónicos se nos presentan como concluyentes y complementarios.

Desde una visión integradora es la que permite explicar de manera más satisfactoria ese hecho complejo y multifacético que es la discapacidad. Es también posible establecer un lazo entre los distintos niveles (biológicos, personales y sociales) que sustentan la discapacidad y desarrollar políticas y actuaciones dirigidas a incidir de manera equilibrada y complementaria sobre cada uno de ellos.

Alcances

Se facilita el establecimiento de una diferenciación entre los distintos componentes de la discapacidad, por ejemplo entre las deficiencias, las actividades personales y la participación en la sociedad, lo cual clarifica la naturaleza de las actuaciones. que son requeridas y los niveles a los que dichas actuaciones deben estar dirigidas

La lucha por superar la marginación y estigmatización y por garantizar la igualdad, y el esfuerzo por potenciar los aspectos comunes y minimizar las diferencias.

Limitaciones

El esfuerzo por generalizar el concepto de igualdad y universalidad, en base a ignorar las diferencias o minimizarlas hasta hacerlas inoperantes, tenga como resultado el desatender las distintas necesidades que las personas con discapacidades presentan.

VII. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

1. OMS. Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud: 22 de mayo del 2001.
2. Monis, Jenny. Encuentros con Desconocidas. Feminismo y Discapacidad.
3. Jiménez Sandoval Rodrigo. Las Personas con Discapacidad en la Educación Superior.

Manual para Conocer la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud

4. Carazo "Sandra y otros. Modelos Sobre Discapacidad, Conceptos Básicos relacionados con Discapacidad, Accesibilidad. C.N.R.E.E. 2003.

LECTURA DE APOYO 5

DISCAPACIDAD Y DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la enfermedad y la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS (OMSCIF)

La salud de las poblaciones ha sido tradicionalmente medida basándose en las estadísticas de mortalidad y en la incidencia y prevalencia de las enfermedades y de otros problemas de salud. Para ello se ha utilizado, fundamentalmente, la *“Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud-CIE-”*.

A partir de dicha Clasificación de Enfermedades, a lo largo de los años, se han ido desarrollando una serie de aplicaciones así como de sub-clasificaciones (Atención Primaria, etc.), las cuales pasaron a integrar el amplio “constructo” de la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS (OMS-FIC). Dicho “constructo” se enmarcó dentro del concepto más amplio de Familia de Clasificaciones de las Naciones Unidas, la cual, junto con las clasificaciones de la salud incluía otras que tenían que ver con aspectos sociales y económicos que, aunque relevantes para la salud, no se contemplaban sin embargo como parte de ella.

Los antecedentes más remotos de la OMS-FIC se remontan a la primera adaptación de la CIE en 1959. Sin embargo, la primera formulación explícita de este concepto aparece en el año 1989 cuando la “Conferencia para la 10 Revisión de la CIE recomendó que la OMS promoviera el concepto de “familia de clasificaciones de la enfermedad y estados relacionados con la salud”. De acuerdo con ello, el informe de la Conferencia incluyó, en su ítem 6, el nuevo concepto de *“Familia de Clasificaciones”*. Con ella se formulaba una estructura conceptual (Figura 1) en la que la CIE, con tres caracteres, aparecía como núcleo central, y enlazando con ella de manera directa o indirecta se situaban otras clasificaciones y desarrollos, entre los cuales podemos mencionar, por ejemplo, las “Adaptaciones por Especialidades”; las “Clasificaciones para Procedimientos Médicos”; etc.

.....

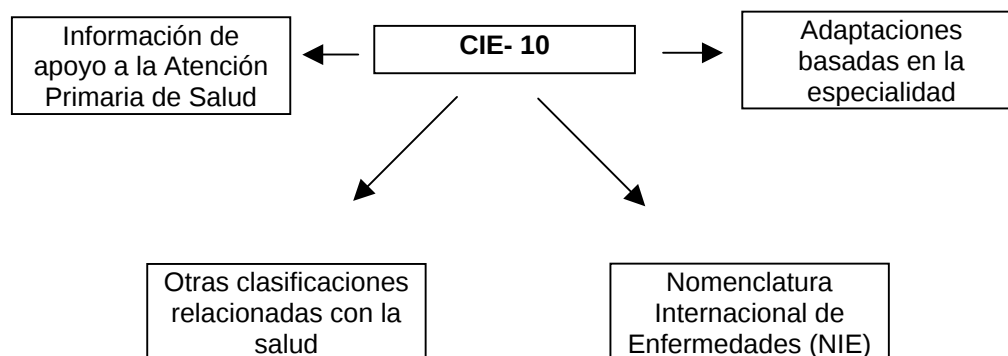


Fig. 1 Estructura Inicial de Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS (OMS-FIC)

Objetivos de la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS

Tal como se especifica en el reciente trabajo de Ashley (2000), así como en recientes documentos de la OMS, la OMS-FIC tiene como objetivos fundamentales:

- i) aportar bases científicas precisas, fiables y aplicables trans-culturalmente, para la definición y manejo de los “estados de salud” y sus consecuencias;
- ii) establecer un lenguaje común internacional en los aspectos relacionados con la salud y las actuaciones en salud;
- iii) permitir la transferencia y la comparación de información en temas de salud a través del tiempo, en las distintas disciplinas y las naciones;
- iv) aportar sistemas de codificación y registro para el desarrollo de sistemas de información en la salud;
- v) promover la investigación y en última instancia el conocimiento, en los temas de salud y en las actuaciones en salud.

Para satisfacer dichos objetivos la OMS ha promovido, y todavía continua haciéndolo, la adopción de estrategias capaces de garantizar que la FIC cumpla el múltiple requisito de:

- i) fundamentarse en unas sólidas bases científicas y taxonómicas, para lo que han incorporado los aspectos esenciales del estado actual del conocimiento;
- ii) ser aplicable en las distintas culturas para lo que ha promovido en su desarrollo la realización de estudios cualitativos y cuantitativos de verificación trans-cultural;

iii) entender la salud, y por lo tanto las actuaciones en salud, como un concepto multidimensional, incorporando los distintos aspectos del modelo bio-psico-social de salud y enfermedad;

iv) satisfacer las necesidades de las múltiples disciplinas que operan en el campo de la salud, pero también de los distintos grupos de afectados, lo cual ha quedado reflejado en los grupos de trabajo que han participado en los procesos de desarrollo de las distintas clasificaciones, y; garantizar que a partir de ella se puedan satisfacer las necesidades de información en salud y elaborar todo tipo de medidas y estadísticas relevantes sobre los estados y las actuaciones en el ámbito de la salud.

Insuficiencia del Diagnóstico y la Mortalidad para establecer el Nivel de Salud del Individuo y las poblaciones

Ahora bien, aun cuando la consideración del diagnóstico y la mortalidad es importante para el desarrollo y la evaluación de las actuaciones en el campo de la salud, lo cierto es que ambos aspectos por sí solos se muestran insuficientes para abarcar en toda su amplitud los elementos esenciales del concepto de salud, resultando por lo tanto inadecuados para predecir las necesidades que, en términos de políticas, programas y servicios, presentan los estados relacionados con la salud.

Está claro, por lo tanto, que el diagnóstico de las enfermedades no puede responder en sí mismo a muchas de las cuestiones relacionadas con las necesidades en servicios de salud planteadas por las agencias gubernamentales, los clínicos, los pacientes e incluso sus familias. Así por ejemplo, el diagnóstico de una determinada patología, no predice en sí mismo las necesidades, en cuanto a servicios sanitarios, que dicha enfermedad requiere, las necesidades de hospitalización, el nivel de cuidado precisado o la evolución de la hospitalización.

Tampoco el diagnóstico *per se* informa sobre los posibles beneficios que obtendría el paciente debido a su discapacidad, sobre su rendimiento laboral o sobre su grado de integración social. En contraste con todo esto, los datos sobre el estado funcional o la discapacidad de los pacientes afectados de una determinada enfermedad, aparecen como muy útiles a la hora de realizar estimaciones sobre la utilización de los servicios de salud, los progresos tras un periodo de hospitalización e incluso sobre su ulterior rendimiento laboral.

Se hizo por lo tanto evidente que, junto con las medidas de salud basadas en la CIE, era preciso tener en cuenta otras que recogieran los aspectos relacionados con las repercusiones de las enfermedades y el funcionamiento humano. Dichos aspectos constituían la esencia del concepto de Discapacidad, entendido como la repercusión a medio y largo plazo del estado de salud del individuo sobre su funcionamiento tanto a nivel individual como social, que empezó a formularse. Así, en un intento de subsanar dichas deficiencias y de contar con un con un

Manual para Conocer la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud

.....

sistema para la evaluación de las repercusiones de la enfermedad y la discapacidad, la OMS puso en marcha en los años setenta, el desarrollo de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM), la cual fue a su vez incorporada a la Familia de Clasificaciones, ocupando no obstante un lugar secundario y por lo tanto subordinado a la CIE, que constituía el núcleo central centrado en el diagnóstico de la enfermedad y en la mortalidad (Figura 2).

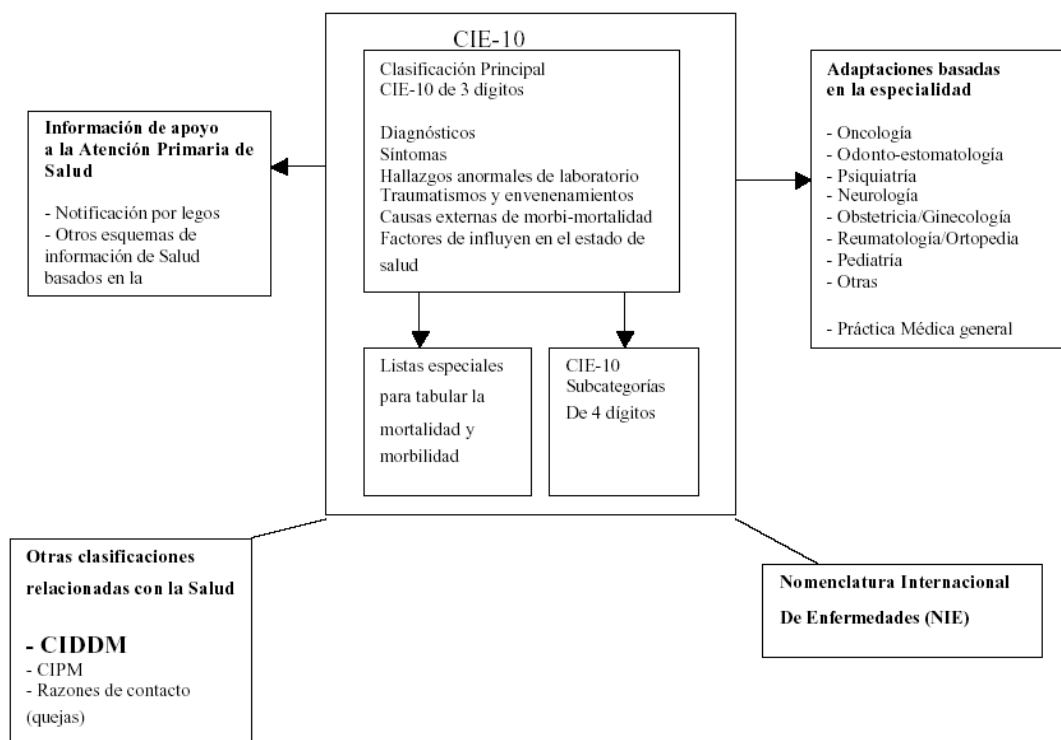


Fig. 2 Estructura Inicial del “constructo” de Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS (OMS-FIC) con la incorporación de la CIDDM

A partir de la incorporación de la CIDDM a la OMS-FIC, y como ya veremos estimulado por el proceso de revisión de la CIDDM, las redes de expertos en clasificación y en instrumentos de registro de información de salud y de las actuaciones en salud, de la OMS, han continuado revisando el concepto, filosofía y estructura de la “Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS (OMSFIC)” dando lugar a una visión actualizada de dicho concepto que tendremos ocasión de analizar en una posterior Unidad Didáctica de este curso.

LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE DEFICIENCIAS DISCAPACIDADES Y MINUSVALÍAS (CIDDM)

La Clasificación Internacional de Deficiencias Discapacidades y Minusvalías (CIDDM), fue puesta en marcha por primera vez en los años setenta y publicada en 1980 por la Organización Mundial de la Salud como instrumento para la clasificación de las consecuencias de las enfermedades y sus repercusiones en la vida del individuo. Este instrumento, traducido a más de 14 idiomas y cuya

versión española fue publicada en 1983 por el Instituto Nacional de Servicios Sociales tenía por objeto, ofrecer un marco conceptual para la información relativa a las consecuencias a largo plazo de las enfermedades, los traumatismos y otros trastornos.

En la CIDDM se introdujeron los conceptos de:

Deficiencia: en el ámbito de la CIDDM el término “*deficiencia*” hacía referencia a las anormalidades de la estructura corporal, de la apariencia, así como de la función de un órgano o sistema, cualquiera que fuese su causa; en principio, las deficiencias respetaban trastornos en el ámbito del órgano. La CIDDM, dentro de la experiencia de la salud definía por tanto a la deficiencia como: “*Toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica*”.

Discapacidad: La discapacidad reflejaba la consecuencia de la deficiencia desde el punto de vista del rendimiento funcional y de la actividad del individuo; la discapacidad representaba por tanto, trastornos en el ámbito de la persona. La CIDDM dentro de la experiencia de la salud la definía como: “*Toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano*”.

Minusvalía: Este término hacía referencia a las desventajas experimentadas por el individuo como consecuencia de las deficiencias y discapacidades, así pues, la minusvalía reflejaba una interacción y adaptación del individuo a su entorno. La CIDDM dentro de la experiencia de la salud, la definió como: “*Una situación de desventaja para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de su edad, sexo y factores sociales y culturales)*”.

Así la interacción de todos estos conceptos quedó reflejada en el modelo teórico adoptado en la CIDDM, el cual incorporó un esquema lineal de Discapacidad (Figura 3), que, en cierta medida replicaba el Modelo Clínico de Enfermedad, estableciendo una secuencia que iba desde el trastorno a la minusvalía, pasando por la discapacidad y la deficiencia.

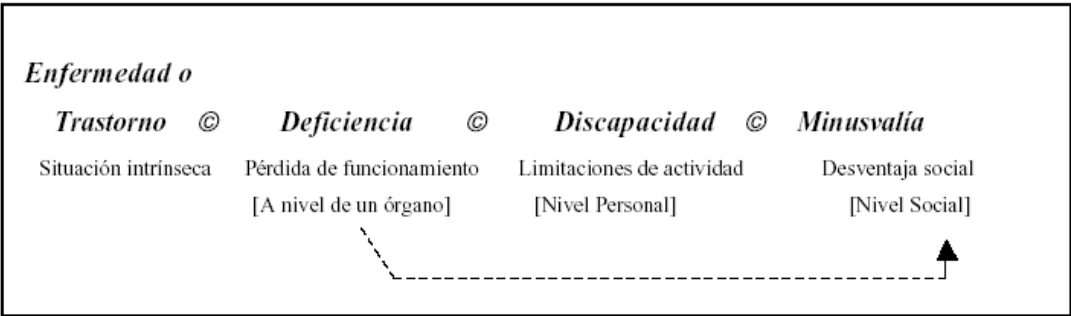


Figura 3: Modelo adoptado en la Clasificación Internacional de Discapacidades (CIDDM)

Aunque la representación del modelo, descrito en la Figura 3, daba la impresión de que existía una progresión lineal uni-direccional, la situación era en realidad más compleja dado que la secuencia de pasos podía ser incompleta o bidireccional, como, por ejemplo, lo demostraba el hecho de que una minusvalía podía ser consecuencia de una deficiencia sin que mediase un estado de discapacidad.

Desde su instauración en 1980 la CIDDM fue ampliamente utilizada en todo el mundo, y por supuesto también en nuestro país, sirviendo de base para un amplio desarrollo de medidas legislativas y de actuaciones en el campo de la provisión de servicios para las discapacidades. Los conceptos utilizados en la CIDDM suscitaron gran interés y sus aplicaciones se extendieron a los campos de la Seguridad Social, el diseño, la realización de encuestas, y a otros sectores como la evaluación de la capacidad laboral, la demografía, la evaluación de las necesidades comunitarias, el urbanismo y la arquitectura.

Entre las principales aplicaciones de la CIDDM cabe citar la descripción de las circunstancias en que se hallaban las personas con discapacidades en una amplia serie de contextos. La CIDDM se aplicó directamente al análisis de la atención dispensada al individuo en lo que se refería al diagnóstico y al tratamiento, a la evaluación de los resultados de este, a la apreciación de la aptitud para el trabajo, o a la información general. También se utilizó para evaluar el estado de los pacientes en los centros de rehabilitación, en las instituciones de convalecencia y en los establecimientos para personas de edad. En estos sectores, esta utilización facilitó la comunicación entre categorías de agentes asistenciales y la coordinación entre los diferentes tipos de asistencia.

En los establecimientos sanitarios, la CIDDM sirvió para determinar la cantidad y las características del personal necesario y para comprobar los tipos de alta por enfermedad, así como las modalidades de utilización de los servicios asistenciales. Fue también útil para determinar las necesidades de las personas con discapacidades y minusvalías, para identificar las situaciones discapacitantes en el entorno social y físico, y para formular las decisiones políticas necesarias para la mejora de la vida cotidiana, incluidas las modificaciones del entorno físico y social.

En los sectores relativos a la seguridad social, a la higiene del trabajo y al empleo, la CIDDM permitió o facilitó diversas actividades con miras a la toma de decisiones sobre subsidios, orientación individual y la denominación de las discapacidades, evaluación de las aptitudes para el trabajo, acceso a la asistencia institucional, etc.

El marco ofrecido por la CIDDM, fue utilizado con éxito por demógrafos, epidemiólogos, urbanistas, responsables de la gestión y personal estadístico en la realización de encuestas sobre discapacidades.

A nivel conceptual, el empleo de la CIDDM modificó la manera de considerar las discapacidades, las personas discapacitadas y el papel que desempeñaba el

Manual para Conocer la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud

entorno físico y social en el proceso discapacitante. También modificó las reacciones en las orientaciones de la política social, la planificación y la gestión tanto a nivel de gobiernos u organizaciones.

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

La principal crítica que se hizo a la CIDDM fue la relacionada con el modelo en el que se sustentaba. Dicho modelo, aun cuando permitía distinguir entre deficiencia, discapacidad y minusvalía, no informaba suficientemente sobre la relación existente entre dichos conceptos. Así, se echaba de menos la presencia de una formulación que:

- i) fuese menos lineal y que incorporara una interacción más clara entre los distintos elementos;
- ii) no sugiriera de manera tan directa una causalidad;
- iii) fuese más compleja, de forma que en ella se incorporasen de manera más activa otros elementos que, como los factores contextuales, se había visto que eran relevantes para las discapacidades.

La segunda crítica que se planteó hacía referencia al “abordaje negativo” que aportaba al estudio y clasificación del estado de salud de la persona. Así, por ejemplo, en la mayoría de las ocasiones resultaba más interesante saber que habilidades estaban conservadas en la persona, que el describir de manera detallada aquellos aspectos que se habían perdido o estaban limitados.

Otro tipo de críticas se referían fundamentalmente, o bien a la falta de una estructura clara y que cumpliera todas las reglas de una clasificación jerárquica, o bien a la presencia de problemas en la definición y organización de los conceptos incorporados. Así, por ejemplo, distintos autores plantearon que:

- i) Las definiciones que la clasificación proponía para los conceptos de deficiencia y discapacidad se prestaban a confusión, generando problemas a la hora de separar discapacidades y deficiencias;
- ii) Existían, en gran medida relacionados con la falta de claridad en la definición, problemas de aplicación y utilización práctica de dichos conceptos;
- iii) Se apreciaba en ella una importante limitación debida al solapamiento entre sus distintas secciones, sobre todo en lo que se refería a la de las deficiencias, y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE);
- iv) Se presentaba también con frecuencia en ella una ausencia de ciertas categorías relacionadas con las discapacidades y las deficiencias.

Por lo tanto parecía esencial, si se quería facilitar la difusión de la CIDDM, desarrollar definiciones para los conceptos de deficiencia, discapacidad y minusvalía que fueran claras y prácticas, que no se prestasen a una mala interpretación, y que no poseyeran connotaciones que pudiesen estigmatizar o disponer a las personas en situación de desventaja. Para ello se consideró de vital importancia la utilización de una terminología neutral. Se consideró además, estandarizar en ella las definiciones de las “condiciones de salud”, así como realizar una valoración transcultural que permitiese depurar aquellos conceptos o ejemplos demasiado vinculados a un contexto cultural determinado, como se hizo patente en la aplicación de la CIDDM realizada por Gómez Rodríguez en nuestro país.

En lo referente al nivel de detalle, diferentes autores, la mayor parte de ellos con fines epidemiológicos, sugirieron que la CIDDM debería contener un menor grado de detalle y ser por lo tanto menos complicada. Tal fue el caso por ejemplo de Gómez Rodríguez, que en su aplicación en nuestro país llevo a cabo una simplificación de la clasificación. Otros autores, aquellos que generalmente utilizaban solo una parte de la CIDDM, propusieron todo lo contrario.

Para entender la evolución del concepto de discapacidad hasta llegar al mencionado modelo en el que sustentaba la CIDDM, y para introducir el nuevo marco teórico en el que se fundamenta la actual Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF), se hace necesario realizar una revisión de la evolución histórica de los modelos en los que se fundamenta la discapacidad.

EL PROCESO DE REVISIÓN DE LA CIDDM.

Con objeto de subsanar las deficiencias que se habían identificado en la CIDDM, en 1993 la Organización Mundial de la Salud (OMS) puso en marcha el proceso de revisión de dicha clasificación.

Los principios esenciales sobre los que se fundamentó dicho proceso estaban dirigidos a posibilitar que la nueva clasificación:

- ☒ estableciera un lenguaje común, aplicable trans-culturalmente, que permitiera describir de manera fiable y replicable los estados funcionales inherentes a las “condiciones de salud” de las personas;
- ☒ incorporase un sistema de codificación que sea sistematizado, fiable y sencillo de aplicar;
- ☒ utilizase un modelo bio-psico-social en el que la discapacidad fuese explicada como la resultante de la interacción de las limitaciones en la función del individuo, con el entorno y el contexto sociocultural;

- ☒ entendiéndose la discapacidad como un hecho de naturaleza universal y en cierta medida intrínseco a la condición humana;
- ☒ promoviese la utilización de una terminología neutral que facilitase la superación de la marginación y discriminación de las personas con discapacidades;
- ☒ fuese utilizable, de manera complementaria, con el resto de clasificaciones de la OMS.

Para la ejecución y puesta en marcha de este ambicioso proceso de revisión, la OMS puso en marcha un amplio equipo internacional multicéntrico compuesto por expertos en el campo de la discapacidad pertenecientes a centros de todo el mundo.

A la hora de planificar y diseñar las estrategias para protocolizar los trabajos de los centros incluidos en el proyecto, se tuvieron presentes las siguientes consideraciones durante el proceso de revisión:

- ☒ La clasificación en tres niveles, ej.: Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías había sido de gran utilidad y debería permanecer. Debería considerarse la inclusión de los factores contextuales/ambientales, aunque la mayoría de las propuestas se mantuvieron en un estado de desarrollo teórico y estudio empírico.
- ☒ Las interrelaciones entre Deficiencia / Discapacidad / Minusvalía y la adecuada relación entre ellas, constituyó un importante tema de discusión.
- ☒ Surgieron muchas críticas respecto al modelo causal subyacente en la versión de 1980 de la CIDDM, la ausencia de cambio con el paso del tiempo, y el flujo unidireccional desde la deficiencia a la discapacidad y a la minusvalía.
- ☒ Factores Contextuales (externos – factores ambientales / internos – factores personales) que fueron componentes muy importantes del proceso de la minusvalía (como se conceptualizó en la versión de 1980 de la CIDDM) debían desarrollarse como esquemas adicionales. Sin embargo, ya que los factores sociales y físicos del entorno y su relación con las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías estaban fuertemente ligados a la cultura, no deberían formar una dimensión separada dentro de la CIDDM. No obstante, se consideró que las clasificaciones de los factores ambientales podían resultar útiles en el análisis de situaciones nacionales y en el desarrollo de soluciones en el ámbito nacional.
- ☒ Las deficiencias debían reflejar los avances en el conocimiento de los mecanismos biológicos básicos.

- ☑ La aplicabilidad cultural y la universalidad podrían ser los objetivos principales.

Tras tres primeros años de trabajo se hizo posible presentar, en Mayo de 1996, un primer borrador Alfa de la CIDDM-2. Este fue sometido de nuevo a un proceso de revisión que dio lugar a la elaboración, en Abril de 1997, del Borrador ß1 de la CIDDM-2. Durante los dos años siguientes dicho borrador ß1 fue traducido a los distintos idiomas y fue sometido a análisis lingüístico, verificación de su estructura y contenidos y estudios de aplicabilidad transcultural -Estudio CAR-.

Es de destacar como el Estudio CAR, en el que estuvo incluida una muestra de la población española permitió verificar la aplicabilidad en nuestro medio de los conceptos y elementos incorporados en la CIDDM-2.

Con objeto de incorporar a los procesos de revisión una representación mas significativa del mundo y cultura de habla hispana la Organización Mundial de la Salud promovió en 1997 la constitución de la Red de Habla/Cultura Hispana en Discapacidad -RHHD- la cual, coordinada desde la Unidad de Investigación en Psiquiatría Clínica y Social (UIPCS) en la persona del Prof. Vázquez-Baquero, ha

integrado a expertos en el área de la discapacidad de más de 15 países de habla hispana. A través de ella se ha promovido la constitución, en todos los países de habla hispana, de redes nacionales dirigidas a colaborar en los procesos de desarrollo y difusión de la nueva clasificación de discapacidades.

A partir de la información recogida en todo el proceso de revisión del Borrador ß1 se elaboró (Agosto, 1999) un nuevo borrador ß2 de la CIDDM-2, pasando la clasificación a denominarse *Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Discapacidad*. Con dicho cambio de nombre que, aunque mantenía el concepto de “discapacidad”, incorporaba el término “funcionamiento” en un intento de dar una visión mas positiva de dichas problemáticas, minimizando así los problemas de marginación y estigmatización. Dicha versión fue sometida a estudios de campo desde Julio de 1999 a Septiembre de 2000.

Como parte de los trabajos de campo del borrador Beta-2, se realizaron los siguientes estudios:

- ☑ Traducción y evaluación lingüística;
- ☑ Evaluación de los ítems;
- ☑ Respuestas a las cuestiones básicas mediante conferencias de consenso y respuestas individuales;
- ☑ Retroalimentación por parte de individuos y organizaciones;
- ☑ Pruebas opcionales;
- ☑ Viabilidad y fiabilidad en las evaluaciones de casos (estudios de casos y estudios reales);
- ☑ Otros (ej. estudios de grupos de focalización)

Las pruebas se centraron en problemas transculturales y multisectoriales. Más de 50 países y 1800 expertos estuvieron implicados en los trabajos de campo, de los cuales se dio la información separadamente.

A partir de los datos de los estudios de campo del borrador Beta-2 y en base a las aportaciones de los centros colaboradores y del Comité de Expertos de Medida y Clasificación de la OMS, se elaboró un nuevo borrador de la CIDDM-2 (Borrador pre-final de la CIDDM-2). Este borrador se presentó en la Reunión Internacional de Revisión realizada en Madrid en Noviembre de 2000.

Las modificaciones introducidas por los expertos participantes en la Reunión de Madrid, permitieron elaborar el Borrador Final de la CIDDM-2 (Diciembre de 2000) que fue presentado al Comité Ejecutivo de la OMS en Enero de 2001 y finalmente a la Quincuagésima Cuarta Asamblea Mundial de la Salud en Mayo de 2001, la cual aprobó la nueva clasificación, con el título Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, en la resolución WHW54.21 del 22 de Mayo del 2001. En esta resolución se puede leer lo siguiente:

La Quincuagésimo Cuarta Asamblea Mundial de la Salud,

1. HACE SUYA la segunda edición de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM), con el título “Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud”, que en adelante se abreviará CIF;
2. INSTA a los Estados Miembros a usar cuando proceda la CIF en sus actividades de investigación, vigilancia y notificación, teniendo en cuenta situaciones específicas en los Estados Miembros y, en particular, en vista de las posibles revisiones en el futuro;
3. PIDE a la Directora General que preste apoyo a los Estados Miembros que lo pidan para hacer uso de la CIF.

LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO, DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD –CIF–

Los cambios conceptuales y estructurales que se introdujeron a lo largo del proceso de revisión descrito, fueron de tal magnitud que podemos decir que la CIF se ha configurando, en realidad, como un nuevo sistema nosológico que incorpora todos los principios rectores del proceso de revisión. La razón de ser de la nueva Clasificación, puede ser resumida como: *aportar un lenguaje estandarizado, fiable y aplicable trans-culturalmente, que permita describir el funcionamiento humano y la discapacidad como elementos importantes de la salud, utilizando para ello un lenguaje positivo y una visión universal de la discapacidad, en la que dichas problemáticas sean la resultante de la interacción de las características del individuo con el entorno y el contexto social.*

Manual para Conocer la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud

En ella el concepto de “discapacidad” es asumido como un término genérico que abarca las distintas dimensiones de:

- ☒ “deficiencias de función y deficiencias de estructura” (antes deficiencias);
- ☒ limitaciones en las “actividades” (antes discapacidades)
- ☒ limitaciones en la “participación”(antes minusvalía).

La CIF pretende reflejar, por lo tanto, la situación real del funcionamiento humano en la que el “funcionamiento” y la “discapacidad” son vistos como consecuencia de la interacción entre la “condición de salud” de la persona y su entorno físico y social. En este ámbito se entiende por “condición de salud” toda alteración o atributo del estado de salud de un individuo que puede generar dolor, sufrimiento o interferencia con las actividades diarias, o que puede llevar a contactar con servicios de salud o con servicios comunitarios/sociales de ayuda.

Dichas condiciones pueden ser enfermedades, trastornos, lesiones, traumas, o incluso reflejar otros estados relacionados con la salud tales como el embarazo o la edad.

En un intento de subsanar las limitaciones inherentes al modelo excesivamente lineal sobre el que se basó la CIDDM, se ha establecido para la CIF un modelo más sofisticado y multidireccional (Figura 1) que contempla de manera más exhaustiva la complejidad de la discapacidad.

De acuerdo con ese diagrama, el funcionamiento de un individuo en un dominio específico se entiende como una relación compleja o interacción entre la condición de salud y los Factores Contextuales (factores ambientales y personales). Existe una interacción dinámica entre estos elementos: las intervenciones en un elemento tienen el potencial de modificar uno o más de los otros elementos. Estas interacciones son específicas y no siempre se dan en una relación recíproca predecible. La interacción funciona en ambas direcciones, así la presencia de la discapacidad puede incluso modificar a la propia condición de salud. Puede resultar razonable inferir una limitación en la capacidad por causa de uno o más déficits, o una restricción en el desempeño/realización por una o más limitaciones.

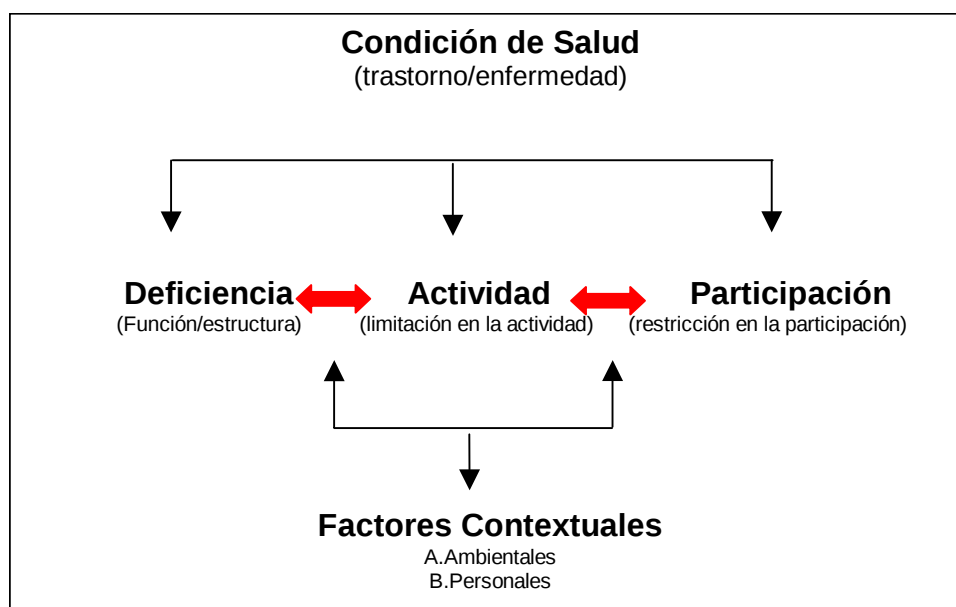


Figura 1: Modelo explicativo incorporado en la CIF

Sin embargo, es importante recoger datos de estos “constructos”, independientemente, y desde allí explorar las asociaciones y los vínculos causales entre ellos. Si la experiencia completa en la salud se ha de describir globalmente, todos los componentes son útiles. Podemos a continuación presentar algunos casos que ejemplarizan las interacciones plasmadas en el modelo explicativo de la CIF:

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

un individuo con limitaciones en la movilidad, puede ser provisto por la sociedad de ayudas tecnológicas que faciliten su desplazamiento)

El esquema expuesto en la Fig. 1, demuestra el papel que juegan los Factores Contextuales (factores personales y ambientales) en el proceso. Estos factores interactúan con la persona con una condición de salud y determinan el nivel y la extensión del funcionamiento de esa persona. Los factores ambientales son extrínsecos a la persona (ej. las actitudes de la sociedad, las características arquitectónicas, el sistema legislativo) y se incluyen dentro de la clasificación de Factores Ambientales. Por otro lado, los Factores Personales no se clasifican en la versión actual de la CIF. Su evaluación, si fuese necesario, se deja a la iniciativa del usuario.

Los Factores Personales pueden incluir sexo, raza, edad, otras condiciones de salud, forma física, estilos de vida, hábitos, infancia, “estilos de enfrentarse a los problemas y tratar de resolverlos”, antecedentes sociales, educación, profesión, experiencia pasada y actual (acontecimientos pasados y presentes), patrón global de conducta y tipo de personalidad, valoraciones psicológicas individuales y otras características. Tanto todas ellas en conjunto como algunas de ellas individualmente pueden desempeñar un papel en la discapacidad a cualquier nivel.

Tal y como se ha expuesto con anterioridad, se han propuesto diferentes modelos conceptuales para explicar y entender la discapacidad. De un lado el *modelo médico* que considera la discapacidad como un problema de la persona directamente causado por una enfermedad, trauma o condición de salud, que requiere de cuidados médicos prestados en forma de tratamiento individual por profesionales. Por otro lado, el *modelo social* de la discapacidad, que considera el fenómeno fundamentalmente como un problema de origen social y principalmente como un asunto centrado en la completa integración de las personas en la sociedad.

Podemos decir que la CIF está basada en la integración de estos dos modelos opuestos. Con el fin de conseguir la integración de las diferentes dimensiones del funcionamiento, la clasificación utiliza un enfoque “biopsicosocial”. Por lo tanto, la CIF intenta conseguir una síntesis y, así, proporcionar una visión coherente de las diferentes dimensiones de la salud desde una perspectiva biológica, individual y social.

Finalmente decir que, aun cuando la CIF es en si misma un sistema de clasificación relacionado con la salud, su diseño es tal que permite que pueda ser utilizada por un amplio rango de profesionales, instituciones y agencias. Tal puede ser el caso de agencias o instituciones educativas, laborales, económicas o legislativas, compañías de seguros y, por supuesto, por los propios individuos con discapacidades.

Por todo ello ha sido aceptada por las Naciones Unidas como uno de sus sistemas de clasificación social, el cual por lo demás incorpora las que se han

Manual para Conocer la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud

establecido como: “Normas Estándar para la Promoción de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad”. Una vez revisado el proceso de revisión de la Clasificación, analizaremos la repercusión de dicha evolución conceptual en la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS.

LA FAMILIA DE CLASIFICACIONES INTERNACIONALES DE LA OMS: UNA NUEVA CONCEPTUALIZACION

La aprobación de la “*Clasificación Internacional de Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*”, en la 54 Asamblea Mundial de la Salud (Mayo del 2001), con su énfasis en las repercusiones de la enfermedad y de los “estados de salud” y en el funcionamiento humano, ha permitido expandir el concepto de salud mas allá del modelo basado en la enfermedad y la mortalidad, que representa la CIE. Desde esta perspectiva ambas clasificaciones, CIE y CIF, se nos muestran como complementarias y en combinación posibilitan el analizar, evaluar y clasificar la salud de la población y las actuaciones y políticas sanitarias, de una manera mas completa. Y es justamente esta nueva visión la que ha hecho que la OMS-FIC, haya cambiado de estructura incorporando el binomio CIE/CIF como núcleo central, con el cual enlazan desarrollos y aplicaciones específicas.

En su formato actual la FIC está concebida como una estructura compleja que incorpora no solo clasificaciones, sino también una serie de desarrollos y aplicaciones relacionados con definiciones de conceptos, estándares y métodos, los cuales, aunque en sí mismos no puedan ser considerados como clasificaciones, han sido elaborados a partir de ellas y para su aplicación. En la estructura actual, propuesta por Ashley y col. (2000) y que se presenta en la Figura 2, la CIE y la CIF se sitúan como elementos centrales (denominados *Clasificaciones de Referencia*).

Familia Internacional de Clasificación de la OMS (OMS-FIC)

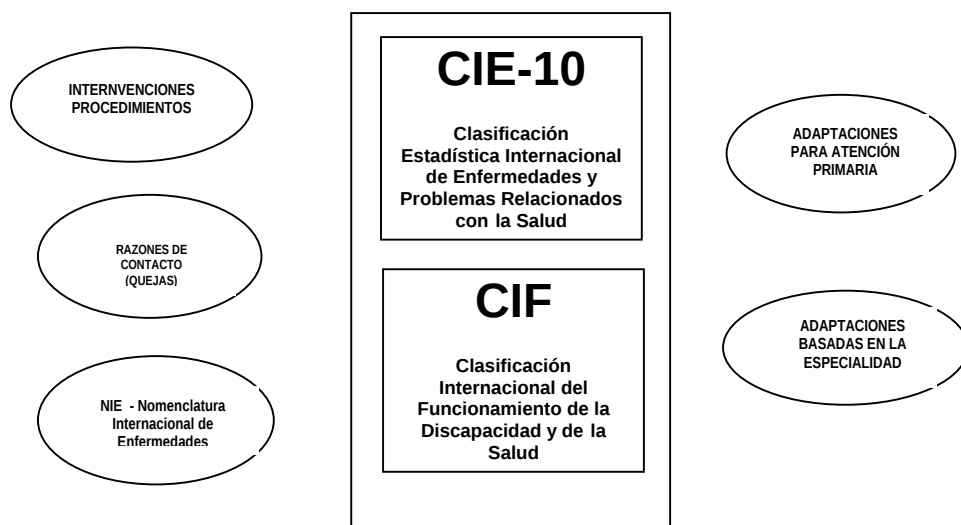


Fig 2. Estructura y Contenidos de la *Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS (OMS-FIC)*

Con ellas enlazan, de manera directa o indirecta, una serie de desarrollos que se catalogan como:

- I. *Clasificaciones Derivadas*;
- II. *Clasificaciones Relacionadas*.

A los aspectos conceptuales que definen cada una de estas tres categorías nos referiremos brevemente a continuación:

Clasificaciones de Referencia

Se trata de las clasificaciones nucleares surgidas como resultado de la consecución de un consenso internacional; Consenso que ha sido promovido y refrendado por la propia OMS y que por lo tanto pasa a ser formulado por la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) como “Recomendación de Cumplimiento” para los Estados Miembros bajo la formula “*La AMS INSTA a los Estados Miembros a usar cuando proceda la*”.

Las definiciones, estructura y contenidos que incorporan, han sido verificados internacionalmente, en estudios de aplicabilidad cross-cultural, y se consideran de tal relevancia como para justificar que a partir de ellas se pueden elaborar aplicaciones, pudiendo ser también utilizadas como modelo para el desarrollo, o la revisión, de otras clasificaciones. En su estado actual la CIF incorpora como Clasificaciones de Referencia la CIE y la CIF, sobre la base de que el conjunto de

ambas posibilita una recogida de información que permite describir con precisión los elementos esenciales de la salud y las actuaciones en salud.

Clasificaciones Derivadas

Son clasificaciones que han podido ser desarrolladas basándose en las Clasificaciones de Referencia, bien seleccionando algunos de sus elementos o elaborando otros en mas detalle. La experiencia nos confirma que dichas clasificaciones surgen de necesidades de grupos o especialidades concretas (por ejemplo atención primaria), o derivadas de iniciativas nacionales o multinacionales. Ejemplo de ellas es la adaptación de la CIE a la Atención Primaria. Es de esperar que la CIF desarrolle clasificaciones de esta naturaleza en un inmediato futuro.

Clasificaciones Relacionadas

Se trata de clasificaciones que mantienen una relación mas tangencial con las Clasificaciones de Referencia, pudiendo por ejemplo estar tan solo asociadas a determinados aspectos de su estructura o de sus contenidos. Ejemplos típicos son las clasificaciones de procedimientos e intervenciones.

Así todos estos elementos descritos integran la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS. Gracias al nuevo modelo que aporta, basado en el binomio CIE/CIF, será posible en un futuro describir con mayor exactitud, y en un lenguaje uniforme y aplicable internacionalmente, un más completo rango de información sobre la salud de los individuos y las naciones.

La CIF y las personas con discapacidades

El proceso de revisión de la CIF, se ha beneficiado desde el comienzo de las sugerencias de personas con discapacidades y de sus organizaciones. La organización Internacional de personas Discapacitadas ha contribuido con su tiempo y energía en el proceso de revisión y la CIF refleja estas opiniones.

La OMS reconoce la importancia de la participación plena de personas con discapacidades y de sus organizaciones en la revisión de una clasificación del funcionamiento y la discapacidad. Como clasificación, la CIF servirá como base tanto para valorar como para medir discapacidades en muchos contextos de evaluación científicos, clínicos, administrativos y sociales. Como tal, la preocupación se centra en que la CIF no sea mal utilizada en detrimento de los intereses de las personas con discapacidades. (ver directrices éticas en el anexo 6).

En particular, la OMS reconoce que los términos utilizados en la clasificación pueden, a pesar de todos lo esfuerzos realizados, estigmatizar y etiquetar. Como respuesta a esto, se tomó la decisión al inicio del proceso de revisión de abandonar totalmente el término de “minusvalía” debido a su connotación

peyorativa en inglés y de no utilizar el término “discapacidad” como nombre de un componente, si no como término genérico global.

Sin embargo la difícil pregunta de cómo referirse a los individuos que experimentan algún grado de limitación funcional o restricción, todavía perdura. La CIF utiliza el término “discapacidad” para denominar a un fenómeno multidimensional, resultado de la interacción de las personas con su entorno físico y social. Por múltiples razones, cuando se hace referencia a individuos algunos prefieren la utilización del término “personas con discapacidades” y otros prefieren “personas discapacitadas”. Teniendo en cuenta esta divergencia no existe una ley universal que pueda ser adoptada por la OMS. Por tanto, no es apropiado que la CIF exprese una posición determinada en relación con ese tema, respetando el principio de que las personas tienen el derecho de ser llamadas como ellas elijan.

No obstante, es importante insistir en que la CIF no es en absoluto una clasificación de personas. Es una clasificación de las características de la salud de las personas dentro del contexto de las situaciones individuales de sus vidas y de los efectos ambientales. La interacción de las características de la salud y de los factores contextuales, es la que produce esta discapacidad. Es importante que los individuos no sean reducidos o caracterizados sólo sobre la base de sus diferencias, limitaciones en la actividad o restricciones en la participación. Por ejemplo, en lugar de referirse a “una persona mentalmente discapacitada”, la clasificación utiliza la frase “persona con una limitación en las actividades de aprendizaje”. La CIF asegura esto evitando cualquier referencia a una persona en términos de discapacidad o de una condición de salud, utilizando un lenguaje neutral, si no positivo, y concreto.

Como muestra de la preocupación legítima del etiquetado sistemático de las personas, las categorías de la CIF se expresan de manera neutral, con el fin de evitar el menosprecio, la estigmatización y las connotaciones inapropiadas. Sin embargo, este enfoque trae consigo el problema llamado depuración de términos”. Las connotaciones negativas de un estado de salud son independientes de los términos que se utilicen para definir esa condición. La discapacidad existirá independientemente de cómo se la llame y de qué etiqueta se utilice. El problema no es sólo de lenguaje sino que relación con la discapacidad. Lo que se necesita es corregir el contenido y utilización de los términos de la clasificación.

La OMS tiene el cometido de continuar esforzándose para asegurar que las personas con discapacidades se beneficien de la clasificación y evaluación y no sean menospreciadas o discriminadas.

Se espera que las personas con discapacidad contribuyan al uso y desarrollo de la CIF en todos los sectores. Al igual que los científicos, y los políticos, las personas con discapacidad ayudarán a desarrollar protocolos y herramientas fundamentados en la CIF. La CIF también sirve como una herramienta potencialmente poderosa para una defensa basada en la evidencia. Proporciona

Manual para Conocer la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud

datos fiables y comparables para posibilitar el cambio. La noción política de que la capacidad es mas el resultado de barreras ambientales que de una condición de salud o de una evidencia válida y fiable. Esta evidencia puede traer consigo el auténtico cambio social para las personas discapacitadas de todo el mundo.

El apoyo a la discapacidad puede verse intensificado a través del uso de la CIF. Como el primer nivel objetivo es identificar intervenciones que pueden mejorar el nivel de participación de las personas con discapacidades, la CIF puede ayudar a identificar donde surge el principal “problema” de la discapacidad, si está en el entorno a través de la existencia de una barrera o de la ausencia de un facilitador, si es debido a la capacidad limitada de la personas, o bien por la combinación de factores. Las intervenciones pueden ser apropiadamente etiquetados y sus efectos en los diversos niveles de participación controlados y los medidos. De este modo, pueden alcanzar objetivos concretos a futuras metas globales en el apoyo de la discapacidad.

LECTURA DE APOYO 6

LA CIF Y LAS PERSONAS CON DISCAPACIDADES

El proceso de revisión de la CIF, se ha beneficiado desde el comienzo de las sugerencias de personas con discapacidades y de sus organizaciones. La organización Internacional de personas Discapacitadas ha contribuido con su tiempo y energía en el proceso de revisión y la CIF refleja estas opiniones.

La OMS reconoce la importancia de la participación plena de personas con discapacidades y de sus organizaciones en la revisión de una clasificación del funcionamiento y la discapacidad. Como clasificación, la CIF servirá como base tanto para valorar como para medir discapacidades en muchos contextos de evaluación científicos, clínicos, administrativos y sociales. Como tal, la preocupación se centra en que la CIF no sea mal utilizada en detrimento de los intereses de las personas con discapacidades. (ver directrices éticas en el anexo 6).

En particular, la OMS reconoce que los términos utilizados en la clasificación pueden, a pesar de todos los esfuerzos realizados, estigmatizar y etiquetar. Como respuesta a esto, se tomó la decisión al inicio del proceso de revisión de abandonar totalmente el término de “minusvalía” debido a su connotación peyorativa en inglés y de no utilizar el término “discapacidad” como nombre de un componente, si no como término genérico global.

Sin embargo la difícil pregunta de cómo referirse a los individuos que experimentan algún grado de limitación funcional o restricción, todavía perdura. La CIF utiliza el término “discapacidad” para denominar a un fenómeno multidimensional, resultado de la interacción de las personas con su entorno físico y social. Por múltiples razones, cuando se hace referencia a individuos algunos prefieren la utilización del término “personas con discapacidades” y otros prefieren “personas discapacitadas”. Teniendo en cuenta esta divergencia no existe una ley universal que pueda ser adoptada por la OMS. Por tanto, no es apropiado que la CIF exprese una posición determinada en relación con ese tema, respetando el principio de que las personas tienen el derecho de ser llamadas como ellas elijan.

No obstante, es importante insistir en que la CIF no es en absoluto una clasificación de personas. Es una clasificación de las características de la salud de las personas dentro del contexto de las situaciones individuales de sus vidas y de los efectos ambientales. La interacción de las características de la salud y de los factores contextuales, es la que produce esta discapacidad. Es importante que los individuos no sean reducidos o caracterizados sólo sobre la base de sus

Manual para Conocer la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud

diferencias, limitaciones en la actividad o restricciones en la participación . Por ejemplo, en lugar de referirse a “una persona mentalmente discapacitada”, la clasificación utiliza la frase “persona con una limitación en las actividades de aprendizaje”. La CIF asegura esto evitando cualquier referencia a una persona en términos de discapacidad o de una condición de salud, utilizando un lenguaje neutral , i no positivo, y concreto.

Como muestra de la preocupación legítima del etiquetado sistemático de las personas, las categorías de la CIF se expresan de manera neutral, con el fin de evitar el menosprecio, la estigmatización y las connotaciones inapropiadas. Sin embargo, este enfoque trae consigo el problema llamado depuración de términos”. Las connotaciones negativas de un estado de salud son independientes de los términos que se utilicen para definir esa condición. La discapacidad existirá independientemente de cómo se la llame y de qué etiqueta se utilice. El problema no es sólo de lenguaje sino que relación con la discapacidad. Lo que se necesita es corregir el contenido y utilización de los términos de la clasificación.

La OMS tiene el cometido de continuar esforzándose para asegurar que las personas con discapacidades se beneficien de la clasificación y evaluación y no sean menospreciadas o discriminadas.

Se espera que las personas con discapacidad contribuyan al uso y desarrollo de la CIF en todos los sectores. Al igual que los científicos, y los políticos, las personas con discapacidad ayudarán a desarrollar protocolos y herramientas fundamentados en la CIF. La CIF también sirve como una herramienta potencialmente poderosa para una defensa basada en la evidencia. Proporciona datos fiables y comparables para posibilitar el cambio. La noción política de que la capacidad es mas el resultado de barreras ambientales que de una condición de salud o de una evidencia válida y fiable. Esta evidencia puede traer consigo el auténtico cambio social para las personas discapacitadas de todo el mundo.

El apoyo a la discapacidad puede verse intensificado a través del uso de la CIF. Como el primer nivel objetivo es identificar intervenciones que pueden mejorar el nivel de participación de las personas con discapacidades, la CIF puede ayudar a identificar donde surge el principal “problema” de la discapacidad, si está en el entorno a través de la existencia de una barrera o de la ausencia de un facilitador, si es debido a la capacidad limitada de la personas, o bien por la combinación de factores. Las intervenciones pueden ser apropiadamente etiquetados y sus efectos en los diversos niveles de participación controlados y los medidos. De este modo, pueden alcanzar objetivos concretos a futuras metas globales en el apoyo de la discapacidad.

.....

FUNDAMENTACIÓN TEORICA DE LA CIF

Introducción

La *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*, conocida como CIF, tiene como objetivo principal brindar un lenguaje unificado y estandarizado, y un marco conceptual para la descripción de la salud y los estados “relacionados con la salud”.

La CIF define tanto componentes de la salud y como algunos componentes “relacionados con la salud” y el “bienestar” (tales como educación, trabajo, etc.). Por lo tanto, los dominios incluidos en la CIF pueden ser considerados como *dominios de salud* y *dominios “relacionados con la salud”*. Estos dominios se describen desde la perspectiva corporal, individual y mediante dos listados básicos:

- (1) Funciones y Estructuras Corporales
- (2) Actividades-Participación.

Como clasificación, la CIF agrupa sistemáticamente los distintos dominios de una persona en un determinado estado de salud (ej. lo que una persona con un trastorno o una enfermedad hace o puede hacer). El concepto de *funcionamiento* se puede considerar como un término global, que hace referencia a todas las Funciones Corporales, Estructuras Corporales, Actividades y Participación; de manera similar, *discapacidad* engloba las deficiencias, limitaciones en la actividad, o restricciones en la participación.

La CIF también enumera Factores Ambientales que interactúan con todos estos “constructos”. Por lo tanto, la clasificación permite a sus usuarios elaborar un perfil de gran utilidad sobre el funcionamiento, la discapacidad y la salud del individuo en varios dominios.

Como ya se ha explicado con anterioridad, La CIF pertenece a la Familia de Clasificaciones Internacionales de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que pueden ser aplicadas a varios aspectos de la salud. Esta familia de clasificaciones de la OMS proporciona el marco conceptual para codificar un amplio rango de información relacionada con la salud (ej. el diagnóstico, el funcionamiento y la discapacidad, los motivos para contactar con los servicios de salud) y emplea un lenguaje estandarizado y unificado, que posibilita la comunicación sobre la salud y la atención sanitaria entre diferentes disciplinas y ciencias en todo el mundo.

Manual para Conocer la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud

Dentro de las clasificaciones internacionales de la OMS, los estados de salud (enfermedades, trastornos, lesiones, etc.) se clasifican principalmente en la CIE-10 (abreviatura de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión), que brinda un marco conceptual basado en la etiología. El funcionamiento y la discapacidad asociados con las condiciones de salud se clasifican en la CIF. Por lo tanto, la CIE-10 y la CIF son complementarias, y se recomienda a los usuarios que utilicen conjuntamente estos dos elementos de la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS.

La CIE-10 proporciona un “diagnóstico” de enfermedades, trastornos u otras condiciones de salud y esta información se ve enriquecida por la que brinda la CIF sobre el funcionamiento. La información sobre el diagnóstico unida a la del funcionamiento, nos proporciona una visión más amplia y significativa del estado de salud de las personas o poblaciones, que puede emplearse en los procesos de toma de decisiones.

Como ya se ha mencionado en la Unidad anterior, la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS constituye una valiosa herramienta para describir y comparar la salud de la población dentro de un contexto internacional. La información sobre la morbilidad y la mortalidad (proporcionada por la CIE-10) y sobre los componentes de la salud (brindada por la CIF) se pueden combinar en una única medida de la salud de la población. Esta medida puede servir para conocer en todo momento cómo es esa salud y cómo se distribuye, así como para valorar las contribuciones de las diferentes causas de morbilidad y mortalidad.

La CIF ha pasado de ser una clasificación de “consecuencias de enfermedades” (versión de 1980) a una clasificación de “componentes de salud”. Los “componentes de salud” identifican los constituyentes de la salud, mientras que las “consecuencias” se refieren al efecto debido a las enfermedades u otras condiciones de salud. Así, la CIF adopta una posición neutral en relación con la etiología, de manera que queda en manos de los investigadores desarrollar relaciones causales utilizando los métodos científicos apropiados. De forma similar, este planteamiento es también diferente del abordaje basado en los “determinantes de salud” o en los “factores de riesgo”. Para facilitar el estudio de los “determinantes” o “factores de riesgo”, la CIF incluye una lista de factores ambientales que describen el contexto en el que vive el individuo

Objetivos de la CIF

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

- ☒ Proporcionar una base científica para la comprensión y el estudio de la salud y los estados relacionados con ella, los resultados y los determinantes;

- ☑ Establecer un lenguaje común para describir la salud y los estados relacionados con ella, para mejorar la comunicación entre distintos usuarios, tales como profesionales de la salud, investigadores, diseñadores de políticas sanitarias y la población general, incluyendo a las personas con discapacidades;
- ☑ Permitir la comparación de datos entre países, entre disciplinas sanitarias, entre los servicios, y en diferentes momentos a lo largo del tiempo;
- ☑ Proporcionar un esquema de codificación sistematizado para ser aplicado en los sistemas de información sanitaria.

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

Propiedades de la CIF

Una clasificación debería ser clara acerca de lo que clasifica: su universo, su ámbito, sus unidades de clasificación, su organización y cómo se estructuran estos elementos en función de las relaciones que establecen entre sí. Los siguientes apartados describen las propiedades básicas de la CIF.

Universo de la CIF

La CIF abarca todos los aspectos de la salud y algunos componentes del “bienestar” relevantes para la salud y los describe en términos de *dominios de salud* y *dominios “relacionados con la salud”*. La clasificación se mantiene en un concepto amplio de la salud y no cubre circunstancias que no están relacionadas con ella, tales como las originadas por factores socioeconómicos.

Por ejemplo, hay personas que pueden tener restringida la capacidad de ejecutar determinadas tareas en su entorno habitual debido a su raza, sexo, religión u otras características socioeconómicas, pero éstas no son restricciones de participación relacionadas con la salud, tal y como las clasifica la CIF.

Muchas personas consideran, erróneamente, que la CIF versa únicamente sobre personas con discapacidades; sin embargo es válida para todas las personas. La salud y los estados “relacionados con la salud” asociados con cualquier condición de la misma se pueden describir utilizando la CIF. En otras palabras, la CIF tiene una aplicación universal.

Ámbito de la CIF

Manual para Conocer la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud

La CIF proporciona una descripción de situaciones relacionadas con el funcionamiento humano y sus restricciones y sirve como marco de referencia para organizar esta información. Estructura la información de un modo significativo, interrelacionado y fácilmente accesible.

Unidad de clasificación

La CIF, clasifica la salud y los estados “relacionados con la salud”. La unidad de clasificación está constituida, por tanto, por las *categorías* de cada dominio de salud y de los dominios “relacionados con la salud”. Es importante tener presente que en la CIF las personas no son las unidades de clasificación; es decir, la CIF no clasifica personas, sino que describe la situación de cada persona dentro de un conjunto de dominios de la salud o dominios “relacionados con la salud”.

Además, la descripción siempre se hace en el contexto de los factores ambientales y personales.

ESTRUCTURA DE LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD

Para poder entender globalmente la clasificación de la CIF, es importante entender su estructura. Ésta se visualiza en la Figura.1, y queda reflejada en las definiciones de los términos que revisaremos mas a continuación-

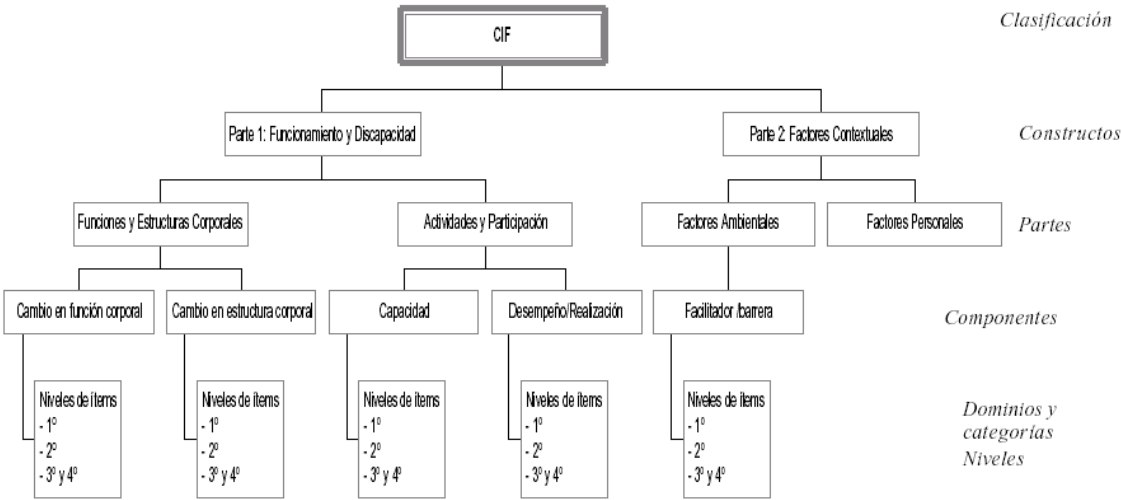


Figura 1 Estructura de la CIF

A continuación pasaremos a describir el significado y contenidos de los términos mas significativos relacionados con la estructura de la clasificación:

Clasificación.

Con este término nos referimos al “todo” al universo y estructura global de la CIF.

En un orden jerárquico, éste es el término de máximo nivel.

Partes de la clasificación.

Son sus dos grandes subdivisiones:

- ☒ Funcionamiento y Discapacidad
- ☒ Factores Contextuales

Componentes.

Son cada una de las subdivisiones principales de las Partes.

Los Componentes de la Parte 1 (Funcionamiento y Discapacidad) son:

- ☒ Funciones y Estructuras Corporales.
- ☒ Actividades y Participación.

El componente *Funciones y Estructuras Corporales* consta a su vez de dos clasificaciones, una para las Funciones Corporales (ej. Funciones mentales, Funciones sensoriales y dolor, Funciones de la voz y el habla, etc.) y otra para las Estructuras Corporales (ej. Estructuras del Sistema Nervioso; El ojo, el oído y estructuras relacionadas; Estructuras involucradas en la voz y el habla; etc.). Los capítulos de ambas clasificaciones están organizados siguiendo los sistemas corporales.

El componente *Actividades y Participación* hace referencia a los aspectos vitales relacionados con el funcionamiento, tanto desde una perspectiva individual como social. Algunos ejemplos de las áreas que abarca este componente son la Movilidad, el Autocuidado y la Vida Doméstica.

Ambos componentes de Funcionamiento y Discapacidad (Funciones y Estructuras Corporales y Actividades y Participación) pueden emplearse de dos formas. Por un lado, pueden utilizarse para indicar la presencia de problemas (ej., deficiencias en las funciones o en las estructuras corporales, limitación en la actividad o restricción en la participación), todos ellos incluidos bajo el concepto global de *discapacidad*.

Por el contrario, también pueden indicar aspectos no problemáticos (ej. neutrales) de la salud y aspectos “relacionados con la salud” (todos ellos incluidos en el concepto genérico de *funcionamiento*).

Por ejemplo, si una persona presenta una miopía podríamos utilizar el componente “Funciones y Estructuras Corporales” para indicar la presencia de una discapacidad en relación con las funciones visuales (Función Corporal) y utilizar el componente “Actividades y Participación” para indicar el nivel de funcionamiento presente en sus relaciones sociales, que no se ven afectadas por esta deficiencia.

Los Componentes de la Parte 2 (Factores Contextuales) son:

- ☒ Factores Ambientales
- ☒ Factores Personales (todavía no están clasificados en la CIF).

Los *Factores Ambientales* constituyen el ambiente físico, social y actitudinal de un individuo y ejercen un efecto en todos los componentes de la Parte 1 (Funcionamiento y Discapacidad), teniendo una influencia positiva o negativa tanto en las Estructuras y Funciones corporales como en las Actividades y en la Partición de una persona.

Algunos ejemplos de estos Factores Ambientales son el entorno natural y la presencia de cambios en el entorno, derivados de la actividad humana; las actitudes sociales etc. Dichos elementos están organizados partiendo del contexto/entorno más inmediato al individuo y llegando hasta el entorno general. Así, por ejemplo, el capítulo de Apoyo y Relaciones va desde los familiares cercanos, pasando por otros familiares, amigos, conocidos, y hasta llegar a otros profesionales.

Los *Factores Personales* son un componente de los factores contextuales pero no están clasificados todavía en la CIF debido a la gran variabilidad social y cultural asociada con ellos. Algunos ejemplos de estos factores podrían ser la edad, el sexo o la religión.

“*Constructos*”.

Este es un término el cual si bien podría ser reemplazado por otro conceptualmente equivalente pero lingüísticamente mas adecuado (“concepto” o “idea”) se ha mantenido en la clasificación dado que al formar parte de la estructura jerárquica de la clasificación, ha parecido necesario evitar la confusión que podría derivarse de sus substitución por las otras alternativas. Nos sirven para interpretar los componentes, es decir para poder saber cuál es el funcionamiento o la discapacidad de un individuo en cuanto a sus Funciones y Estructuras Corporales, su Actividad y Participación, sus Factores Ambientales y sus Factores Personales.

Hay cuatro “Constructos” para la Parte 1 y uno para la Parte 2.

Los “Constructos” de la Parte 1 son:

- ☒ Cambio en funciones corporales
- ☒ Cambio en estructuras corporales

- ☒ Desempeño/Realización (lo que la persona hace en su entorno/ambiente real)
- ☒ Capacidad (máximo nivel posible de funcionamiento que una persona puede alcanzar en un momento dado en Actividad y Participación).

El “Constructo” de la Parte 2 es:

Facilitadores/barreras (factores en el entorno de la persona que cuando están presentes o ausentes mejoran/limitan el funcionamiento y reducen/generan la discapacidad).

Estos “constructos” sólo tienen sentido dentro de la clasificación cuando les añadimos los calificadores. Así, por ejemplo, ante un caso de una persona que presenta una pérdida ligera de memoria, el “constructo” “cambio en las funciones corporales” nos serviría para interpretar el componente Funciones y Estructuras Corporales de la Parte 1 de la clasificación, pero no tendría sentido al menos que dijésemos que el “cambio en las funciones corporales” (y más concretamente en las funciones mentales) de esta persona es ligero (en este caso el calificador sería *ligero*).

Un Segundo ejemplo de utilización de este “constructo”, podría ser el relativo a una persona que ha descuidado ligeramente su cuidado personal, pero sin que para ello exista algún problema físico, mental o ambiental que se lo provoque. Este caso se relaciona con la Parte 1 de la clasificación (Funcionamiento y Discapacidad), y en concreto con el componente Actividades y Participación. El constructo adecuado sería el desempeño/realización (más concretamente desempeño/realización de autocuidado), el cual sólo tendría sentido si indicamos mediante un calificador, que no hay dificultad para realizarlo.

Del mismo modo, imaginemos una persona que tenga dificultades moderadas para transportar las bolsas de la compra. Efectivamente en esta caso nos referimos a la Parte 1 de la clasificación (Funcionamiento y Discapacidad). El componente sería el de Actividades y Participación, y el constructo sería la capacidad (más concretamente capacidad para llevar, mover y usar objetos), el cual solo tendría sentido si completamos la información mediante un calificador que defina que la capacidad es moderada.

Por último en el caso de una persona que sigue un tratamiento médico para paliar determinada patología ósea y sabemos que dichos medicamentos le producen un efecto beneficioso sobre su cuadro clínico, ¿qué Parte de la clasificación es la queremos interpretar?, ¿qué componente?, ¿cuál sería su “constructo” correspondiente? ¿cómo tomaría sentido dicho “constructo”? Efectivamente nos referimos a la Parte 2 de la clasificación (Factores Ambientales), y en concreto al componente Factores Contextuales, el constructo sería facilitador (ya que en este caso el tratamiento médico pautado supone una mejora para el funcionamiento). A continuación deberemos asignar

un calificador que en este caso podría ser *grave*, es decir que facilita en un 50-95% el funcionamiento de la persona.

Dominios.

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

Algunos ejemplos de estos dominios son:

☒ Dominios de las Funciones Corporales:

- o Funciones mentales. (Dentro de él están los dominios: Funciones mentales globales y Funciones mentales específicas).
- o Funciones sensoriales y dolor (dentro de él aparecen los dominios Vista y funciones relacionadas, Funciones auditivas y vestibulares, funciones sensoriales adicionales y Dolor).

☒ Dominios de las Estructuras Corporales:

- o Estructuras del sistema nervioso.
- o El ojo, el oído y estructuras relacionadas.

☒ Dominios de Actividades y Participación:

- o Movilidad. (Dentro de él estarían los dominios: Cambiar y mantener la posición del cuerpo, Llevar, mover y usar objetos, Andar y moverse y Desplazarse utilizando medios de transporte).
- o Autocuidado
- o Vida doméstica (Dentro de él estarían los dominios: Adquisición de lo necesario para vivir, Tareas del hogar y Cuidado de los objetos del hogar y ayudar a los demás).

☒ Dominios de los Factores Ambientales:

- o Productos y tecnología.
- o Entorno natural y cambios en el entorno derivados de la actividad humana.
- o Apoyo y relaciones.

Categorías.

Son clases y subclases dentro del dominio de cada componente. Como ya habíamos mencionado anteriormente las categorías son las unidades de clasificación (la CIF no clasifica personas).

Algunos ejemplos de categorías son:

- ☒ Dentro del dominio Funciones mentales:
 - o Funciones de la conciencia.
 - o Nivel de conciencia.
 - o Funciones de la orientación.
 - o Orientación respecto a uno mismo.
- ☒ Dentro del dominio Estructuras del Sistema nervioso:
 - o Estructura del cerebro.
 - o Estructura de los lóbulos corticales.
 - o Lóbulo frontal.
- ☒ Dentro del dominio Cambiar y mantener la posición del cuerpo:
 - o Cambiar las posturas corporales básicas.
 - o Tumbarse.
 - o Ponerse en cuclillas.
- ☒ Dentro del dominio Productos y tecnología:
 - o Productos y sustancias para el consumo personal.
 - o Comida.
 - o Productos y tecnología para uso personal en la vida diaria.

Niveles.

Constituyen el orden jerárquico proporcionando indicaciones hasta el nivel de detalle de las categorías (ej. nivel de detalle de los dominios y categorías). El primer nivel incluye todos los ítems del segundo nivel y así sucesivamente.

Algunos ejemplos de estos niveles son:

En el Capítulo 1 de Funciones Corporales el primer nivel sería el nombre del capítulo (Funciones mentales), el segundo nivel lo formarían las categorías cuyo código está formado por tres dígitos (ej. Funciones de la conciencia, Funciones de la orientación, Funciones intelectuales), el tercer nivel lo formarían las categorías que tienen un código de cuatro dígitos (estas

Manual para Conocer la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud

categorías estarían incluidas en su categoría superior), por ejemplo Nivel de conciencia, Continuidad de la conciencia y Calidad de la conciencia son categorías que están en un tercer nivel pero que están incluidas en su categoría de segundo nivel.

Por último el cuarto nivel lo formarían aquellas categorías que tienen códigos de cinco dígitos y que se encuentran subordinadas a sus categorías de nivel superior, por ejemplo categorías que están en un cuarto nivel serían Orientación respecto a uno mismo, Orientación respecto al espacio y Orientación respecto a la persona, todas estas categorías estarían subordinadas a las de tercer nivel (Orientación respecto a la persona). En este punto, se sugiere que los alumnos realicen un análisis de los diferentes niveles de detalle en determinados capítulos de la CIF para que se familiaricen con la estructura. Así se sugieren los siguientes capítulos: Capítulo 1 de Estructuras del Sistema Nervioso, Capítulo 4 de Actividades y Participación y finalmente Capítulo 1 de Factores Ambientales.

A continuación para dar una visión en conjunto y como resumen de loa aspectos estructurales, se presenta la siguiente tabla en la que se recogen todos los conceptos analizados a lo largo de la presente Unidad Didáctica:

	Parte 1: Funcionamiento y Discapacidad		Parte2: Factores Contextuales	
Componentes	Funciones Corporales Estructuras Corporales	Actividades y Participación	Factores Ambientales	Factores Personales
Dominios	Funciones Corporales (<i>Funciones mentales</i>) Estructuras Corporales (<i>Estructuras del sistema nervioso</i>)	Áreas Vitales (tareas, acciones) (<i>Movilidad, Tareas del hogar</i>)	Influencias externas sobre el funcionamiento y la discapacidad (<i>Productos y tecnología, Apoyo y relaciones</i>)	Influencias externas sobre el funcionamiento y la discapacidad (<i>Edad, sexo, religión</i>)
Constructos	Cambios en las funciones corporales (fisiológicos) (<i>Cambios en las funciones mentales ligeros</i>)	Capacidad Realización de tareas en un entorno uniforme (<i>Capacidad para llevar, mover y usar</i>)	El efecto facilitador o barrera de las características del mundo físico, social y actitudinal	El efecto de los atributos de la persona

	Cambios en las estructuras del cuerpo (anatómicas) (<i>Cambios en la estructura del cerebro ligeros</i>)	<i>objetos moderada</i>) Desempeño/ realización Realización de tareas en el entorno real (<i>Desempeño/ realización del autocuidado moderado</i>)	(<i>Facilitador productos y tecnología grave</i>)	
Aspectos positivos	Integridad funcional y estructural (<i>Funciones de la conciencia sin deficiencia</i>)	Actividades y Participación (<i>Relaciones formales sin limitaciones ni restricciones</i>)	Facilitadores (<i>Medicamentos como facilitador para el funcionamiento</i>)	No aplicable
	Funcionamiento			
Aspectos negativos	Deficiencia (<i>Funciones de la conciencia alteradas</i>)	Limitación en la actividad (<i>No tiene relaciones formales</i>) Restricción en la participación (<i>No tiene relaciones formales pero podría tenerlas en un ambiente uniforme</i>)	Barreras (<i>Mal horario de autobuses adaptados</i>)	No aplicable
	Discapacidad			

Definiciones para las categorías de la CIF

Las definiciones son enunciados que establecen los atributos esenciales (ej. cualidades, propiedades o relaciones) de los conceptos incluidos en cada categoría. Una definición establece a qué fenómeno o asunto hace referencia el término, y para que pueda ser empleado operacionalmente. La definición indica así mismo en qué difiere este término de otros asuntos o fenómenos relacionados.

En la CIF cada categoría se acompaña de su correspondiente definición, y en las categorías de segundo nivel, la definición aparece además acompañado de sus correspondientes términos de inclusión y de exclusión, por ejemplo:

Manual para Conocer la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud

- ☒ En el ítem b114 Funciones de la orientación tenemos la siguiente definición:

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.

Incluye: funciones de la orientación respecto al tiempo, lugar y persona; orientación respecto a uno mismo y a los demás: desorientación respecto al tiempo, lugar y persona.

Excluye: funciones de la conciencia (b110); funciones de la atención (b140); funciones de la memoria (b144).

- ☒ En el ítem d175 Resolver problemas, tenemos la siguiente definición:

Encontrar soluciones a problemas o situaciones identificando y analizando los diferentes aspectos, desarrollando opciones y soluciones, evaluando efectos potenciales de las soluciones, y ejecutando la solución escogida, como resolver una disputa entre dos personas.

Incluye: resolver problemas simples y complejos.

Excluye: pensar (d163); tomar decisiones (d177).

- ☒ En el ítem e255 Clima, tenemos la siguiente definición:

Características y aspectos meteorológicos, como la temperatura, la pluviosidad,, etc.

Incluye: temperatura, humedad, presión atmosférica, precipitaciones, viento y variaciones estacionales.

Para la elaboración de las definiciones de las categorías de la CIF, se consideró como idóneo que las definiciones operacionales de las categorías reunieran las siguientes características:

- ☒ Deben ser precisas, sin ambigüedades y cubrir el significado del término en su totalidad.
- ☒ Cuando sea apropiado, deben referirse a posibles factores causales o presencia de interacciones.
- ☒ Deben encajar dentro de los atributos de los términos de las categorías superiores (ej. un término de tercer nivel debería incluir las características generales de la categoría de segundo nivel a la cual pertenece).
- ☒ Deben ser consistentes con los atributos de los términos subordinados (ej. los atributos de un término de segundo nivel no pueden entrar en contradicción con aquellos del tercer nivel que están por debajo de él).
- ☒ En la medida que sea posible, deben expresarse en términos neutros, sin incluir connotaciones negativas innecesarias.

- ☑ Deben tener criterios de inclusión con sinónimos y ejemplos que tengan en cuenta variaciones culturales y posibles diferencias que surjan a lo largo de la vida.
- ☑ Deben tener criterios de exclusión para alertar a los usuarios de la posibilidad de que surjan confusiones con otros términos relacionados.

Consideraciones adicionales sobre la terminología

La terminología de cualquier clasificación establece la distinción fundamental entre el fenómeno que se está clasificando y la estructura de la clasificación en sí misma. Por norma, es importante distinguir entre el mundo y los términos que empleamos para describir ese mundo. Por ejemplo, los términos “dimensión” o “dominio” podrían definirse con precisión para hacer referencia al mundo real, mientras que “componente” y “categoría” se definen para hacer referencia a la propia clasificación.

Al mismo tiempo, existe una correspondencia entre esos términos, por lo que es posible que un gran número de usuarios puedan emplearlos indistintamente. Sin embargo, en circunstancias en las que los requerimientos son más estrictos, por ejemplo para crear bases de datos o modelos de investigación, resulta indispensable que los usuarios identifiquen por separado, y empleando una terminología específica, cuales son los elementos del modelo conceptual y cuales los de la estructura de la clasificación.

Sin embargo, somos conscientes de que no merece la pena el esfuerzo necesario para conseguir el nivel de precisión y exactitud que puede aportar esta aproximación, puesto que tal nivel de abstracción debilitaría la utilidad de la CIF, y lo que es más importante, restringiría el rango de usuarios potenciales de esta clasificación.

LECTURA DE APOYO 8

CUESTIONES TAXONOMICAS

INTRODUCCIÓN

Antes de entrar en conceptos específicos, es importante hacer hincapié en que la CIF no pretende clasificar grupos ni personas, sino circunstancias, características de la salud de las personas dentro del contexto de las situaciones individuales de sus vidas y de los efectos ambientales. Es importante que las personas no sean reducidas o caracterizadas sólo sobre la base de sus deficiencias, sino también por sus capacidades pues es básico para desarrollar lo positivo de cada uno.

Es necesario el respeto a la diferencia y aceptar a las personas como son en cada una de las etapas de su vida.

PRINCIPIOS TAXONÓMICOS.

La clasificación se organiza de acuerdo con un conjunto de principios que hacen referencia a la interrelación entre los niveles y los conjuntos de niveles, es decir entre los niveles y su jerarquía.

Estos principios son los siguientes:

- Los componentes de Funciones y Estructuras corporales, Actividades y Participación y Factores Ambientales se clasifican de manera independiente. Por lo tanto, un término incluido en uno de estos componentes no se repite en otro.

Por ejemplo si una persona tiene miopía vemos que su función visual (b210) está afectada, si además está afectada su estructura del globo ocular (s220) este último ítem hace referencia tan sólo a la estructura y no a la función. Si pusiésemos que la Actividad de Mirar está afectada con esto sólo haríamos referencia a la actividad en sí misma y no a las Funciones o a las Estructuras del ojo. Por último decir que si la persona usa gafas podríamos poner que este producto de ayuda (e1151) sólo hace referencia al Ambiente y no a las Funciones, ni a las Estructuras ni a las Actividades o la Participación.

- Dentro de cada componente, las categorías se organizan siguiendo un esquema arboriforme de manera que una categoría de menor nivel comparte los atributos de las categorías de mayor nivel a las que pertenece.

Manual para Conocer la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud

Por ejemplo, siguiendo con el mismo ejemplo, en el capítulo 2 de Funciones Corporales, dentro del dominio Vista y funciones relacionadas, tendríamos la siguiente estructura:

b210 Funciones visuales
b2100 Funciones de la agudeza visual
b21000 Agudeza binocular a larga distancia
b21001 Agudeza monocular a larga distancia
b21002 Agudeza binocular a corta distancia
b21003 Agudeza monocular a corta distancia

De acuerdo con lo dicho en este principio todos los ítems b21000, b21001, b21002 y b21003 comparten los atributos de la agudeza visual, es decir todas son funciones visuales que permiten percibir la forma y el contorno a corta y larga distancia.

- Las categorías pretender ser excluyentes entre sí, por ejemplo, no hay dos categorías situadas en el mismo nivel que compartan exactamente los mismos atributos. Estas categorías comparten parte de sus atributos (que son los correspondientes a su categoría de nivel superior) y tienen atributos propios. Siguiendo con el mismo ejemplo los ítems b21000, b21001, b21002 y b21003 como ya hemos dicho comparten los atributos de la agudeza visual, pero cada uno tiene sus propios atributos:

b21000 Agudeza binocular a larga distancia. Funciones visuales que permiten percibir el tamaño, la forma y el contorno de objetos *distantes, utilizando los dos ojos*.

b21001 Agudeza monocular a larga distancia. Funciones visuales que permiten percibir el tamaño, la forma y el contorno de objetos *distantes, utilizando alternativamente el ojo derecho y el izquierdo*.

b21002 Agudeza binocular a corta distancia. Funciones visuales que permiten percibir el tamaño, la forma y el contorno de objetos *cercanos, utilizando los dos ojos*.

b21003 Agudeza monocular a corta distancia. Funciones visuales que permiten percibir el tamaño, la forma y el contorno de objetos *cercanas, utilizando alternativamente el ojo derecho y el izquierdo*.

CONCEPTOS FUNDAMENTALES

Condición de salud

Condición de salud, es un término genérico que incluye enfermedad (aguda o crónica), trastorno, traumatismo o lesión, como por ejemplo un trastorno de **Manual para Conocer la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud**

pánico, la fobia social o la ludopatía. Una “condición de salud” puede incluir también otras circunstancias como embarazo, envejecimiento, estrés, anomalías congénitas o predisposiciones genéticas. Mientras que las “condiciones de salud” se codifican utilizando la CIE-10, para obtener un diagnóstico de las enfermedades o los trastornos, el funcionamiento y la discapacidad asociados con estas condiciones de salud se clasifican en la CIF, que nos proporciona información sobre los componentes de la salud.

Dominio

El término inglés “domain” se ha traducido en la CIF como “dominio”, significando “orden determinado de ideas, materias o conocimientos”. Las alternativas de “área” o “campo” han sido desechadas debido a la importancia que tiene este concepto en la clasificación y a la posible confusión a la que podría dar lugar el uso de estos términos con un carácter más general.

De este modo, el concepto de dominio queda definido como un conjunto relevante y práctico de funciones fisiológicas, estructuras anatómicas, acciones, tareas o áreas de la vida relacionadas entre sí. Los dominios constituyen los distintos capítulos y bloques en cada componente.

Como ejemplos de dominios tenemos:

P Dentro del capítulo 8 del componente Funciones Corporales:

- Funciones de la piel y estructuras relacionadas (*nombre del capítulo*)
- Funciones de la piel (*bloque*)
- Funciones del pelo y de las uñas (*bloque*)

P Dentro del capítulo 8 del componente Estructuras Corporales:

- Piel y estructuras relacionadas (*nombre del capítulo*)

P Dentro del capítulo 6 de Actividades y Participación:

- Vida doméstica (*nombre del capítulo*)
- Adquisición de lo necesario para vivir (*bloque*)
- Tareas del hogar (*bloque*)
- Cuidado de los objetos del hogar y ayudar a los demás (*bloque*)

P Dentro del capítulo 3 de Factores Ambientales:

- Apoyo y relaciones (*nombre del capítulo*)

Estado de salud y Dominios de salud

Un *estado de salud* es el nivel de funcionamiento de un individuo dentro de un determinado “dominio de salud” de la CIF, es decir lo que un individuo con una determinada condición de salud hace o puede hacer, por ejemplo, es el funcionamiento global del individuo en el dominio de salud “funciones sensoriales y dolor”.

Los *dominios de salud* indican las áreas de la vida que están incluidas en el concepto de “salud”, por ejemplo, aquellas que cuando se definen los objetivos de los sistemas de salud se consideran como su responsabilidad prioritaria.

Manual para Conocer la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud

Algunos ejemplos de dominios de salud que nos encontramos en la CIF son:

↳ Dentro del capítulo 8 del componente Funciones Corporales:

- Funciones de la piel y estructuras relacionadas (*nombre del capítulo*)
- Funciones de la piel (*bloque*)
- Funciones del pelo y de las uñas (*bloque*)

↳ Dentro del capítulo 8 del componente Estructuras Corporales:

- Piel y estructuras relacionadas (*nombre del capítulo*)

Estados “relacionados con la salud” y dominios “relacionados con la salud”.

Un *estado “relacionado con la salud”* es el nivel de funcionamiento dentro de un determinado “dominio relacionado con la salud” de la CIF, por ejemplo sería el nivel de funcionamiento de la persona en el autocuidado o en las tareas del hogar. Los “dominios relacionados con la salud” son aquellas áreas de funcionamiento que, aún teniendo una fuerte relación con la salud, no se incluyen dentro de las responsabilidades prioritarias de los sistemas de salud, sino más bien, dentro de las de otros sistemas que contribuyen al “bienestar” global, como por ejemplo: transporte, educación, interacciones sociales, etc.

Algunos ejemplos de dominios relacionados con la salud que se clasifican en la CIF son:

↳ Dentro del capítulo 6 de Actividades y Participación:

- Vida doméstica (*nombre del capítulo*)
- Adquisición de lo necesario para vivir (*bloque*)
- Tareas del hogar (*bloque*)
- Cuidado de los objetos del hogar y ayudar a los demás (*bloque*)

↳ Dentro del capítulo 3 de Factores Ambientales:

- Apoyo y relaciones (*nombre del capítulo*)

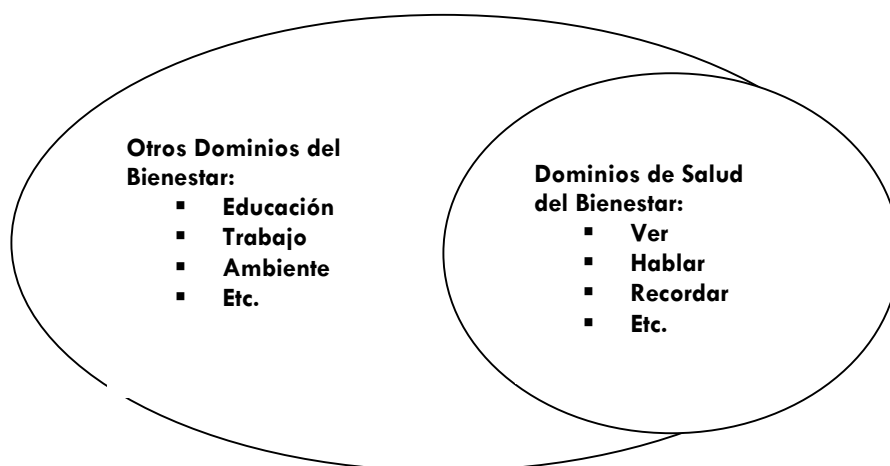
La CIF no aboga por la existencia de una separación estricta entre la “salud” y los “dominios relacionados con la salud”. Más bien acepta que puede haber una “zona gris” entre ellos, en función de cómo conceptualicemos los elementos de “salud” y los elementos “relacionados con la salud” y su situación dentro de los dominios de la CIF.

Como ya hemos dicho la CIF engloba los dominios de salud y los dominios “relacionados con la salud”, que se describen en ella desde la perspectiva corporal e individual mediante dos listados básicos:

- (1) Funciones Corporales.
- (2) Actividades y Participación.

Bienestar

Es un término general que engloba todos los dominios de la vida humana, incluyendo aquellos aspectos físicos, mentales y sociales que componen lo que se considera como tener una "buena vida". Los dominios de salud son un subgrupo dentro de los dominios que componen todo el universo de la vida humana.



En la CIF solamente se consideran los dominios del bienestar que se refieren a la salud o que tienen relación con ella. Aunque mantiene un concepto amplio de la salud no cubre aquellos dominios del bienestar que no tienen relación con ella, tales como el sexo, la edad, la raza, la forma física, los factores socioeconómicos, etc., aunque se reconoce que éstos pueden interaccionar positiva o negativamente en el funcionamiento y la discapacidad de la persona.

Funcionamiento y Discapacidad

Funcionamiento es un término genérico que incluye Funciones Corporales, Estructuras Corporales, Actividades y Participación. Indica los aspectos positivos de la interacción de un individuo (con una "condición de salud") y los Factores Contextuales (Factores Ambientales y Personales).

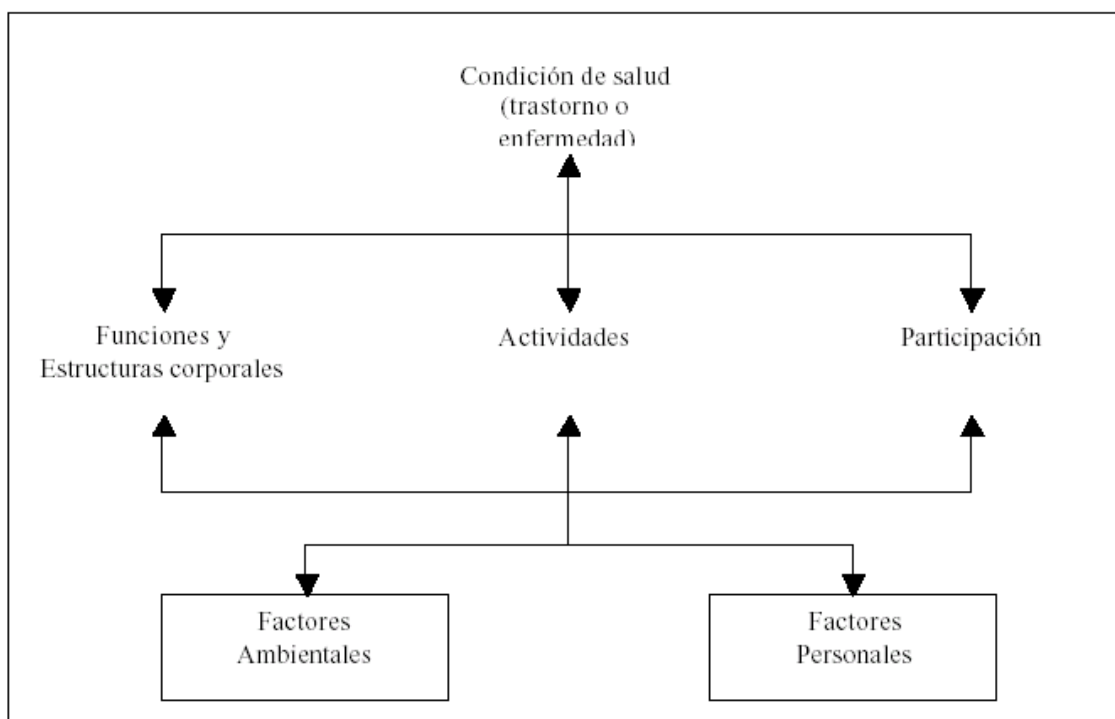
El funcionamiento no es el mismo en todas las personas, así, dos personas con la misma condición de salud (ej. sordera) pueden tener distinto funcionamiento, por ejemplo si en el dominio de la educación uno tiene las clases adaptadas y otro no, si uno sabe lenguaje de signos y otro no, etc. Así mismo, dos personas con el mismo funcionamiento no tienen por qué tener la misma condición de salud (uno puede tener una fractura en una pierna y el otro padecer artritis).

Existe una interacción dinámica entre la condición de salud y los Factores Contextuales, tal que si variamos uno de ellos el otro puede verse modificado y el funcionamiento del individuo variaría. Por ejemplo si un individuo con una condición de salud tal como la ceguera, tiene un funcionamiento, en el que se

incluye el acceso a su sitio de trabajo porque el edificio ha sido diseñado con rampas de entrada y de salida (Factor Ambiental) y cambiáramos dicho Factor Ambiental eliminando las rampas, el funcionamiento del individuo variaría, pero su condición de salud seguiría siendo la misma.

Discapacidad. Es un término genérico, que incluye deficiencias en las funciones corporales y en las estructuras corporales, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una “condición de salud”) y los Factores Contextuales (Factores Ambientales y Personales).

La discapacidad, al igual que el funcionamiento, se entiende como una interacción dinámica o compleja entre la condición de salud y los Factores Contextuales, de tal manera que si variamos uno de ellos el otro puede verse afectado y la discapacidad que tiene la persona variaría. Por ejemplo, una persona que vive sola y tiene una lesión en una rodilla que le impide vestirse sin ayuda, puede tener discapacidad, entre otras cosas no podría vestirse porque no tiene un cuidador, si variásemos esta última circunstancia la discapacidad también variaría.



Funciones Corporales

Son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales (incluyendo las funciones psicológicas).

Las funciones corporales se clasifican en los siguientes apartados:

- Funciones mentales.
- Funciones sensoriales y dolor.
- Funciones de la voz y el habla.
- Funciones de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio.
- Funciones de los sistemas digestivo, metabólico y endocrino.
- Funciones genitourinarias y reproductoras.
- Funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento.
- Funciones de la piel y estructuras relacionadas.

Algunos ejemplos de funciones corporales podrían ser las “funciones mentales”, las “funciones relativas a la vocalización” o el “transporte de comida a través del estómago y los intestinos”.

Estructuras corporales

Son las partes anatómicas del cuerpo, tales como los órganos, las extremidades y sus componentes. Aunque en la CIDDM de 1980 se hablaba de “órgano” este concepto no está claro dado que es difícil identificar y definir sus límites e implica la existencia de una entidad o unidad dentro del cuerpo, por estos motivos es por los que en la CIF el término “órgano” se sustituye por el de “estructura corporal”.

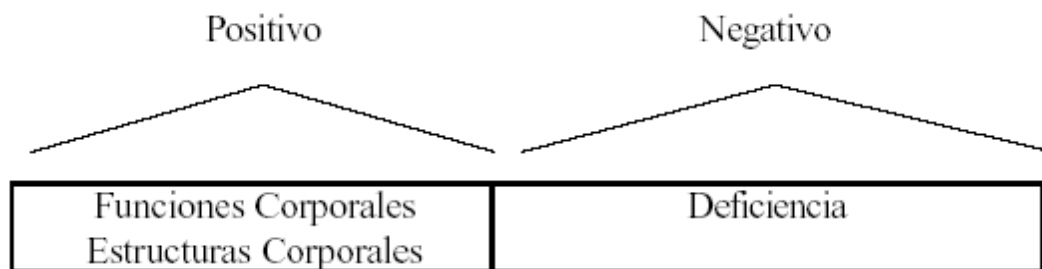
Las estructuras corporales se clasifican en los siguientes apartados:

- Estructuras del sistema nervioso.
- El ojo, el oído y estructuras relacionadas.
- Estructuras involucradas en la voz y el habla.
- Estructuras de los sistemas cardiovascular, inmunológico y respiratorio.
- Estructuras relacionadas con los sistemas digestivo, metabólico y endocrino.
- Estructuras relacionadas con el sistema genitourinario y el sistema reproductor.
- Estructuras relacionadas con el movimiento.
- Piel y estructuras relacionadas.

Algunos ejemplos de estructuras corporales que se clasifican en la CIF podrían ser “estructuras del sistema nervioso”, “estructura de la laringe” o “intestino delgado”.

Deficiencia

Son problemas en las funciones o estructuras corporales, tales como una desviación significativa de la “norma” generalmente aceptada respecto al estado biomédico del cuerpo y sus funciones, o una pérdida de dichas funciones o estructuras.



Deficiencia

Las deficiencias en la estructura corporal pueden incluir anomalías, defectos, pérdidas o cualquier otra desviación en las estructuras corporales (ej. Rotura de una articulación), dichas deficiencias se han conceptualizado de forma que su descripción concuerde con el nivel médico de conocimientos que tenemos de las estructuras, pero debe advertirse que las deficiencias no equivalen a una patología subyacente (ej. artritis) sino que constituyen la forma de manifestarse esa patología (ej. dolor en las articulaciones).

Las deficiencias pueden ser temporales (tener una fractura en un hueso significaría tener una deficiencia temporal en la estructura corporal de dicho hueso) o permanentes (una persona con paraplejía tendría una deficiencia permanente en los músculos de la mitad inferior del cuerpo); progresivas (una persona con una ceguera de carácter crónico tendría una deficiencia en la función de la visión), regresivas (una persona con afonía debida al frío tendría una deficiencia en las funciones de producción de la voz que desaparecería al cabo de unos días) o estáticas (una persona con una sordera congénita tendría deficiencia en las funciones auditivas); intermitentes (una persona que sufre mareos de vez en cuando) o continuas (una persona con alergia tiene una deficiencia en su sistema inmunológico). La desviación de la norma puede ser leve o grave y fluctuar con el tiempo.

Las deficiencias no tienen relación causal ni con su etiología ni con su forma de desarrollarse; por ejemplo, la pérdida de visión o de un miembro puede surgir de una anomalía genética o de un trauma. La presencia de una deficiencia necesariamente implica una causa, sin embargo, la causa puede no ser suficiente para explicar la deficiencia resultante.

Además, cuando existe una deficiencia, también existe una disfunción en las funciones o estructuras del cuerpo, pero esto puede estar relacionado con cualquiera de las diferentes enfermedades, trastornos o estados físicos.

Las deficiencias son parte o una expresión de un estado de salud, pero no indican necesariamente que esté presente una enfermedad o que el individuo deba ser considerado como un enfermo. El concepto de deficiencia es más amplio, e incluye más aspectos que el de trastorno o el de enfermedad; por

ejemplo, la pérdida de una pierna es una deficiencia, no un trastorno o una enfermedad.

Las deficiencias pueden derivar en otras deficiencias; por ejemplo, la disminución de la fuerza muscular puede causar una deficiencia en las funciones de movimiento, las deficiencias de las funciones respiratorias pueden afectar al funcionamiento cardíaco, y una percepción deficitaria puede afectar a las funciones del pensamiento.

Para ejemplificar tanto las deficiencias como el funcionamiento en las Estructuras y Funciones Corporales podríamos decir que una chica que ha sufrido un traumatismo craneal el cuál ha derivado en una paraplejia tendría una deficiencia en el patrón de la marcha (b770) pero si esta chica se esfuerza mucho y es muy constante en su rehabilitación tendría un buen funcionamiento en la motivación (b1301).

Actividad

Es la realización de una tarea o acción por parte de un individuo. Representa la perspectiva del individuo respecto al funcionamiento.

La dimensión Actividad abarca todo el rango de áreas vitales que tienen relación con la salud, desde el aprendizaje básico o la mera observación hasta otras áreas más complejas tales como las interacciones personales y el empleo.

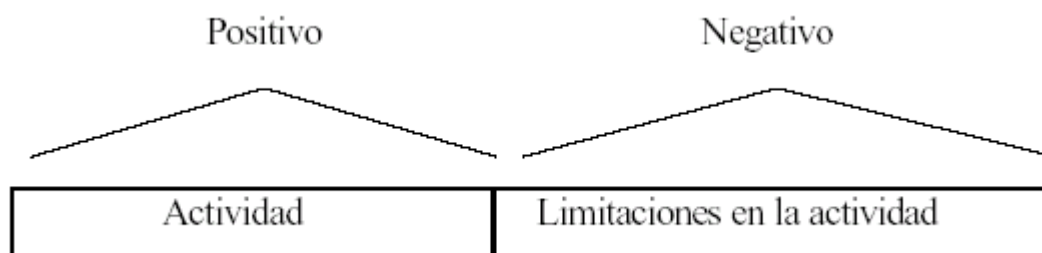
La actividad (al igual que la Participación) se clasifica en los siguientes apartados:

- Aprendizaje y aplicación del conocimiento.
- Tareas y demandas generales.
- Comunicación.
- Movilidad.
- Autocuidado.
- Vida doméstica.
- Interacciones y demandas interpersonales.
- Áreas principales de la vida.
- Vida comunitaria, social y cívica.

Algunos ejemplos de actividades clasificadas en la CIF pueden ser agarrar, sentarse o tumbarse, recordar o adquirir conocimientos, conducir un vehículo o interactuar con personas en situaciones formales.

Limitaciones en la actividad

Son dificultades que un individuo, con un determinado estado de salud, puede tener en el desempeño/realización de diversas actividades.



La actividad está limitada cuando la persona, en el contexto de un estado de salud, tiene dificultades para realizar la actividad de la manera esperada, o no puede realizarla. Ejemplos de estas limitaciones pueden ser una dificultad leve de una persona con artritis para llevar las bolsas de la compra (llevar objetos en las manos), una dificultad grave de una persona daltónica para conducir un coche o una dificultad completa para realizar transacciones complejas en una persona que no ha aprendido los cálculos matemáticos básicos.

Otro ejemplo podría ser el de la chica que tuvo el accidente cerebral, debido a que tiene una paraplejia tiene una limitación en la actividad de andar (d450) pero si esta chica en vez de quedarse en su casa sigue saliendo y acude a diversos lugares utilizando una silla de ruedas diríamos que esta chica realiza la actividad de desplazarse utilizando algún tipo de equipamiento (d465) lo cual es un factor muy positivo que deberíamos tener en cuenta.

Las dificultades en las actividades pueden surgir cuando existe una alteración cualitativa o cuantitativa en la forma en que estas actividades son llevadas a cabo. Las limitaciones en la actividad se evalúan en comparación con una norma aceptada, de acuerdo con las expectativas culturales y sociales de la población, es decir, se compara el desempeño/realización de estas actividades por parte de un individuo con el de las personas que no tienen un estado de salud similar al suyo.

El término “limitaciones en la actividad” sustituye al de “*discapacidad*” utilizado en la versión de 1980 de la CIDDM, ya que en la CIF, como se ha comentado anteriormente el término “discapacidad” ha pasado a ser un término global.

La utilización de dispositivos de ayuda o asistencia personal no elimina la deficiencia, pero puede suprimir las limitaciones en la actividad en áreas específicas. Sin estos dispositivos de ayuda, la actividad de la persona estaría limitada. Por otra parte, una persona con una deficiencia que afecta a las actividades normales (ej. comer) puede realizar la actividad de una manera alternativa (ej. Mediante alimentación por sonda).

Participación

Es el acto de involucrarse en una situación vital. Representa la perspectiva de la sociedad respecto al funcionamiento.

La dimensión de Participación trata de las circunstancias sociales en relación con el funcionamiento de un individuo en diferentes áreas de la vida. La participación denota el grado de implicación de la persona. Esta implicación incluye ideas como las de tomar parte, ser incluido o participar en alguna área de la vida, así como las de ser aceptado, o tener acceso a los recursos necesarios. Esta respuesta de la sociedad al nivel de funcionamiento del individuo, puede facilitar u obstaculizar la participación de éste en varias áreas. La implicación se refiere por tanto a la experiencia vivida por las personas en el contexto real en el que viven.

Algunos ejemplos de participaciones son: agarrar, sentarse o tumbarse, recordar o adquirir conocimientos, conducir un vehículo o interactuar con personas en situaciones formales; pero a diferencia de las actividades estos ejemplos deben ser vistos desde el punto de vista social, no individual. Así por ejemplo la participación en adquirir conocimientos de un niño, perteneciente a una minoría social, constituye la implicación de ese niño para adquirir dichos conocimientos (incluyendo la aceptación de sus compañeros de clase, las ayudas brindadas por sus profesores o el tener acceso al material escolar necesario).

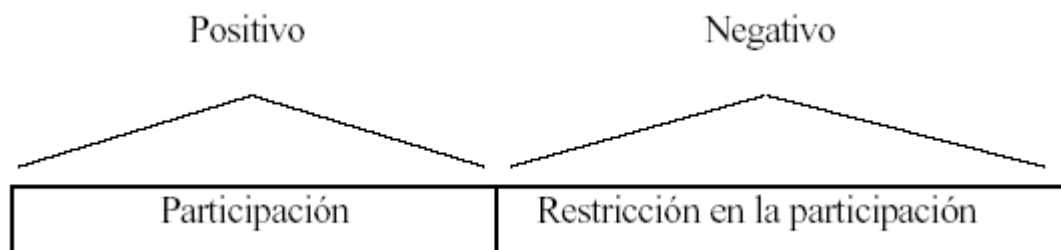
Es difícil distinguir entre “Actividades” y “Participación” basándose en los dominios del componente Actividades y Participación de la CIF, ya que la perspectiva individual está íntimamente relacionada con la social, y surgen complicaciones al intentar hacer esta distinción de manera universal (debido a la variación intercultural y a los distintos acercamientos que hacen los distintos profesionales). Esta es la razón por la que la CIF aporta una única lista de dominios para ambas dimensiones.

Las actividades una vez aprendidas por entrenamiento o de cualquier otra forma, permiten a la persona una mayor participación: en la relación social, en el mantenimiento personal, en la movilidad, en el intercambio de información.... Es decir, nuestra intervención posibilita que aunque no se logre reducir o eliminar la deficiencia, el grado de discapacidad y su desventaja social, se reduce en la medida que educamos, fomentamos la participación y adaptamos el contexto.

La discapacidad no está condicionada por el grado de deficiencia sino también por la riqueza ambiental. Está claro que el mismo grado y tipo de deficiencia produce resultados distintos y se manifiesta con evidentes diferencias de acuerdo a los aprendizajes realizados y las oportunidades que la persona tiene, incluyendo el grado de adaptación a la diferencia de la propia sociedad, la eliminación de barreras físicas y psicológicas, los medios reales que ponemos a favor de la participación de todos en la vida ciudadana, la actividad económica y el prestigio social.

Restricciones en la participación

Son problemas que un individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales.



La presencia de una restricción en la participación viene determinada por la comparación de la participación de esa persona, con un estado de salud, con la participación esperable de las personas que no tuviesen un estado de salud similar al suyo (enfermedad, trastorno, daño, etc.).

Ejemplos de restricciones en la participación serían no poder utilizar medios de transporte público (porque no tienen adaptaciones para sillas de ruedas), no poder relacionarse con otras personas (porque debido a su retraso mental la gente lo rechaza), no participar en actividades deportivas (porque debido a su condición de salud no es admitido en un equipo).

Otro ejemplo de restricción en la participación sería el de la chica con paraplejía que venimos explicando, si esta chica antes del accidente acudiese a un polideportivo lejano de su casa y ahora quisiera ir a él pero los autobuses no tuviesen adaptaciones para su silla de ruedas tendría una restricción en la participación para utilizar transporte público (d4702) pero si acudiese a uno cercano a su casa, no dejando de hacer deporte por el hecho de tener que utilizar una silla de ruedas, su participación en actividades deportivas (d9201) habría que tenerla en cuenta ya que esto contribuiría a su bienestar psicológico.

Una restricción en la participación puede ser causada directamente por el entorno social, incluso cuando la persona no tiene deficiencias o limitaciones en la actividad. Por ejemplo, una persona con un VIH positivo sin ningún síntoma o enfermedad, o alguien con una predisposición genética a cierta enfermedad, puede no mostrar deficiencias o limitaciones en la actividad y sin embargo, puede denegársele el acceso a servicios a causa de actitudes sociales o por ser estigmatizado.

En la CIF no se consideran como restricciones en la participación aquellas circunstancias que no están relacionadas con la salud del individuo, por ejemplo el nivel socioeconómico, la edad, el sexo, la religión, etc. El término “restricciones en la participación” sustituye al de “minusvalía” utilizado en la CIDDM de 1980. “*Minusvalía*” se definía en la anterior clasificación como una situación de desventaja de un individuo determinado a consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que le limita o impide el desempeño del rol que sería normal en su caso (en función de la edad, sexo y factores sociales y

culturales). En esta clasificación ha desaparecido el término, debido a su connotación peyorativa en lengua inglesa.

Ejemplos de casos en los que se da: Deficiencia, Limitaciones en la Actividad y Restricciones en la Participación.

Deficiencia que no conduce a limitación en la actividad ni a un problema de participación

Un niño nace sin una uña. Esta malformación es una deficiencia de estructura pero no interfiere con las funciones de la mano del niño o en las actividades que el niño realiza con sus manos, por lo tanto no existe limitación en la actividad. De la misma manera puede no existir restricción en la participación, tal como jugar con otros niños sin ser ridiculizado o excluido por causa de esta malformación.

Otro ejemplo podría ser el de una persona que tiene una desfiguración como consecuencia de la lepra. El tener dicha desfiguración (deficiencia en las estructuras de la piel) no significa que tenga limitadas sus actividades, así como tampoco tiene por qué sufrir restricciones en la participación.

Deficiencia que no conduce a limitación en la actividad pero sí a un problema de participación

Un niño diabético tiene una deficiencia de función; el páncreas no funciona y no produce insulina. La diabetes puede ser controlada con medicación (ej. insulina). Cuando el nivel de insulina está bajo control no existen limitaciones en la actividad relacionada con la deficiencia. Sin embargo, el niño con diabetes puede experimentar un problema de participación al ser incapaz de comer azúcar y no poder involucrarse en comidas con compañeros o amigos.

Otro ejemplo puede ser el de una persona con vitiligo en la cara y que no tenga otros problemas físicos. Este problema no produce limitación en la actividad. Sin embargo, la persona vive en el entorno donde la actitud hacia el vitiligo son tales, que se toma como lepra y se considera contagioso. Esto lleva a una restricción significativa en la participación de relaciones sociales.

Deficiencia que conduce a limitación en la actividad y – dependiendo de las circunstancias- a problemas o no de participación

Una variación significativa en el desarrollo intelectual es una deficiencia mental y puede conducir a alguna limitación en varias actividades individuales. Los factores contextuales pueden afectar el grado de participación de la persona en diferentes áreas de la vida. Por ejemplo, un niño con este tipo de deficiencia mental podría experimentar pocas desventajas en un entorno controlado, donde tuviera que realizar una serie de tareas simples pero necesarias. Un niño similar que creciera en un entorno competitivo y con altas expectativas

escolares, podría experimentar restricción en la participación en varias situaciones sociales sofisticadas.

Deficiencia experimentada en el pasado, que no conduce a limitación en la actividad pero puede causar problemas de participación

A un individuo que se ha recuperado de un episodio sicótico agudo y que sufre el estigma de ser un “paciente mental” puede que se le deniegue el empleo o la aceptación social.

Diferentes deficiencias y limitaciones en la actividad que conducen a problemas similares de participación

Un problema de participación en la vida laboral puede existir porque la persona puede no ser contratada para un trabajo en la creencia de que la paraplejia le impide la realización de las tareas requeridas para ese trabajo.

Otra persona con una paraplejia menos severa que pueda desempeñar las tareas necesarias de un trabajo, puede no ser contratada porque se han llenado las cuotas de empleo para personas con discapacidades. Una persona que es capaz de desempeñar las tareas requeridas para la actividad laboral, puede no ser contratada porque él o ella tiene una discapacidad que es aliviada con el uso de una silla de ruedas. Otro usuario de silla de ruedas puede ser contratado para el trabajo y ser capaz de realizar las tareas laborales pero puede estar restringido en su participación en aspectos del empleo tales como su relación con sus compañeros, a causa de que el acceso a las áreas relacionadas con el descanso laboral no están disponibles. Esta restricción social en el lugar de trabajo puede impedir el acceso a oportunidades laborales futuras.

Presunta deficiencia que conduce a restricciones en la participación sin limitación en la actividad

Una persona ha estado trabajando con pacientes que tienen SIDA. Esta persona está sana pero debe someterse a periódicos análisis de VIH. Esta persona no experimenta limitaciones en la actividad, pero la gente que le conoce sospecha que puede haber adquirido el virus y le evitan. Esto conduce a importantes restricciones en la participación social.

Limitaciones en la actividad sin tener deficiencias evidentes

Una persona que tiene varias enfermedades puede tener una realización pobre de las actividades diarias (ej. labores del hogar), pero la deficiencia no es evidente.

Restricciones en la participación sin deficiencias o sin limitaciones en la actividad.

Una persona que ha sufrido hace años una enfermedad mental pero que se encuentra totalmente recuperado no tiene ninguna deficiencia y puede realizar todas las actividades, pero debido al estigma puede tener restricciones en la participación, por ejemplo para encontrar trabajo.

Limitaciones en la actividad sin problemas de participación.

Una persona con limitaciones en la movilidad, puede tener maneras alternativas proporcionadas por la sociedad para que participe en situaciones importantes de la vida, ejemplo podría acudir al cine con una silla de ruedas ya que este estaría diseñado para que pudiese acceder y acomodarse en él.

Experimentar un grado de influencia en dirección contraria

Una limitación en la movilidad de las extremidades debida a una inactividad podría dar lugar a una deficiencia en el funcionamiento de dichas extremidades (atrofia).

Desempeño/realización

Es un “constructo” que describe, como calificador, lo que los individuos hacen en su ambiente / entorno real.

Además de hacer referencia a un contexto/entorno individual (las actividades que la persona puede realizar) el contexto/entorno real incluye también el contexto/entorno social, de esta última perspectiva se puede entender el desempeño/realización como la participación de la persona en las situaciones vitales.

Por ejemplo, una persona con una enfermedad mental que acude a algún tipo de asociación que se corresponda con sus aficiones no tendría dificultad en el desempeño/realización de la vida comunitaria, sin embargo si esta misma persona acude a ese centro y se siente rechazada por el resto de sus miembros entonces tendría una dificultad completa en el desempeño/realización de la vida comunitaria.

El contexto/entorno actual se describe utilizando el componente Factores Ambientales.

Capacidad

Es un “constructo” que indica, como calificador, la aptitud de un individuo para realizar una tarea o acción. Indica el máximo nivel posible de funcionamiento que puede alcanzar una persona en un dominio de Actividades y Participación en un momento dado.

La capacidad se mide en un contexto/entorno uniforme o normalizado, que neutraliza el efecto de los diversos contextos/entornos en la capacidad del individuo. Este contexto/entorno uniforme o normalizado se puede entender,

Manual para Conocer la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud

bien como el contexto/entorno que se usa en situaciones de evaluación o bien como aquel contexto/entorno que tiene un efecto uniforme. Por ejemplo, si una persona sin problemas de movilidad y con ligeras deficiencias visuales no sale a dar paseos a la calle por la mala pavimentación del suelo, su capacidad en movilidad sería “no hay dificultad”, ya que en un contexto/entorno uniforme la pavimentación del suelo estaría bien y la persona puede caminar sin ninguna dificultad.

El contexto/entorno normalizado, al igual que el real, se puede describir utilizando el componente de Factores Ambientales de la CIF.

Factores Contextuales

Los Factores Contextuales son los factores que constituyen el trasfondo total de la vida de un individuo y de su estilo de vida. Incluyen los Factores Ambientales y los Factores Personales que pueden tener un efecto en la persona con una condición de salud y sobre la salud y los estados “relacionados con la salud” de esta persona.

Factores Ambientales

Constituyen el ambiente físico, social y actitudinal en el que las personas viven y conducen sus vidas. Los factores son externos a los individuos e interactúan con los componentes “Funciones y Estructuras Corporales” y “Actividades y Participación”, de manera que pueden tener una influencia negativa o positiva en el desempeño/realización del individuo como miembro de la sociedad, en la capacidad del individuo o en sus estructuras y funciones corporales.

Debido a esta interacción, los distintos ambientes pueden tener efectos distintos en una persona con una determinada condición de salud. Así, un entorno con barreras, o sin facilitadores (ej. edificios inaccesibles), restringirá el desempeño/realización de la persona; mientras que otros entornos más facilitadores puede incrementarlo (rampas en los edificios).

Los Factores Ambientales se clasifican como sigue:

- Productos y tecnología
- Entorno natural y cambios en el entorno derivados de la actividad humana
- Apoyo y relaciones
- Actitudes
- Servicios, sistemas y políticas

Algunos ejemplos de Factores Ambientales son medicamentos, productos y tecnología para la educación, flora y fauna, apoyo de familiares cercanos o servicios, sistemas y políticas sanitarias.

En el ejemplo que venimos desarrollando para la chica que tiene una paraplejia un factor ambiental que influye de manera positiva en la persona es la utilización por su parte de una silla de ruedas (el201), mientras que un factor

Manual para Conocer la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud

ambiental que influye negativamente podría ser los accesos al edificio polideportivo, ya que si sólo hubiera escaleras (el50) no podría acceder a él.

Factores Personales

Constituyen el trasfondo particular de la vida de un individuo y de su estilo de vida. Están compuestos por características del individuo que no forman parte de una condición o estado de salud. Estos factores pueden incluir el sexo, la raza, otros estados de salud, la forma física, los estilos de vida, los hábitos, los estilos de enfrentarse a los problemas y tratar de resolverlos, el trasfondo social, la educación, la profesión, las experiencias actuales y pasadas (sucesos de la vida pasada y sucesos actuales), los patrones de comportamiento globales y el tipo de personalidad, los aspectos psicológicos personales y otras características. Tanto todas ellas en conjunto como algunas de ellas individualmente pueden desempeñar un papel en la discapacidad a cualquier nivel.

Estos Factores Personales no se clasifican de momento en la CIF debido a la gran variabilidad social y cultural que llevan asociada.

Facilitadores

Son todos aquellos factores en el entorno de una persona que, cuando están presentes o ausentes, mejoran el funcionamiento y reducen la discapacidad.

Entre ellos se incluyen aspectos tales como: la accesibilidad del entorno, la disponibilidad de tecnología asistencial adecuada, las actitudes positivas de la población respecto a la discapacidad, y también aquellos servicios, sistemas y políticas que intenten aumentar la participación de las personas con una condición de salud en todas las áreas de la vida.

También la ausencia de un factor puede constituirse en elemento facilitador.

Tal puede ser el caso de la ausencia de estigma o de actitudes negativas en la población. Los facilitadores pueden prevenir que un déficit o limitación en la actividad se convierta en una restricción en la participación. Ello es debido a que contribuyen a mejorar el rendimiento real al llevar a cabo una acción, con independencia del problema que tenga la persona respecto a la capacidad para llevar a cabo dicha acción.

Barreras

Son todos aquellos factores en el entorno de una persona que, cuando están presentes o ausentes, limitan el funcionamiento y generan discapacidad.

Entre ellos se incluyen aspectos tales como: la inaccesibilidad del entorno, la falta de tecnología asistencial adecuada, las actitudes negativas de la población respecto a la discapacidad y también aquellos servicios, sistemas y políticas que bien, o no existen o dificultan la participación de las personas con una condición de salud en todas las áreas de la vida.

LECTURA DE APOYO 9

ANALISIS DE LOS COMPONENTES DE LA CIF

Una vez explicada la estructura de la CIF, así como las cuestiones relacionadas con aspectos terminológicos, en la presente Unidad Docente se realizará un análisis detallado de la CIF, profundizando en cada uno de los Niveles de exploración para cada uno de los Componentes de la CIF.

Esta revisión debe ser considerada como una actividad docente teórico – práctica en la que los participantes en el curso deberán utilizar su ejemplar de la Clasificación para conocer en profundidad cada uno de los diferentes apartados que la componen.

FUNCIONES CORPORALES

Este dominio de la CIF está formado por un total de 8 capítulos en los que se recoge la información sobre el estado funcional del individuo relativa a las funciones fisiológicas de los sistemas corporales, incluyéndose por supuesto, las funciones psicológicas.

En lo que se refiere a la evaluación de las funciones, debemos señalar que no se realiza una exploración detallada de los órganos sino que se centra en una exploración de los sistemas corporales.

Las deficiencias localizadas a este nivel, entendidas como problemas en la función corporal, del tipo de desviación o pérdida significativa, pueden ser:

- **Temporales/permanentes**
- **Progresivas, regresivas o estáticas**
- **Intermitentes o continuas**

Hay que señalar que para la evaluación de la función de un determinado sistema corporal, no debe ser tomada en cuenta la causa etiológica de la alteración *Componentes de la CIF*.

Además ha de tenerse presente que la presencia de una alteración a nivel funcional no tiene que ser obligatoriamente indicativa de presencia de enfermedad o malestar. Los capítulos de los que consta el apartado de Funciones Corporales son los siguientes:

Capítulo 1 Funciones mentales

Manual para Conocer la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud

Capítulo 2 Funciones sensoriales y dolor
Capítulo 3 Funciones de la voz y el habla
Capítulo 4 Funciones de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio
Capítulo 5 Funciones de los sistemas digestivo, metabólico y endocrino
Capítulo 6 Funciones genitourinarias y reproductoras
Capítulo 7 Funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento
Capítulo 8 Funciones de la piel y estructuras relacionadas

En una primera parte se presenta la Clasificación de Primer Nivel (Pág. 31) en la que aparece un listado de los 8 capítulos de los que consta este dominio, tal y como se han enumerado aquí.

A continuación se presenta la Clasificación de Segundo Nivel (Pág. 35) en el que aparece un listado de cada uno de los Capítulos con los sub - capítulos de los que consta, y los items que lo componen:

Capítulo 1 Funciones mentales:

Este capítulo trata sobre las funciones del cerebro, tanto las funciones mentales globales tales como la conciencia, la energía y los impulsos, como las funciones mentales específicas, tales como memoria, lenguaje y cálculo mental.

Se compone de las siguientes sub - divisiones:

- **Funciones mentales globales (b110-b139)**

b110 Funciones de la conciencia
b114 Funciones de la orientación
b117 Funciones intelectuales
b122 Funciones psicosociales globales
b126 Funciones del temperamento y la personalidad
b130 Funciones relacionadas con la energía y los impulsos
b134 Funciones del sueño
b139 Funciones mentales globales, otras especificadas y no especificadas

- **Funciones mentales específicas (b140-b189)**

b140 Funciones de la atención
b144 Funciones de la memoria
b147 Funciones psicomotoras
b152 Funciones emocionales
b156 Funciones de la percepción
b160 Funciones del pensamiento
b164 Funciones cognitivas superiores
b167 Funciones mentales del lenguaje
b172 Funciones relacionadas con el cálculo
b176 Funciones mentales relacionadas con el encadenamiento de movimientos complejos

Manual para Conocer la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud

b180 Experiencias relacionadas con uno mismo y con el tiempo
b189 Funciones mentales específicas, otras especificadas y no especificadas

Capítulo 2 Funciones sensoriales y dolor:

Este capítulo trata sobre las funciones de los sentidos, vista, oído, gusto, etc., así como de la sensación de dolor. Se compone de las siguientes sub. – divisiones:

- **Vista y funciones relacionadas (b210-b229)**

b210 Funciones visuales
b215 Funciones de las estructuras adyacentes al ojo
b220 Sensaciones asociadas con el ojo y estructuras adyacentes
b229 Vista y funciones relacionadas, otras especificadas y no especificadas

- **Funciones auditivas y vestibulares (b230-b249))**

b230 Funciones auditivas
b235 Función vestibular
b240 Sensaciones asociadas con la audición y con la función vestibular
b249 Funciones auditivas y vestibulares, otras especificadas y no especificadas

- **Funciones sensoriales adicionales (b250-b279)**

b250 Función gustativa
b255 Función olfativa
b260 Función propioceptiva
b265 Funciones táctiles
b270 Funciones sensoriales relacionadas con la temperatura y otros estímulos
b279 Funciones sensoriales adicionales, otras especificadas y no especificadas

- **Dolor (b280-b289)**

b280 Sensación de dolor
b289 Sensación de dolor, otra especificada y no especificada
b298 Funciones sensoriales y dolor, otras especificadas

Capítulo 3 Funciones de la voz y el habla:

Este capítulo trata sobre las funciones implicadas en la producción de sonidos y del habla. Contiene 6 items en un único nivel.

b310 Funciones de la voz
b320 Funciones de la articulación
b330 Funciones relacionadas con la fluidez y el ritmo del habla
b340 Funciones alternativas de vocalización
b398 Funciones de la voz y el habla, otras especificadas

Manual para Conocer la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud

b399 Funciones de la voz y el habla, no especificadas

Capítulo 4 Funciones de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio:

Este capítulo trata sobre las funciones implicadas en el sistema cardiovascular (funciones del corazón y vasos sanguíneos), en los sistemas hematológico e inmunológico (funciones de la producción de sangre y la inmunidad), y en el sistema respiratorio (funciones de respiración y tolerancia al ejercicio).

Se compone de las siguientes sub – divisiones:

- **Funciones del sistema cardiovascular (b410-b429)**

b410 Funciones del corazón

b415 Funciones de los vasos sanguíneos

b420 Funciones de la presión arterial

b429 Funciones del sistema cardiovascular, otras especificadas y no especificadas

- **Funciones de los sistemas hematológico e inmunológico (b430-b439)**

b430 Funciones del sistema hematológico

b435 Funciones del sistema inmunológico

b439 Funciones de los sistemas hematológico e inmunológico, otras especificadas y no especificadas

- **Funciones del sistema respiratorio (b440-b449)**

b440 Funciones respiratorias

b445 Funciones de los músculos respiratorios

b449 Funciones del sistema respiratorio, otras especificadas y no especificadas

- **Funciones adicionales y sensaciones de los sistemas cardiovascular y respiratorio (b450-b469)**

b450 Funciones respiratorias adicionales

b455 Funciones relacionadas con la tolerancia al ejercicio

b460 Sensaciones asociadas con las funciones cardiovasculares y respiratorias

b469 Funciones adicionales y sensaciones del sistema cardiovascular y respiratorio, otras especificadas y no especificadas

Capítulo 5 Funciones de los sistemas digestivo, metabólico y endocrino:

Este capítulo trata sobre las funciones relacionadas con la ingestión, digestión y eliminación, así como sobre las funciones implicadas en el metabolismo y las glándulas endocrinas.

Se compone de las siguientes sub – divisiones:

- **Funciones relacionadas con el sistema digestivo (b510-b539)**

b510 Funciones relacionadas con la ingestión

b515 Funciones relacionadas con la digestión

b520 Funciones relacionadas con la asimilación

b525 Funciones relacionadas con la defecación

b530 Funciones relacionadas con el mantenimiento del peso

b535 Sensaciones asociadas con el sistema digestivo

b539 Funciones relacionadas con el sistema digestivo, otras especificadas y no especificadas

- **Funciones relacionadas con el metabolismo y el sistema endocrino (b540-b559)**

b540 Funciones metabólicas generales

b545 Funciones relacionadas con el balance hídrico, mineral y electrolítico

b550 Funciones termorreguladoras

b555 Funciones de las glándulas endocrinas

b559 Funciones relacionadas con el metabolismo y el sistema endocrino, otras especificadas y no especificadas

b598 Funciones de los sistemas digestivo, metabólico y endocrino, otras especificadas

b599 Funciones de los sistemas digestivo, metabólico y endocrino, no especificadas

Capítulo 6 Funciones genitourinarias y reproductoras:

Este capítulo trata sobre las funciones urinarias y las funciones reproductoras, incluyendo las

funciones sexuales y procreadoras. Se compone de las siguientes sub – divisiones:

- **Funciones urinarias (b610-b639)**

b610 Funciones relacionadas con la excreción urinaria

b620 Funciones urinarias

b630 Sensaciones asociadas con las funciones urinarias

b639 Funciones urinarias, otras especificadas y no especificadas

- **Funciones genitales y reproductoras (b640-b679)**

b640 Funciones sexuales

b650 Funciones relacionadas con la menstruación

b660 Funciones relacionadas con la procreación

b670 Sensaciones asociadas con las funciones genitales y reproductoras

b679 Funciones genitales y reproductoras, otras especificadas y no especificadas

b698 Funciones genitourinarias y reproductoras, otras especificadas

Capítulo 7 Funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento:

Este capítulo trata sobre las funciones relacionadas con el movimiento y la movilidad, incluyendo las funciones de los huesos, los músculos, las articulaciones y los reflejos.

Se compone de las siguientes sub – divisiones:

- **Funciones de las articulaciones y los huesos (b710-b729)**

b710 Funciones relacionadas con la movilidad de las articulaciones

b715 Funciones relacionadas con la estabilidad de las articulaciones

b720 Funciones relacionadas con la movilidad de los huesos

b729 Funciones de las articulaciones y los huesos, otras especificadas y no especificadas

- **Funciones musculares (b730-b749)**

b730 Funciones relacionadas con la fuerza muscular

b735 Funciones relacionadas con el tono muscular

b740 Funciones relacionadas con la resistencia muscular

b749 Funciones musculares, otras especificadas y no especificadas

- **Funciones relacionadas con el movimiento (b750-b789)**

b750 Funciones relacionadas con los reflejos motores

b755 Funciones relacionadas con los reflejos de movimiento involuntario

b760 Funciones relacionadas con el control de los movimientos voluntarios

b765 Funciones relacionadas con los movimientos involuntarios

b770 Funciones relacionadas con el patrón de la marcha

b780 Sensaciones relacionadas con los músculos y las funciones del movimiento

b789 Funciones relacionadas con el movimiento, otras especificadas y no especificadas

b798 Funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento, otras especificadas

b799 Funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento, no especificadas

Capítulo 8 Funciones de la piel y estructuras relacionadas:

Este capítulo trata sobre las funciones relacionadas con la piel, las uñas y el pelo.

Manual para Conocer la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud

Se compone de las siguientes sub – divisiones:

- **Funciones de la piel (b810-b849)**

b810 Funciones protectoras de la piel

b820 Funciones reparadoras de la piel

b830 Otras funciones de la piel

b840 Sensaciones relacionadas con la piel

b849 Funciones de la piel, otras especificadas y no especificadas

- **Funciones del pelo y las uñas (b850-b869)**

b850 Funciones del pelo

b860 Funciones de las uñas

b869 Funciones del pelo y las uñas, otras especificadas y no especificadas

b898 Funciones de la piel y estructuras relacionadas, otras especificadas

b899 Funciones de la piel y estructuras relacionadas, no especificadas

A continuación se ha considerado de utilidad la formulación de un ejemplo para que los alumnos realicen una búsqueda a lo largo de los 8 capítulos del Componente de Funciones Corporales. Una vez formulado el ejemplo se dejarán unos minutos para la realización de la búsqueda y discusión de los posibles ítems asignados al ejemplo.

El caso elegido en este componente de Funciones Corporales ha sido:

Ejemplo:

Persona que presenta diagnostico de demencia alzheimer en etapas avanzadas de enfermedad debido a lo cual presenta una perdida de memoria para eventos pasado.

El modo más operativo para realizar la asignación de ítems apropiados es comenzar en un nivel de menor detalle (primer nivel) para posteriormente pasar a niveles de mayor detalle (segundo, tercer nivel, etc). Así el caso en el caso del ejemplo que nos ocupa comenzaríamos en el Capítulo 1 (Pág. 50)

Capítulo 1

Funciones mentales

Este capítulo trata sobre las funciones del cerebro, tanto las funciones mentales globales tales como la conciencia, la energía y los impulsos, como las funciones mentales específicas, tales como memoria, lenguaje y cálculo mental.

Una vez en este capítulo que determina el primer nivel de clasificación buscaríamos el segundo nivel de clasificación dentro de dicho capítulo / dominio:

Funciones mentales específicos (b110-b139)

Y en este bloque aparece como ítem de segundo nivel:

Funciones de la memoria

Funciones mentales específicas relacionadas con el registro y almacenamiento de información, así como con su recuperación cuando es necesario.

Tras la definición de Funciones de la memoria aparece todos aquellos elementos, sinónimos, que se incluyen dentro del ítem:

Incluye: funciones de la memoria a corto y largo plazo, memoria inmediata, reciente y remota; amplitud de la memoria; recuperación de recuerdos; rememorar; funciones utilizadas en el aprendizaje y en el recuerdo, tales como en la amnesia nominal, selectiva y disociativa Así mismo aparecen las exclusiones, que son aquellos elementos que en un momento dado pueden llevar a confusión. Aspectos que están recogidos en otros ítems de la CIF.

Excluye: funciones de la conciencia (b110); funciones de la orientación (b114); funciones intelectuales (b118); funciones de la atención (b140); funciones de la percepción (b156); funciones del pensamiento (b160); funciones cognitivas superiores (b164); funciones mentales del lenguaje (b168); funciones relacionadas con el cálculo (b172) Por ultimo podemos profundizar en el nivel de detalle y que nos permite afinar en el ítem más específico de nuestro ejemplo. Nos encontramos en el tercer nivel de clasificación:

b1441 Memoria a largo plazo

Funciones mentales que permiten la existencia de un sistema de memoria para el almacenamiento de información, a largo plazo, proveniente de la memoria a corto plazo y que forma parte de la memoria autobiográfica de los acontecimientos pasados y de la memoria semántica para el lenguaje y los hechos.

Así un código de tercer nivel para el ejemplo que no ocupa sería:

b1441 Memoria a largo plazo

ESTRUCTURAS CORPORALES

Al igual que el apartado anterior relativo a las Funciones corporales, este dominio de la CIF esta formado por un total de 8 capítulos en los que se recoge la información sobre la situación del individuo en relación a las Estructuras corporales.

Las consideraciones teóricas relativas al capítulo de Estructura, son idénticas a las que se aplican al apartado de Funciones:

- No se realiza una exploración detallada de los órganos sino que se centra en una exploración de los Sistemas corporales.
- Las deficiencias localizadas a este nivel, entendidas tal y como se explicado con anterioridad en este curso, pueden ser:
 - Temporales/permanentes
 - Progresivas, regresivas o estáticas
 - Intermitentes o continuas
- Se debe señalar que para la evaluación de la estructura de un determinado sistema corporal, no debe ser tomada en cuenta la causa etiológica de la alteración estructural.

Además ha de tenerse presente que la presencia de una alteración a nivel estructural no tiene que ser indicativa de presencia de enfermedad o malestar

Los capítulos que componen el apartado de Estructuras son:

Capítulo 1 Estructuras del sistema nervioso

Capítulo 2 El ojo, el oído y estructuras relacionadas

Capítulo 3 Estructuras involucradas en la voz y el habla

Capítulo 4 Estructuras de los sistemas cardiovascular, inmunológico y respiratorio

Capítulo 5 Estructuras relacionadas con los sistemas digestivo, metabólico y endocrino

Capítulo 6 Estructuras relacionadas con el sistema genitourinario y el sistema reproductor

Capítulo 7 Estructuras relacionadas con el movimiento

Capítulo 8 Piel y estructuras relacionadas

Podemos observar que la estructura de este dominio es paralela a la del dominio anterior en lo que se refiere al orden de la exploración.

En una primera parte aparece la Clasificación de Primer Nivel (Pág. 31) en la que aparece un listado compuesto simplemente por los 8 capítulos de los que consta este dominio tal y como se han enumerado aquí.

A continuación se encuentra la Clasificación de Segundo Nivel (Pág. 39) en el que aparece un listado de cada uno de los Capítulos con los ítems que lo componen:

Capítulo 1 Estructuras del sistema nervioso

s110 Estructura del cerebro

s120 Médula espinal y estructuras relacionadas

s130 Estructura de las meninges

Manual para Conocer la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud

s140 Estructura del sistema nervioso simpático
s150 Estructura del sistema nervioso parasimpático
s198 Estructura del sistema nervioso, otra especificada
s199 Estructura del sistema nervioso, no especificada

Capítulo 2 El ojo, el oído y estructuras relacionadas

s210 Estructura de la órbita ocular
s220 Estructura del globo ocular
s230 Estructuras periféricas oculares
s240 Estructura del oído externo
s250 Estructura del oído medio
s260 Estructura del oído interno
s298 Ojo, el oído y estructuras relacionadas, otras especificadas
s299 Estructuras del ojo, el oído y estructuras relacionadas, no especificadas

Capítulo 3 Estructuras involucradas en la voz y el habla

s310 Estructura de la nariz
s320 Estructura de la boca
s330 Estructura de la faringe
s340 Estructura de la laringe
s398 Estructuras involucradas en la voz y el habla, otras especificadas
s399 Estructuras involucradas en la voz y el habla, no especificadas

Capítulo 4 Estructuras de los sistemas cardiovascular, inmunológico y respiratorio

s410 Estructura del sistema cardiovascular
s420 Estructura del sistema inmunológico
s430 Estructura del sistema respiratorio
s498 Estructuras de los sistemas cardiovascular, inmunológico y respiratorio, otras especificadas
s499 Estructuras de los sistemas cardiovascular, inmunológico y respiratorio, no especificadas

Capítulo 5 Estructuras relacionadas con los sistemas digestivo, metabólico y endocrino

s510 Estructura de las glándulas salivales
s520 Estructura del esófago
s530 Estructura del estómago
s540 Estructura del intestino
s550 Estructura del páncreas
s560 Estructura del hígado
s570 Estructura de la vesícula y los conductos biliares

s580 Estructura de las glándulas endocrinas

s598 Estructuras relacionadas con los sistemas digestivo, metabólico y endocrino, otras especificadas

s599 Estructuras relacionadas con los sistemas digestivo, metabólico y endocrino, no especificadas

Capítulo 6 Estructuras relacionadas con el sistema genitourinario y el sistema reproductor

s610 Estructura del sistema urinario

s620 Estructura del suelo pélvico

s630 Estructura del sistema reproductor

s698 Estructuras relacionadas con el sistema genitourinario y sistema reproductor, otras especificadas

s699 Estructuras relacionadas con el sistema genitourinario y sistema reproductor, no especificadas

Capítulo 7 Estructuras relacionadas con el movimiento

s710 Estructuras de la cabeza y de la región del cuello

s720 Estructura de la región del hombro

s730 Estructura de la extremidad superior

s740 Estructura de la región pélvica

s750 Estructura de la extremidad inferior

s760 Estructura del tronco

s770 Estructuras musculoesqueléticas adicionales relacionadas con el movimiento

s798 Estructuras relacionadas con el movimiento, otras especificadas

s799 Estructuras relacionadas con el movimiento, no especificadas

Capítulo 8 Piel y estructuras relacionadas

s810 Estructura de las áreas de la piel

s820 Estructura de las glándulas de la piel

s830 Estructura de las uñas

s840 Estructura del pelo

s898 Estructuras de la piel y estructuras relacionadas, otras especificadas

s899 Estructuras de la piel y estructuras relacionadas, no especificada

Del mismo modo que para el componente de Funciones Corporales, hemos seleccionado un ejemplo que permite revisar el componente de Estructuras Corporales.

Se seguirá con este ejemplo una metodología similar al caso anterior estimulando a los alumnos a la búsqueda de los items que mejor pueden ejemplarizarlo:

Ejemplo:

Manual para Conocer la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud

Una chica con traumatismo craneo encefalico con lesión en tronco cerebral a causa de un accidente.

Siguiendo la metodología anterior, dentro de Estructuras Corporales el capitulo referido en este ejemplo es el Capítulo 1 (pg.115)

CAPÍTULO 1

Estructuras del Sistema Nervioso

Una vez encontrado el capítulo que determina el primer nivel de clasificación se analizará el segundo nivel de clasificación dentro de dicho capitulo/dominio en este sentido, y para el ejemplo que nos ocupa:

Estructura del cerebro

Por ultimo finalizar con un nivel más detallado que el anterior y que nos permite afinar en el ítem más específico de nuestro ejemplo. Nos encontramos ante el tercer y cuarto nivel de clasificación:

s 1105 Estructura del tronco cerebral

s 11050 Bulbo raquídeo

s 11051 Puente (protuberancia)

s 11058 Estructura del tronco cerebral, otra especificada

s 11059 Estructura del tronco cerebral, no especificada

Debido a que la formulación de el ejemplo no alcanza un mayor nivel de especificación, para situarnos en el cuarto nivel, podríamos quedarnos con el ítem:

s 1105 Estructura del tronco cerebral

ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN

Los Componentes de Actividad y Participación se evalúan en un listado único de nueve dominios que constituyen los 9 capítulos de que consta el Primer nivel de exploración. Si observamos en la Página 32 aparece la clasificación de Primer Nivel que como siempre nos aporta simplemente el listado de los 9 capítulos :

Capítulo 1 Aprendizaje y aplicación del conocimiento

Capítulo 2 Tareas y demandas generales

Capítulo 3 Comunicación

Capítulo 4 Movilidad

Capítulo 5 Autocuidado

Capítulo 6 Vida doméstica

Capítulo 7 Interacciones y relaciones interpersonales

Capítulo 8 Áreas principales de la vida

Manual para Conocer la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud

Capítulo 9 Vida comunitaria, social y cívica

Si pasamos a la página 41 de la Clasificación nos encontramos con la exploración de Segundo Nivel de Actividades y Participación, donde cada uno de los capítulos aparece con los sub - capítulos de los que consta y los items que lo componen:

Capítulo 1 Aprendizaje y aplicación del conocimiento:

Este capítulo trata sobre el aprendizaje, la aplicación de los conocimientos aprendidos, el pensamiento, la resolución de problemas y la toma de decisiones.

- **Experiencias sensoriales intencionadas (d110-d129)**

d110 Mirar

d115 Escuchar

d120 Otras experiencias sensoriales intencionadas

d129 Experiencias sensoriales intencionadas, otras especificadas y no especificadas

- **Aprendizaje básico (d130- d159)**

d130 Copiar

d135 Repetir

d140 Aprender a leer

d145 Aprender a escribir

d150 Aprender a calcular

d155 Adquisición de habilidades

d159 Aprendizaje básico, otro especificado y no especificado

- **Aplicación del conocimiento (d160-d179)**

d160 Centrar la atención

d163 Pensar

d166 Leer

d170 Escribir

d172 Calcular

d175 Resolver problemas

d177 Tomar decisiones

d179 Aplicación del conocimiento, otra especificada y no especificada

d198 Aprendizaje y aplicación del conocimiento, otro especificado

d199 Aprendizaje y aplicación del conocimiento, no especificado

Capítulo 2 Tareas y demandas generales:

Este capítulo trata sobre los aspectos generales relacionados con la puesta en práctica de tareas sencillas o complejas, organizar rutinas y manejar el estrés. Estos ítems pueden emplearse junto con tareas o acciones más específicas, para identificar las características subyacentes existentes, en ciertas circunstancias, durante la realización de dichas tareas

d210 Llevar a cabo una única tarea

d220 Llevar a cabo múltiples tareas

d230 Llevar a cabo rutinas diarias

d240 Manejo del estrés y otras demandas psicológicas

d298 Tareas y demandas generales, otras especificadas

d299 Tareas y demandas generales, no especificadas

Capítulo 3 Comunicación:

Este capítulo trata tanto sobre los aspectos generales como sobre los específicos de la comunicación a través del lenguaje, los signos o los símbolos, incluyendo la recepción y producción de mensajes, llevar a cabo conversaciones y utilización de instrumentos y técnicas de comunicación.

- **Comunicación-recepción (d310-d329)**

d310 Comunicación-recepción de mensajes hablados

d315 Comunicación-recepción de mensajes no verbales

d320 Comunicación-recepción de mensajes en lenguaje de signos convencional

d325 Comunicación-recepción de mensajes escritos

d329 Comunicación--recepción, otra especificada y no especificada

- **Comunicación-producción (d330-d349)**

d330 Hablar

d335 Producción de mensajes no verbales

d340 Producción de mensajes en lenguaje de signos convencional

d345 Mensajes escritos

d349 Comunicación--Producción, otra especificada y no especificada

- **Conversación y utilización de aparatos y técnicas de comunicación (d350-d369)**

d350 Conversación

d355 Discusión

d360 Utilización de dispositivos y técnicas de comunicación

d369 Conversación y utilización de dispositivos y técnicas de comunicación, otros especificados y no especificados

d398 Comunicación, otra especificada

d399 Comunicación, no especificada

Capítulo 4 Movilidad:

Este capítulo trata sobre el movimiento al cambiar el cuerpo de posición o de lugar; al coger, mover o manipular objetos, al andar, correr o trepar y cuando se emplean varios medios de transporte.

- **Cambiar y mantener la posición del cuerpo (d410-d429)**

d410 Cambiar las posturas corporales básicas

d415 Mantener la posición del cuerpo

d420 “Transferir el propio cuerpo”

d429 Cambiar y mantener la posición del cuerpo, otra especificada y no especificada

- **Llevar, mover y usar objetos (d430-d449)**

d430 Levantar y llevar objetos

d435 Mover objetos con las extremidades inferiores

d440 Uso fino de la mano

d445 Uso de la mano y el brazo

d449 Llevar, mover y usar objetos, otro especificado y no especificado

- **Andar y moverse (d450-d469)**

d450 Andar

d455 Desplazarse por el entorno

d460 Desplazarse por distintos lugares

d465 Desplazarse utilizando algún tipo de equipamiento

d469 Andar y moverse, otro especificado y no especificado

- **Desplazarse utilizando medios de transporte (d470-d489)**

d470 Utilización de medios de transporte

d475 Conducción

d480 Montar animales como medio de transporte

d489 Desplazarse utilizando medios de transporte, otro especificado y no especificado

d498 Movilidad, otro especificado

d499 Movilidad, no especificado

Capítulo 5 Autocuidado:

Este capítulo trata sobre el cuidado personal, entendido como lavarse y secarse, el cuidado del cuerpo y partes del cuerpo, vestirse, comer y beber, y cuidar de la propia salud.

d510 Lavarse

d520 Cuidado de partes del cuerpo

d530 Higiene personal relacionada con los procesos de excreción

d540 Vestirse

Manual para Conocer la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud

d550 Comer
d560 Beber
d570 Cuidado de la propia salud
d598 Autocuidado, otro especificado
d599 Autocuidado, no especificado

Capítulo 6 Vida doméstica:

Este capítulo trata sobre cómo llevar a cabo tareas y acciones domésticas y cotidianas. Las áreas de la vida doméstica incluyen conseguir un lugar para vivir, comida, ropa y otras necesidades, limpiar y reparar el hogar, cuidar de los objetos personales y de los del hogar, y ayudar a otras **personas**.

- **Adquisición de lo necesario para vivir (d610-d629)**

d610 Adquisición de un lugar para vivir
d620 Adquisición de bienes y servicios
d629 Adquisición de lo necesario para vivir, otra especificada y no especificada

- **Tareas del hogar (d630-d649)**

d630 Preparar comidas
d640 Realizar los quehaceres de la casa
d649 Tareas del hogar, otras especificadas y no especificadas
• **Cuidado de los objetos del hogar y ayudar a los demás (d650-d669)**

d650 Cuidado de los objetos del hogar
d660 Ayudar a los demás
d669 Cuidado de los objetos del hogar y ayudar a los demás, otro especificado y no especificado
d698 Vida doméstica, otras especificadas
d699 Vida doméstica, no especificadas

Capítulo 7 Interacciones y relaciones interpersonales:

Este capítulo trata sobre cómo se realizan las acciones y conductas que son necesarias para establecer con otras personas (desconocidos, amigos, familiares y amantes) las interacciones personales, básicas y complejas, de manera adecuada para el contexto y el entorno social.

- **Interacciones interpersonales generales (d710-d729)**

d710 Interacciones interpersonales básicas
d720 Interacciones interpersonales complejas
d729 Interacciones interpersonales generales, especificadas y no especificadas

- **Interacciones interpersonales particulares (d730-d779)**

Manual para Conocer la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud

d730 Relacionarse con extraños
d740 Relaciones formales
d750 Relaciones sociales informales
d760 Relaciones familiares
d770 Relaciones íntimas
d779 Relaciones interpersonales particulares, otras especificadas y no especificadas
d798 Interacciones y relaciones interpersonales, otras especificadas
d799 Interacciones y relaciones interpersonales, no especificadas

Capítulo 8 Áreas principales de la vida:

Este capítulo trata sobre cómo llevar a cabo las tareas y acciones necesarias para participar en las actividades educativas, en el trabajo, en el empleo y en las actividades económicas.

- Educación (d810-d839)

d810 Educación no reglada
d815 Educación preescolar
d820 Educación escolar
d825 Formación profesional
d830 Educación superior
d839 Educación, otra especificada y no especificada

- Trabajo y empleo (d840-d859)

d840 Aprendizaje (preparación para el trabajo)
d845 Conseguir, mantener y finalizar un trabajo
d850 Trabajo remunerado
d855 Trabajo no remunerado
d859 Trabajo y empleo, otro especificado y no especificado

- Vida económica (d860-d879)

d860 Transacciones económicas básicas
d865 Transacciones económicas complejas
d870 Autosuficiencia económica
d879 Vida económica, otra especificada y no especificada
d898 Áreas principales de la vida, otras especificadas
d899 Áreas principales de la vida, no especificadas

Capítulo 9 Vida comunitaria, social y cívica:

Este capítulo trata sobre las acciones y tareas necesarias para participar en la vida social organizada fuera del ámbito familiar, en áreas de la vida comunitaria, social y cívica.

d910 Vida comunitaria

d920 Tiempo libre y ocio

d930 Religión y espiritualidad

d940 Derechos humanos

d950 Vida política y ciudadanía

d998 Vida comunitaria, social y cívica, otra especificada

d999 Vida comunitaria, social y cívica, no especificada

Al igual que en los capítulos anteriores, pasaremos a continuación al análisis del Componente Actividad / Participación, mediante la formulación de un ejemplo que ayude a los alumnos realizar una búsqueda a lo largo de los capítulos que conforman este componente de la CIF:

Ejemplo:

Chico con dificultad para mostrar afecto en las relaciones a causa de un trastorno antisocial de la personalidad

Comenzaremos por buscar en la CIF el capítulo correspondiente:

Capítulo 7

Interacciones y relaciones interpersonales. (pag 171)

Encontramos en primer lugar, el número y título del capítulo, seguidos de una definición de los aspectos que dicho capítulo recoge.

“Este capítulo trata sobre cómo se realizan las acciones y conductas que son necesarias para establecer con otras personas (desconocidos, amigos, familiares y amantes) las interacciones personales, básicas y complejas, de manera adecuada para el contexto y el entorno social.”

De nuevo podemos constatar como la definición nos indica a que fenómenos o asunto hace referencia el capítulo. Se trata de una definición precisa que trata de indicarnos el contenido del capítulo en su totalidad. La definición trata de expresarse en una terminología neutra sin incluir connotaciones negativas innecesarias.

A continuación comenzamos con la exploración de *Interacciones interpersonales generales*, indicándonos entre paréntesis los items que componen dicho nivel y que en este caso van del 710 al 729. Como siempre los dígitos poseen una estructura alfanumérica. La letra d hace referencia al capítulo de Actividades y Participación. La diferenciación entre uno y otro constructo podrá realizarse a la hora de codificar modificando la d por a o p

Manual para Conocer la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud

como se explicará en la Unidad Docente relativa a la utilización de los codificadores. Como en otras ocasiones el primer número corresponde al número del capítulo y los números sucesivos llevan el orden correlativo de los items.

Aparece a continuación el primer items de Segundo Nivel de nuestro ejemplo:

d710 Interacciones interpersonales básicas

Como vemos, este nivel aparece identificado por un “box “ en negrilla que contiene el número del item. A continuación este item contiene su propia definición:

“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.

Este item de Segundo nivel posee además :

Criterios de inclusión con sinónimos y ejemplos que tienen en cuenta variaciones culturales así como cambios que pueden surgir a lo largo de la vida Incluye: mostrar respeto, afecto, aprecio, y tolerancia en las relaciones; responder a las críticas y a los indicios sociales en las relaciones; y usar un adecuado contacto físico en las relaciones En este caso concreto el item no contiene criterios de exclusión.

A continuación incrementando el nivel de detalle aparecen los items de Tercer Nivel:

d 7100 Respeto y afecto en las relaciones

d 7101 Aprecio en las relaciones

d 7102 Tolerancia en las relaciones

d 7103 Actitud crítica en las relaciones

d 7104 Indicios sociales en las relaciones

d 7105 Contacto físico en las relaciones

Con sus definiciones correspondientes. En este sentido, un item de tercer nivel para el chico del ejemplo podría ser el item d7100. De modo que la solución para este ejemplo es:

d 7100 Respeto y afecto en las relaciones

FACTORES CONTEXTUALES

Por último analizaremos el Componente de los Factores contextuales. Siguiendo el mismo esquema que el los apartados anteriores, comenzaremos por el análisis del Primer Nivel en el cual la clasificación nos aporta la lista de los capítulos que componen este apartado (Pág. 32). Los capítulos que integran este Componente son:

Manual para Conocer la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud

Capítulo 1 Productos y tecnología

Capítulo 2 Entorno natural y cambios en el entorno derivados de la actividad humana

Capítulo 3 Apoyo y relaciones

Capítulo 4 Actitudes

Capítulo 5 Servicios, sistemas y políticas

En el Segundo nivel de detalle aparece junto con el título del capítulo, el primer nivel de clasificación (Pág. 45) y los elementos que lo integran:

Capítulo 1 Productos y tecnología: Este capítulo trata sobre los productos o sistemas de productos naturales o fabricados por el hombre, el equipamiento y la tecnología existentes en el entorno inmediato de un individuo que se recogen, crean, producen o manufacturan. La clasificación de ayudas técnicas ISO9999 las define como “cualquier producto, instrumento, equipo o sistema técnico utilizado por una persona con discapacidad, creado específicamente para ello o de uso general, que sirva para prevenir, compensar, supervisar, aliviar o neutralizar la discapacidad”.

el10 Productos o sustancias para el consumo personal

el15 Productos y tecnología para uso personal en la vida diaria

el20 Productos y tecnología para la movilidad y el transporte personal en espacios cerrados y abiertos

el25 Productos y tecnología para la comunicación

el30 Productos y tecnología para la educación

el35 Productos y tecnología para el empleo

el40 Productos y tecnología para las actividades culturales, recreativas y deportivas

el45 Productos y tecnología para la práctica religiosa y la vida espiritual

el50 Diseño, construcción, materiales de construcción y tecnología arquitectónica para edificios de uso público

el55 Diseño, construcción, materiales de construcción y tecnología arquitectónica para edificios de uso privado

el60 Productos y tecnología relacionados con el uso/explotación del suelo

el65 Pertenencias

el98 Productos y tecnología, otros especificados

el99 Productos y tecnología, no especificados

Capítulo 2 Entorno natural y cambios en el entorno derivados de la actividad humana:

Este capítulo trata sobre los elementos animados e inanimados del entorno natural o físico, así como sobre los componentes de ese entorno que han sido modificados por el hombre, y también sobre las características de las poblaciones humanas de ese entorno.

- e210 Geografía física
- e215 Población
- e220 Flora y Fauna
- e225 Clima
- e230 Desastres naturales
- e235 Desastres causados por el hombre
- e240 Luz
- e245 Cambios relacionados con el paso del tiempo
- e250 Sonido
- e255 Vibración
- e260 Calidad del aire
- e298 Entorno natural y cambios en el entorno derivados de la actividad humana, otro especificado
- e299 Entorno natural y cambios en el entorno derivados de la actividad humana, no especificado

Capítulo 3 Apoyo y relaciones:

Este capítulo trata sobre las personas y los animales que proporcionan apoyo a otras personas, tanto físico como emocional, así como apoyo en aspectos relacionados con la nutrición, protección, asistencia y relaciones, en sus casas, en sus lugares de trabajo, en la escuela o en el juego o en cualquier otro aspecto de sus actividades diarias. El capítulo no abarca las actitudes de la persona o personas que proporcionan el apoyo. El factor ambiental descrito no es la propia persona o animal, sino a la cantidad de apoyo físico y emocional que proporciona esa persona o animal.

- e310 Familiares cercanos
- e315 Otros familiares
- e320 Amigos
- e325 Conocidos, compañeros, colegas, vecinos y miembros de la comunidad
- e330 Personas en cargos de autoridad
- e335 Personas en cargos subordinados
- e340 Cuidadores y personal de ayuda
- e345 Extraños
- e350 Animales domésticos
- e355 Profesionales de la salud
- e360 Otros profesionales
- e398 Apoyo y relaciones, otros especificados
- e399 Apoyo y relaciones, no especificados

Capítulo 4 Actitudes:

Este capítulo trata sobre actitudes que son las consecuencias observables de las costumbres, prácticas, ideologías, valores, normas, creencias reales y creencias religiosas. Estas actitudes influyen en el comportamiento y la vida social del individuo en todos los ámbitos, desde las relaciones interpersonales y las

Manual para Conocer la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud

asociaciones comunitarias hasta las estructuras políticas, económicas y legales; por ejemplo, actitudes individuales o sociales sobre la honradez y el valor de una persona como ser humano que pueden originar prácticas positivas o negativas y discriminatorias (ej., estigmatización, creación de estereotipos y marginación de determinadas personas). Las actitudes clasificadas son las que los demás mantienen con respecto a la persona cuya situación está siendo descrita, y no las de la persona objeto de estudio. Las actitudes individuales se clasifican de acuerdo con los tipos de relaciones descritos en el Capítulo 3 de Factores Ambientales. Los valores y las creencias no se codifican de manera independiente a las actitudes, pues se considera que son la fuerza impulsora que está detrás de las actitudes.

e410 Actitudes individuales de miembros de la familia cercana

e415 Actitudes individuales de otros familiares

e420 Actitudes individuales de amigos

e425 Actitudes individuales de conocidos, compañeros, colegas, vecinos y miembros de la comunidad

e430 Actitudes individuales de personas en cargos de autoridad

e435 Actitudes individuales de personas en cargos subordinados

e440 Actitudes individuales de cuidadores y personal de ayuda

e445 Actitudes individuales de extraños

e450 Actitudes individuales de profesionales de la salud

e455 Actitudes individuales de “profesionales “relacionados con la salud”

e460 Actitudes sociales

e465 Normas, costumbres e ideologías sociales

e498 Actitudes, otras especificadas

e499 Actitudes, no especificadas

Capítulo 5 Servicios, sistemas y políticas:

Este capítulo trata sobre:

1. “*Servicios*” que representan la provisión de beneficios, programas estructurados y operaciones, en varios sectores de la sociedad, diseñados para satisfacer las necesidades de los individuos. (Incluyendo a las personas que proporcionan estos servicios). Pueden ser públicos, privados o voluntarios, y estar desarrolladas en el ámbito local, comunitario, regional, estatal, provincial, nacional o internacional, por parte de empresarios, asociaciones, organizaciones, organismos o gobiernos. Los bienes proporcionados por estos servicios pueden ser tanto generales como adaptados y especialmente diseñados.

2. “*Sistemas*” que representan el control administrativo y los mecanismos organizativos, y están establecidos por los gobiernos u otras autoridades reconocidas de ámbito local, regional, nacional e internacional. Estos sistemas están diseñados para organizar, controlar y supervisar los servicios que

proporcionan beneficios, los programas estructurados y el funcionamiento en varios sectores de la sociedad.

3. “*Políticas*” que representan las reglas, los reglamentos, las convenciones y las normas establecidas por los gobiernos u otras autoridades reconocidas de ámbito local, regional, nacional e internacional. Estas políticas rigen o regulan los sistemas que organizan, controlan y supervisan los servicios, los programas estructurados y el funcionamiento en varios sectores de la sociedad.

e510 Servicios, sistemas y políticas de producción de artículos de consumo
e515 Servicios, sistemas y políticas de arquitectura y construcción
e520 Servicios, sistemas y políticas de planificación de los espacios abiertos
e525 Servicios, sistemas y políticas de vivienda
e530 Servicios, sistemas y políticas de utilidad pública
e535 Servicios, sistemas y políticas de comunicación
e540 Servicios, sistemas y políticas de transporte
e545 Servicios, sistemas y políticas de protección civil
e550 Servicios, sistemas y políticas legales
e555 Servicios, sistemas y políticas de asociación y organización
e560 Servicios, sistemas y políticas de medios de comunicación
e565 Servicios, sistemas y políticas económicas
e570 Servicios, sistemas y políticas de seguridad social
e575 Servicios, sistemas y políticas de apoyo social general
e580 Servicios, sistemas y políticas sanitarias
e585 Servicios, sistemas y políticas de educación y formación
e590 Servicios, sistemas y políticas laborales y de empleo
e595 Servicios, sistemas y políticas de gobierno
e598 Servicios, sistemas y políticas, otros especificados
e599 Servicios, sistemas y políticas, no especificados

Tal y como hemos venido haciendo para los componentes anteriores, seleccionaremos un caso que ejemplifique como se estructura esta sección dentro de la Clasificación:

Ejemplo:

Una chica con traumatismo cráneo-encefálico que se ve afectada por paraplejía, gracias a su silla de ruedas se puede mover por el entorno.

Capítulo 1

Productos y tecnología (pg.187)

Este capítulo trata sobre los productos o sistemas de productos naturales o fabricados por el hombre, el equipamiento y la tecnología existentes en el entorno inmediato de un individuo que se recogen, crean, producen o manufacturan.

En los siguientes niveles de descripción se observa, como siempre, que los dígitos poseen una estructura alfanumérica., siendo en este caso la letra e la

Manual para Conocer la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud

que identifica a los Factores Contextuales. Así, en el caso concreto de nuestro ejemplo, el segundo Nivel explora:

el20 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.

Y por último encontramos el ultimo nivel de detalle para nuestro ejemplo:

el201 Productos y tecnología de ayuda para la movilidad y el transporte personal en espacios cerrados y abiertos

Equipamiento, productos y tecnología adaptados o diseñados específicamente para ayudar a las personas a moverse dentro y fuera de los edificios, como dispositivos para andar, coches y furgonetas especiales, vehículos adaptados, sillas de ruedas, motocicletas y dispositivos para el desplazamiento.

De modo que la solución para este ejemplo es:

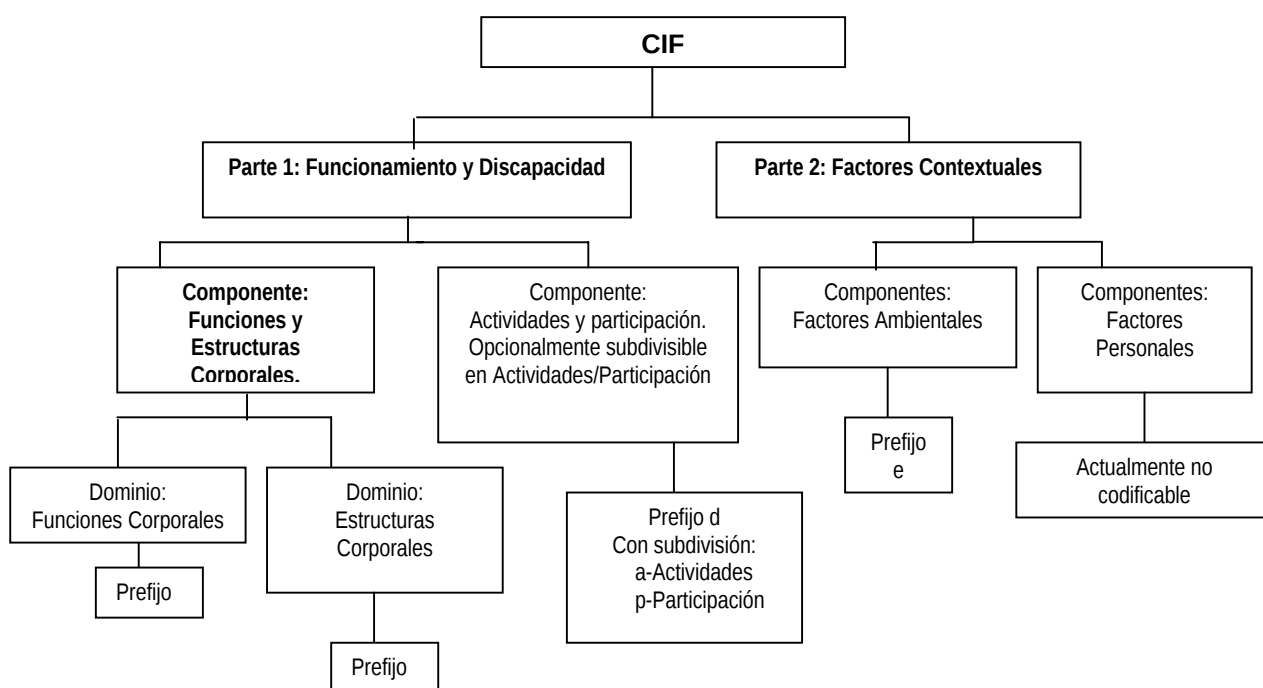
el201 Productos y tecnología de ayuda para la movilidad y el transporte personal en espacios cerrados y abiertos

ANÁLISIS DE LOS SISTEMAS DE CODIFICACIÓN

ANÁLISIS DE LOS SISTEMAS DE CODIFICACIÓN.

Organización y Estructura.

A la hora de la codificación conviene tener presente un esquema general de las partes, componentes y dominios de que consta la clasificación CIF, visto en anteriores exposiciones.

**Referencia al componente general.**

La referencia al componente general que estamos describiendo, como hemos visto, ha quedado de la siguiente manera:

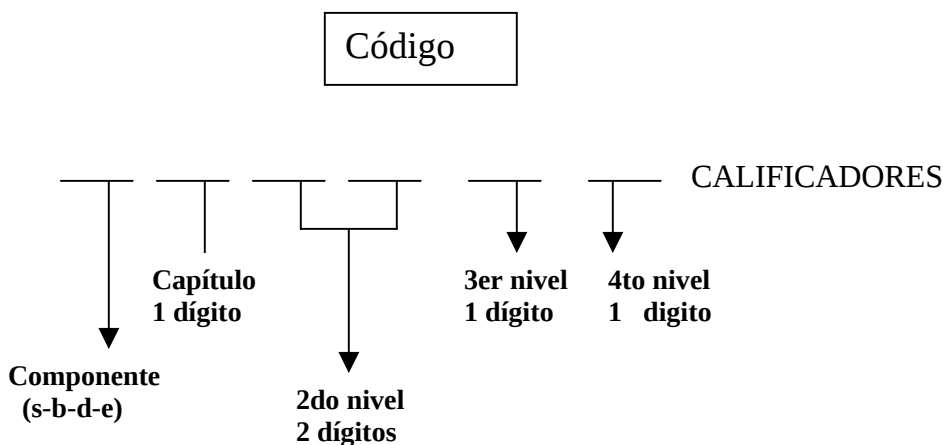
- **b** referencia a "Funciones Corporales"
- **s** referencia a "Estructuras corporales"
- **d** referencia a "Actividades y Participación".
Opcionalmente, es subdivisible en
 - **a**, que referencia a "Actividades"

- **p**, que referencia a "Participación".
- **e** referencia a "Factores Ambientales"

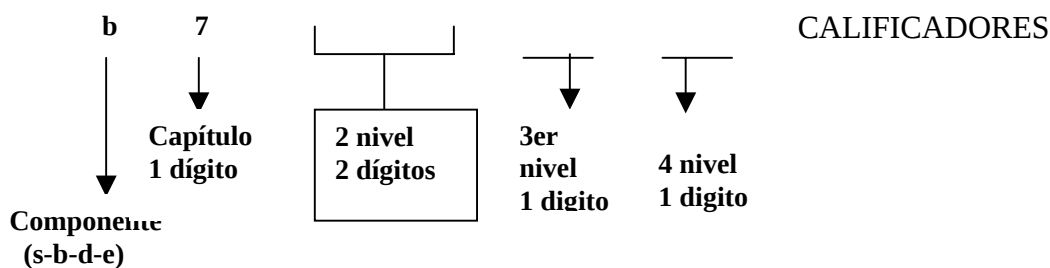
Referencia al dominio o capítulo y categoría concreta dentro de un determinado componente.

Una vez elegido el componente general al que queremos hacer alusión, deberemos referenciar, dentro de él, el dominio o capítulo concreto que describa nuestro caso. Por ejemplo. Aparte de referirnos a una estructura corporal (con el prefijo **s**), queremos decir en concreto cuál es.

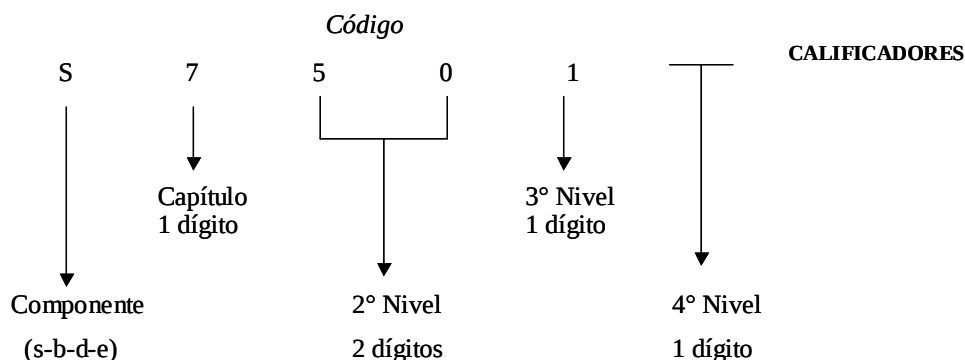
Tras las letras **b**, **s**, **d** y **e** aparece un código numérico de longitud variable. En primer lugar aparece el número de capítulo (un dígito). A continuación el descriptor del segundo nivel de la clasificación (dos dígitos) y finalmente los descriptors de tercer y cuarto nivel (un dígito cada uno). Por lo que nos quedaría la siguiente estructura de codificación:



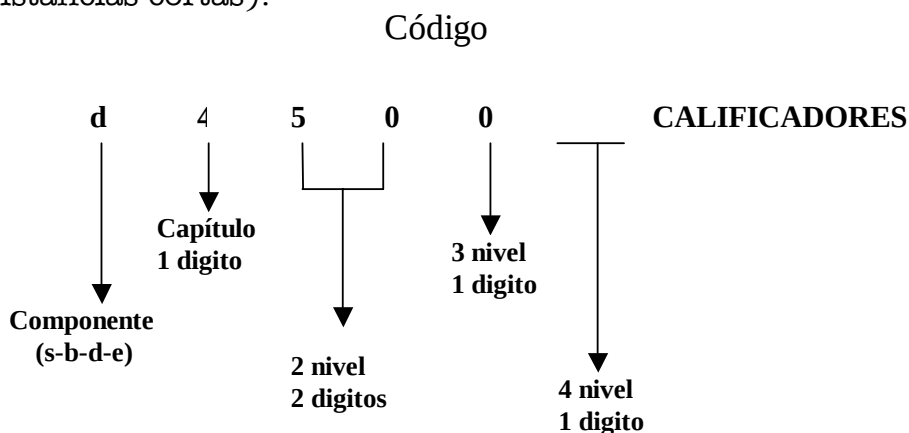
Por ejemplo para una persona que tiene afectado de manera grave su patrón de marcha, tendría el siguiente código:



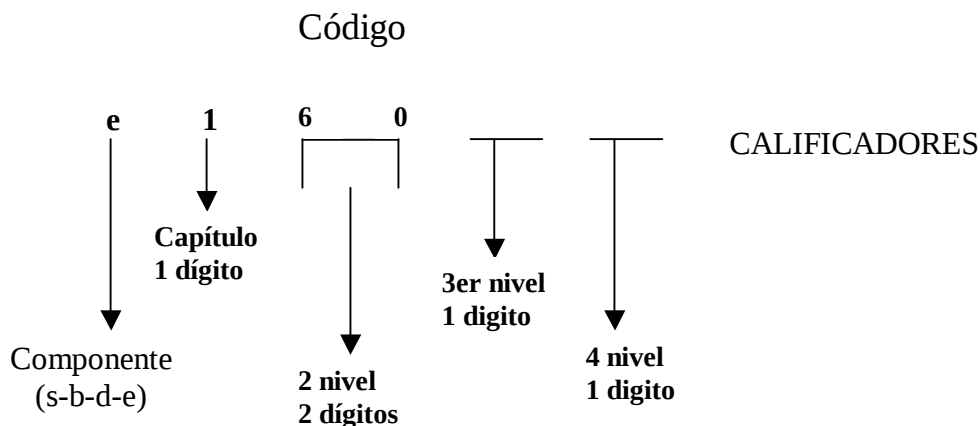
Si en el accidente el hombre ha perdido la pierna izquierda el código sería el s7501 (estructura de la pierna):



Si esta persona experimenta dificultades para andar, el código sería el d4500 (andar distancias cortas):



Si las dificultades para andar de esta persona se deben a que las aceras de su vecindario son empinadas y resbaladizas, el código correspondiente sería el e160 (productos y tecnologías relacionados con el uso/explotación del suelo):



Códigos especiales de tercer y cuarto nivel (códigos 4° y 5°).

Respecto a los códigos de tercer y cuarto nivel (codificaciones hasta cuatro y cinco códigos) nos encontramos con dos casos espaciales que aparecen al final de cada grupo de estos niveles y al final de cada capítulo.

- Otro Especificado (identificado con el código 8).
Permite la codificación de aspectos del funcionamiento que no están incluidos dentro de ninguna categoría específica. Cuando se utiliza este código, el evaluador debe especificar el nuevo ítem en una lista adicional.
- No especificado (identificado con el código 9)
Permite la codificación de funciones que encajan dentro del grupo pero para las que no hay suficiente información para permitir la asignación de una categoría más específica.

Conviene resaltar solamente contienen ítems de cuarto nivel las clasificación de Funciones y Estructuras Corporales.

Elección de la longitud de la codificación (desde 1 a 5 códigos).

La elección de la longitud de los códigos (desde 1 a 5 códigos) para describir un estado de salud, puede variar según las necesidades del evaluador y su cometido en un momento concreto. Podemos, por ejemplo, tener los siguientes casos:

- Servicios especiales : programas de rehabilitación, servicios geriátricos o de salud mental, hallarán más riqueza en la CIF empleando la codificación que abarque hasta el cuarto nivel, es decir, hasta 5 códigos.
- Estudios de población, evaluación de resultados en actividades sanitarias no especializadas, por ejemplo, hallarán más facilidades empleando una codificación que abarque dos niveles, es decir, hasta tres dígitos.

Orientaciones en la elección de las categorías por medio de definiciones, términos de inclusión. y términos de exclusión.

A partir de la clasificación de segundo nivel (tres dígitos: xxx) y hasta el cuarto nivel (cinco dígitos xxxxx) podemos encontrar para todas las categorías de clasificación, sus definiciones y sus criterios de inclusión y exclusión.

Definiciones.

La CIF aporta definiciones operacionales de categorías de salud y "relacionadas con la salud". Estas definiciones describen sus atributos esenciales permitirían una mayor precisión respecto a sus usos coloquiales. Estas definiciones, además, remitirían una buena correspondencia con otros instrumentos de

Manual para Conocer la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud

evaluación habitualmente empleando en estudios de población, evaluaciones, o incluso para la construcción de nuevos cuestión o la “traducción” en los términos de la CIF de otros ya contruidos.

Así por ejemplo, dentro del componente de "Funciones Corporales" (b), en su capítulo de "Funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento" (b7), y dentro de ella, la categoría de segundo nivel de "Funciones relacionadas con el patrón de la marcha" (b770), nos encontramos con su siguiente definición: "Funciones relacionadas con los modos de moverse una persona al caminar, correr u otros movimientos de todo el cuerpo".

Términos de inclusión.

Los términos de inclusión aparecen listados después de la definición de muchas categorías. Su función es orientar sobre el contenido de la categoría, sin pretender ser exhaustivas.

Siguiendo el ejemplo anterior, las "Funciones relacionadas con el patrón de la marcha" (b770) vemos que incluye los siguientes términos: Patrones para caminar y para correr; deficiencias tales como marcha espástica, hemipléjica, parapléjica, asimétrica y patrón de marcha torpe o rígido. Todos ellos por tanto, irían adscrito a la categoría b770, "Funciones relacionadas con el patrón de la marcha".

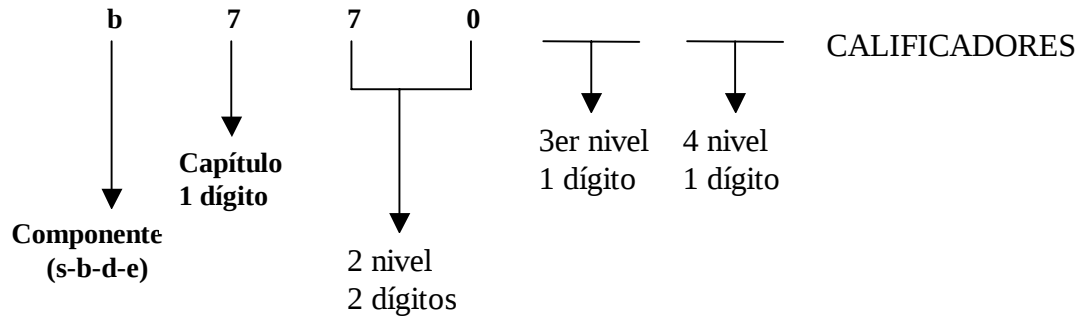
Términos de Exclusión.

Los términos de exclusión se incluyen cuando : Debido a su semejanza con otros términos, la aplicación puede resultar complicada.

En el mismo ejemplo anterior vemos que tal categoría b770 "Funciones relacionadas con el patrón de la marcha" excluye las 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 reflejos del movimiento involuntario (b765).

Por todo lo dicho anteriormente este ítem tendría el siguiente código:

Código

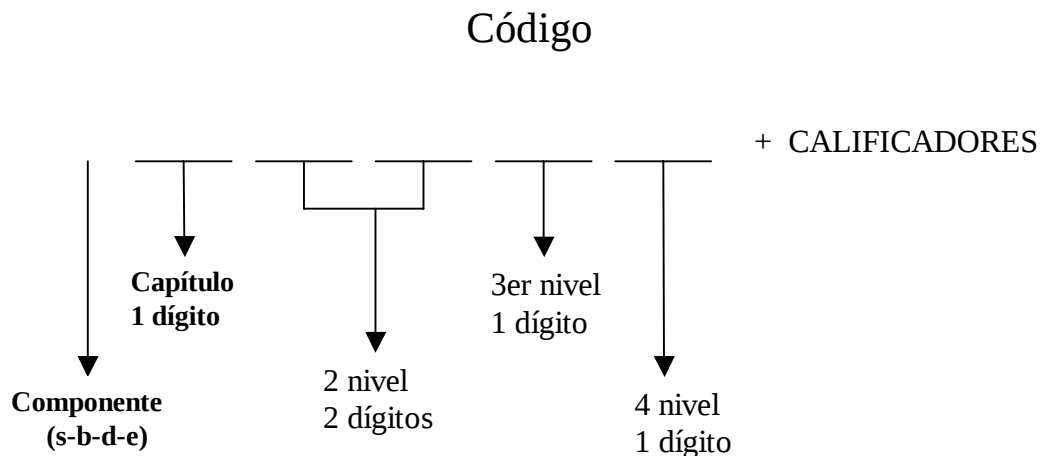


Calificadores.

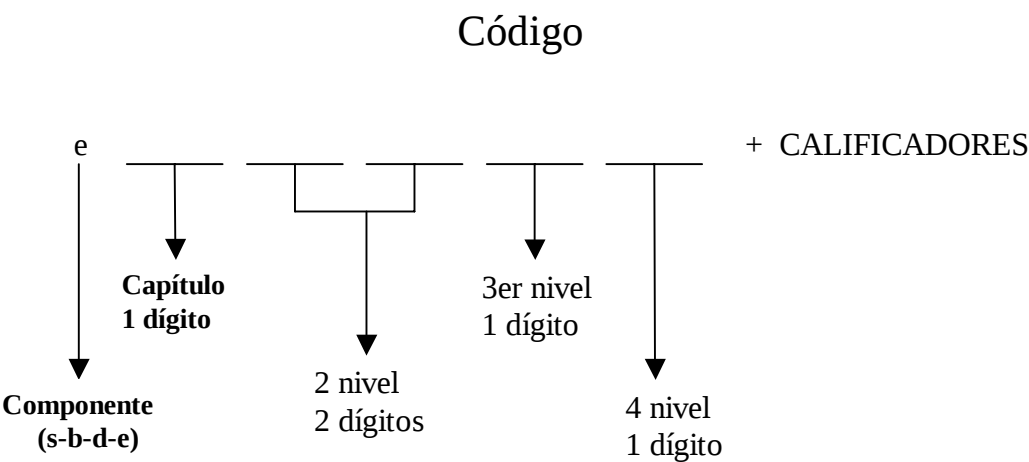
Hasta ahora sabemos “QUÉ” (**expresado con códigos**) está afectado representado por su componente, su capítulo y su categoría. En sentido negativo representan los problemas en las Funciones Corporales o en las Estructuras Corporales (que conjuntamente expresan la deficiencia), en las limitaciones en la actividad o en las restricciones en la participación o con las barreras ambientales.

El segundo conjunto de datos a valorar ahora es el **CUANTO** (**expresado con calificadores**). Los calificadores deben estar obligatoriamente presentes (al menos un calificador) después de cada componente afectado (ya sea “b”, “s”, “d” o “e”) con sus capítulos y categorías detalladas e indican la magnitud del nivel de salud o gravedad del problema que se está evaluando.

Los códigos y calificadores deben estar separados por punto:



En el caso especial de la calificación de los Factores Ambientales, este punto (".) se puede sustituir un signo "+", cuando queremos indicar que dicho factor es un facilitador, en vez de una barrera:



Los calificadores tienen, como veremos posteriormente, y sea cual sea el componente que están calificando, un significado distinto según su localización: Es decir, según el lugar que ocupan después del punto (primer, segunda, tercer, etc., lugar después del punto) y según el componente general al que hagan referencia, Todos ellos tienen una escala específica, como veremos posteriormente. A pesar de que hemos mencionado que el significado de los calificadores es distinto según su lugar y el componente al que acompañan, el primer calificador (obligatorio) es común para todos los componentes e indica la magnitud o intensidad del problema evaluado con una escala que puede tomar los siguientes 7 valores:

Escala calificadores CIF	Equivalencia Cualitativa	Equivalencia Cuantitativa
xxx. 0. NO hay problema	(Ninguno, insignificante...)	0-4%
xxx. 1. Problema LIGERO	(poco, escaso...)	5-24%
xxx. 2. Problema MODERADO	(medio, regular...)	25-49%
xxx. 3. Problema GRAVE	(mucho, extremo...)	50-95%
xxx. 4. Problema COMPLETO	(total, etc....)	96-100%
xxx. 8. sin especificar		
xxx. 9. no aplicable.		

Importancia de las Equivalencias.

La importancia de las equivalencias, especialmente las numéricas con sus intervalos definidos, radica en la posibilidad de correspondencia con otros

Manual para Conocer la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud

instrumentos de evaluación debido a que un evaluador podría disponer de instrumentos calibrados para cuantificar la deficiencia, la limitación de la capacidad, el problema de desempeño/realización o la barrera. Un ejemplo paradigmático lo constituyen, dentro del componente b Funciones Corporales, las escalas de inteligencia. Tales escalas están determinadas en porcentajes sobre la población general, que serían equiparables a los propuestos por la CIF. Sin embargo y en general, para que esta cuantificación pueda ser utilizada de manera uniforme, es necesario desarrollar procedimientos de valoración llevando a cabo diferentes proyectos de investigación.

Desarrollo de escalas para aspectos positivos.

En ciertas ocasiones se podrían emplear calificadores para evaluar no sólo los aspectos negativos del funcionamiento ("deficiencia", "limitación en la actividad" o "restricciones en la participación"), sino los aspectos positivos (el "funcionamiento", la "actividad" y la "participación"). Queda a la discreción del usuario el desarrollo de tales escalas de codificación de aspectos positivos.

Reglas Generales de Codificación.

Las siguientes reglas son esenciales para la obtención de información válida según los diferentes usos que se pueden dar a la clasificación.

Selección de agrupaciones para formar el perfil del Individuo.

La CIF no es una clasificación de "acontecimientos", como la CIE-10, en la que una condición de salud concreta se clasifica con un único código. Como el funcionamiento de la persona puede verse afectado en el nivel corporal, individual (actividad) y social (participación), el evaluador debe tener siempre en cuenta todos los componentes de la clasificación denominados "Funciones y Estructura corporales", Actividades y Participación y Factores Ambientales. No resulta lógico que haya que emplear todos los códigos posibles en cada entrevista, sino que, dependiendo de las circunstancias, los usuarios tendrán que decidir cuáles son los códigos más importantes para describir la situación del paciente en cada caso concreto.

Codificando Información RELEVANTE.

La CIF es una clasificación de salud y por lo tanto asume la presencia de una condición de salud de cualquier tipo. Debido a esto la información que no esté relacionada con la salud de la persona no se codificará en la CIF, es decir en la clasificación no se codifican las limitaciones debidas a decisión personal o los sentimientos subjetivos de adecuación o satisfacción con su nivel de funcionamiento.

Por ejemplo, si una persona decide no comenzar una nueva relación con sus vecinos por razones ajenas a la salud, entonces no es apropiado utilizar la

Manual para Conocer la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud

categoría d7200, que incluye las acciones de iniciar relaciones. Por el contrario, si la decisión de la persona está ligada a una condición de salud (ejemplo, una depresión), entonces si deberíamos aplicar el código. Futuras investigaciones pueden proporcionar calificadores adicionales para esta información

Codificación de información enmarcada en un PERIODO DE TIEMPO PREDEFINIDO.

La modalidad de utilización por defecto de la CIF es la de codificar los dominios en función de la situación del entrevistado en un momento dado (como si hiciéramos una "fotografía" en el momento de la entrevista). Las funciones que tengan relación con una entrevista anterior y no tengan importancia durante la entrevista actual no deben codificarse.

Sin embargo, también es posible codificar la situación de una persona a lo largo del tiempo para describir su evolución temporal o la evolución de un determinado proceso. Pero, en este caso los usuarios deberán indicar cuál ha sido el estilo de codificación y el marco temporal que han utilizado.

Codificación de Información EXPÍCITA.

Al asignar los códigos, el usuario no debe hacer deducciones o inferencias acerca de las relaciones entre deficiencias en las funciones y estructuras corporales, limitaciones en la actividad o restricciones en la participación. Los componentes se codifican independientemente unos de otros, y el nivel de análisis es descriptivo.

Como ejemplo, si una persona tiene una limitación de funcionamiento para desplazarse, no podemos asumir que tiene una deficiencia en las Funciones de movilidad (inferencia "limitación deficiencia"), igualmente no podemos deducir para una persona que tenga una capacidad limitada para desplazarse que esa persona que tenga un problema de desempeño para realizar desplazamiento.

Codificación de Información Específica.

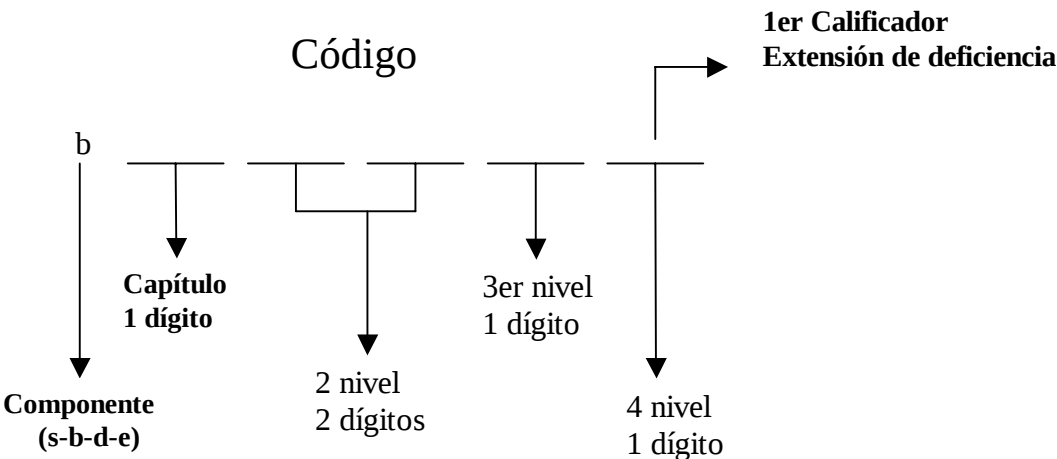
Las "estados de salud" y "relacionados con la salud" se deben registrar con la máxima precisión posible, asignándoles la categoría CIF más apropiada. Por ejemplo el código más adecuado para una persona con ceguera nocturna es "b21020 Sensibilidad a la Luz". En cambio, si este nivel de detalle no pudiera aplicarse, el siguiente código situado por encima de la jerarquía podría utilizarse en su lugar (en este caso, "b2102 Calidad de la Visión", "b210 Funciones Visuales" o "b2 Funciones Sensoriales y Dolor", En esta tarea puede ayudar tanto el "Navegador" de la CIF (motor de búsqueda sobre una versión electrónica de la CIF) o el índice alfabético tradicional.

Reglas de codificación específica para los componentes

Codificación de Funciones Corporales

Las Funciones Corporales hacen referencia a las funciones fisiológicas de los sistemas corporales, y las deficiencias son los problemas en dichas funciones corporales, como una desviación o una perdida significativa.

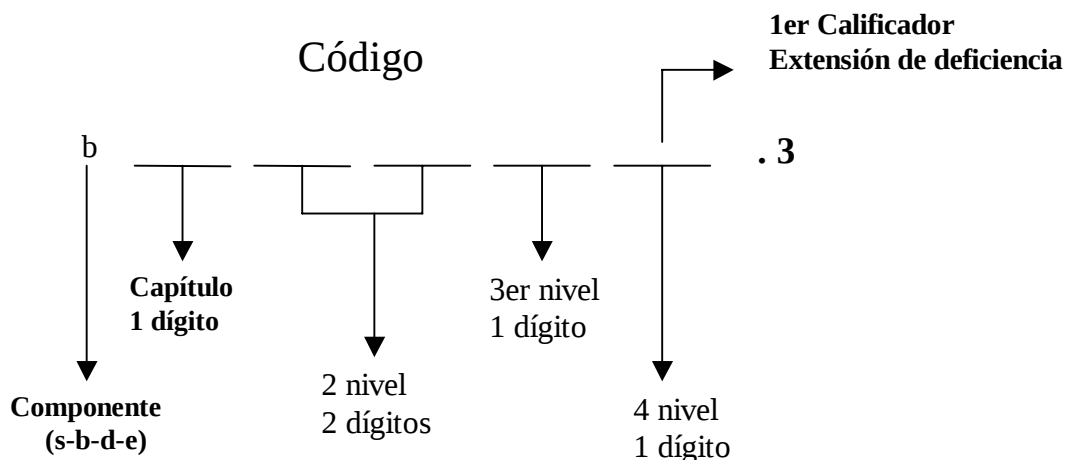
El calificador en este caso indica la extensión o magnitud de la deficiencia, Existe deficiencia ante una disminución o perdida, adición exceso, o desviación.



El calificador genérico para situar la deficiencia dentro de una escala de gravedad es el siguiente:

Escala calificadores CIF	Equivalencia Cualitativa	Equivalencia Cuantitativa
xxx. 0. NO hay deficiencia	(Ninguno, insignificante...)	0-4%
xxx. 1. Deficiencia LIGERA	(poco, escaso...)	5-24%
xxx. 2. Deficiencia MODERADA	(medio, regular...)	25-49%
xxx. 3. Deficiencia GRAVE	(mucho, extremo...)	50-95%
xxx. 4. Deficiencia COMPLETA	(total, etc....)	96-100%
xxx. 8. sin especificar		
xxx. 9. no aplicable.		

Por ejemplo una persona que tiene afectado de manera grave su patrón de marcha, porque ha perdido la extremidad inferior izquierda en un accidente, tendría el siguiente código junto con su correspondiente calificador:



Ante la evidencia de que existe una deficiencia pero sobre la que disponemos de información insuficiente como para calificar su gravedad, se utiliza el dígito 8. Por ejemplo si la historia clínica de una persona indica que "tiene dificultades en el patrón de la marcha" y no nos dan más detalles:

B770.8 Deficiencia en el patrón de marcha, **no especificada**

Cuando resulta inapropiado aplicar un código específico, se utiliza el dígito 9. Así es inaplicable el código b650 Funciones relacionadas con la menstruación en mujeres antes de la menarquia o después de la menopausia.

b650.9 Funciones relacionadas con la menstruación, **no aplicable**

Correlatos estructurales de Funciones corporales

Las clasificaciones de funciones y estructuras corporales han sido diseñadas para funcionar en paralelo. La utilización de código de función corporal obliga la comprobación de si es aplicable el uso del código correspondiente de estructura corporal. Así, códigos de funciones corporales como las funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento (Capítulo 7 de Funciones Corporales) tienen su correlato con el Capítulo 7 de Estructuras Corporales, Estructuras relacionadas con el movimiento.

Consideración de informaciones entre deficiencias

Distintas deficiencias pueden relacionarse entre si como causa y efecto., por ejemplo, deficiencias en la fuerza muscular pueden provocar deficiencias en el movimiento. de forma similar que la relación que se establece entre la función cardiaca y la respiratoria, etc.

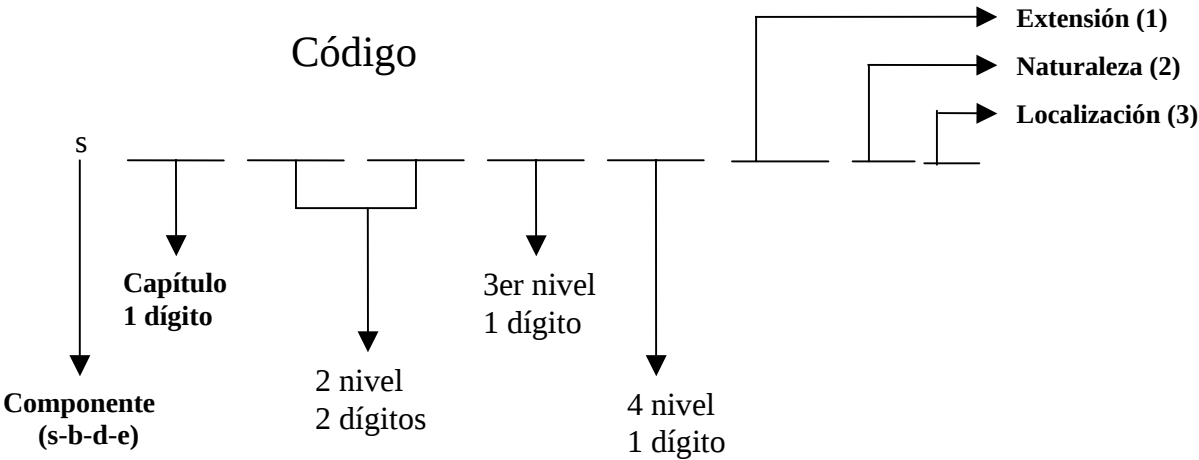
Identificación de deficiencias en funciones corporales

Existen deficiencias que no pueden observarse directamente (p.ej. en funciones mentales), pero que pueden ser inferidas por el usuario de la clasificación a través de la conducta del sujeto o de sistemas estandarizados de medida, como por ejemplo el caso de los tests en la evaluación de la memoria, etc.

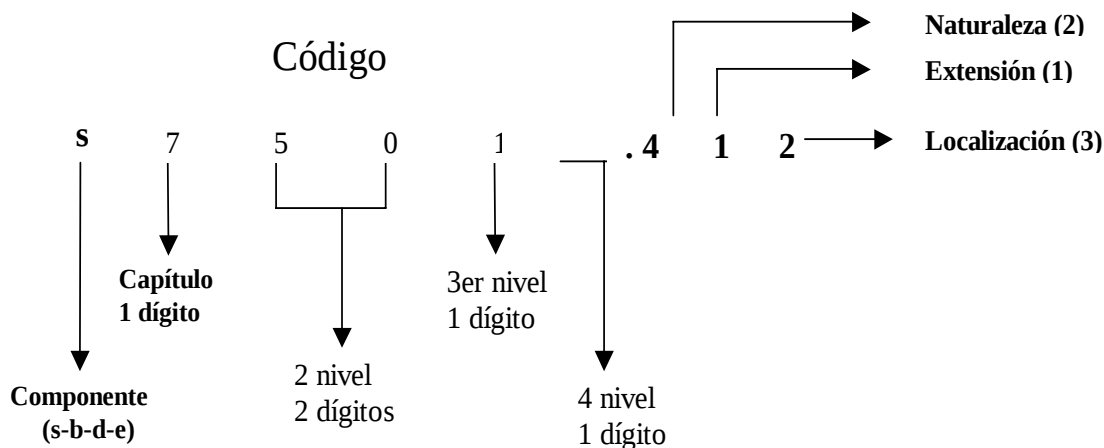
Codificación de Estructuras Corporales

Estructuras Corporales, es un término que hace referencia a las partes anatómicas del cuerpo como los órganos, las extremidades y sus componentes y las deficiencias se refieren a los problemas en dichas estructuras corporales., como una desviación o pérdida significativa

Se codifican con tres calificadores, el primero describe la magnitud de la deficiencia, el segundo indica la naturaleza del cambio y el tercero señala la localización de la deficiencia. (Ver Tabla 1).

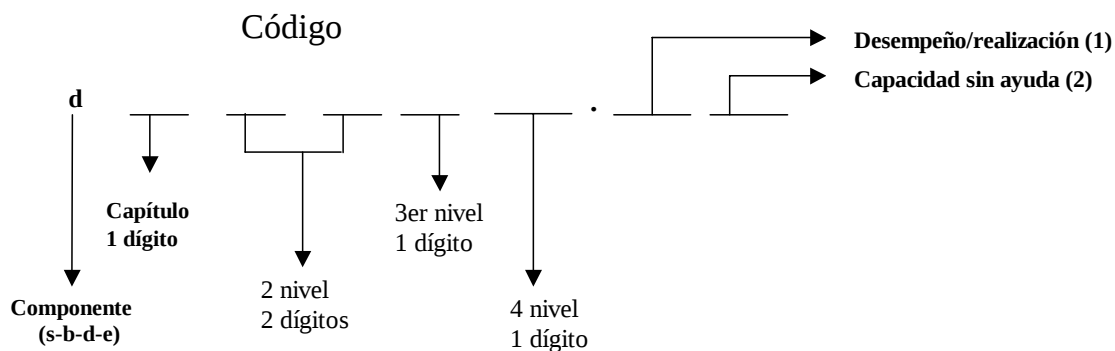


Primer calificador	Segundo calificador	Tercer calificador
Extensión de la deficiencia	Naturaleza de la deficiencia	Localización de deficiencia
0 No existe deficiencia 1 Deficiencia LEVE 2 Deficiencia MODERADA 3 Deficiencia GRAVE 4 Deficiencia COMPLETA 8 no especificada 9 no aplicable	0 sin cambio en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



Codificación del componente Actividades y Participación

El término Actividad hace referencia a la realización de tareas específicas por parte de una persona, mientras que el de Participación califica el acto de involucrarse una situación vital. Tanto Actividades como Participación se codifican con dos calificadores de desempeño/realización y el de capacidad.

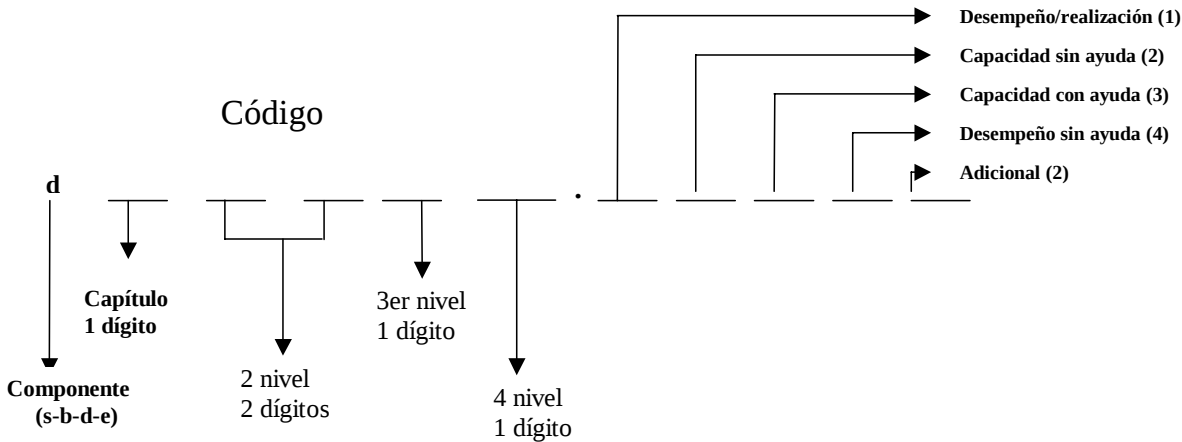


El calificador de desempeño/realización describe lo que una persona hace en su contexto/entorno actual, y dado que dicho contexto incluye un contexto/entorno social, el desempeño puede ser igualmente entendido como el acto de involucrarse en una situación vital de las personas en el contexto en el que viven. Este contexto incluye toda una serie de factores del mundo físico, social y actitudinal que pueden estar actuando como facilitadores o como barreras, y pueden ser codificadores utilizando los factores Ambientales.

El calificador de capacidad sin ayuda describe la aptitud de un individuo para realizar tareas específicas sin ser aumentada por tecnología, dispositivos adicionales, o terceras personas, e indica el máximo nivel probable de

funcionamiento que puede alcanzar en un dominio y en un momento dado. Para evaluarlo se ha de disponer de un contexto/entorno normalizado que puede ser básicamente de dos tipos: un contexto comúnmente utilizado para evaluar la capacidad en situaciones de evaluación o en su defecto, cuando esto no sea posible, un contexto que no tenga un efecto uniforme. La separación entre capacidad y desempeño/realización refleja la diferencia entre los efectos del contexto/entorno actual y el uniforme, por lo que proporciona guía útil sobre lo que puede hacerse en el contexto/entorno del individuo para mejorar su desempeño/realización.

El tercer y r el cuarto calificador son de carácter opcional y ofrecen la posibilidad de codificar la capacidad con ayuda y el desempeño/realización sin ayuda. El quinto dígito está reservado para los calificadores que pueden ser desarrollados en el futuro, como un calificador adicional de implicación o de satisfacción subjetiva.



Los calificadores de capacidad y desempeño/realización tanto con ayuda como sin ayuda se implican de acuerdo a la siguiente escala (xxx indica el número de dominio de segundo nivel):

Escala calificadores CIF	Equivalencia Cualitativa	Equivalencia Cuantitativa
xxx. 0. NO hay problema	(Ninguno, insignificante...)	0-4%
xxx. 1. Problema LIGERO	(poco, escaso...)	5-24%
xxx. 2. Problema MODERADO	(medio, regular...)	25-49%
xxx. 3. Problema GRAVE	(mucho, extremo...)	50-95%
xxx. 4. Problema COMPLETO	(total, etc....)	96-100%
xxx. 8. sin especificar		
xxx. 9. no aplicable.		

Cualquiera de los dos calificadores (desempeño/realización y capacidad) puede utilizarse para las categorías listadas, si bien la información recogida en cada caso será distinta dependiendo de los calificadores que utilicemos. En el caso de aplicar un sólo calificador el dígito reservado al otro calificador debe dejarse en blanco. Si se utilizan los dos calificadores, el resultado es la suma de ambos constructos.

Ejemplo

d4500.21 → d4500.2_
d4500.21 → d4500._1

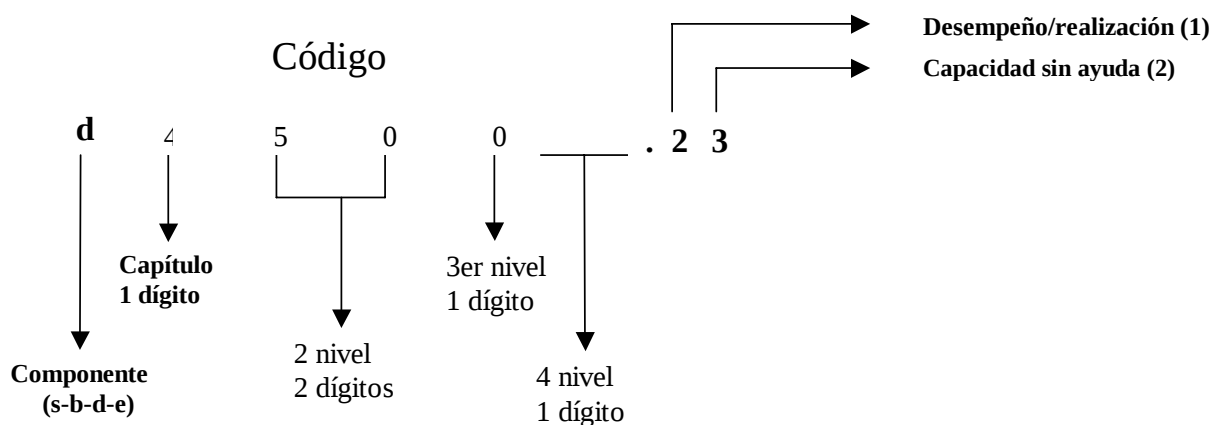
Un ejemplo de la aplicación de los dos calificadores podría ser el caso que venimos comentando de una persona que ha perdido una pierna en un accidente y que desde entonces ha utilizado un bastón, pero experimenta dificultades moderadas para andar porque las aceras de su vecindario son empinadas y resbaladizas. El calificador de desempeño/realización en este dominio se refiere al desplazamiento a pie, en el contexto actual de la persona, sobre las distintas superficies con ayuda del bastón:

d4500.2_ Restricción moderada en el desempeño de andar distancias cortas

Para el calificador de capacidad este dominio se refiere a la habilidad de un individuo para caminar sin ayuda. Por ejemplo, la habilidad de esta persona para caminar sin un bastón, en el contexto/entorno normalizado (como puede ser uno liso y sin superficie resbaladizas) será muy limitada, por lo tanto la capacidad de esta persona se codificaría de la siguiente manera:

d4500._3 Limitación grave en la capacidad para andar distancias cortas

Nos quedaría por tanto el siguiente esquema de codificación:



Posibilidad de uso de la lista de Actividades y participación

El componente de Actividades y participación es un listado neutro de dominios referidos a distintas y áreas de la vida. Las categorías están ordenadas en niveles que van del más general al más detallado.

(1) Grupos diferentes de dominios de Actividades y dominios de participación (sin solapamiento)

Codificamos un grupo de categorías como Actividades y otro grupo como participación. De esta manera ambos grupos son excluyentes y por lo tanto no existe solapamiento posible.

El usuario determina que categoría quiere codificar como actividades y cuáles como Participación, según intereses; p.ej.:

a1 Aprendizaje y aplicación del conocimiento

a2 Tareas y demandas generales

a3 Comunicación

a4 Movilidad

p5 Auto cuidado

p6 Vida domestica

p7 Interacciones interpersonales

p8 Áreas principales de la vida

p9 Vida comunitaria, social y cívica

En el ejemplo que venimos comentando de la persona que ha sufrido un accidente, si nos dijeran que experimenta dificultades moderadas para andar distancias cortas y que debido a ello ha dejado de ir a trabajar porque no es admitido por sus compañeros de trabajo y porque las áreas de descanso del trabajo no están adaptadas para él, según esta modalidades pondríamos:

Movilidad como Actividad: a4500.2

Trabajo como Participación: p850.4

Codificación para esta estructura:

a *código de categoría.* qp qc (la categoría valora un ítem de actividad)

p *código de categoría.* qp qc (la categoría valora un ítem de participación)

(Donde qp – calificador de desempeño/realización y qc – calificador de capacidad)

La opción (1) proporciona, pues, una matriz de información completa sin que exista tipo de solapamiento.

(2) Solapamiento parcial entre los grupos de dominios, Actividades y los grupos de dominios, Participación

En esta alternativa, un mismo grupo de categorías puede considerarse con ítems de actividades o como ítems de Participación, es decir, la misma categoría puede referirse como tareas o acción que un individuo realiza (Actividad) o como implicación en una situación vital (participación).

Por ejemplo:

a1 Aprendizaje y aplicación del conocimiento
a2 Tareas y demandas generales
a3 Comunicación
a4 Movilidad
a5 Auto cuidado
a6 Vida doméstica

p3 Comunicación
p4 Movilidad
p5 Auto cuidado
p6 Vida doméstica
p7 Interacciones interpersonales
p8 Áreas principales de la vida
p9 Vida comunitaria, social y cívica

Siguiendo con el mismo ejemplo si nos dicen que ha dejado de ir a trabajar porque no es admitido por sus compañeros de trabajo y porque las áreas de descanso del trabajo no están adaptadas para él, según esta modalidad podríamos poner:

Trabajo como actividad	a850.4
Trabajo como Participación	p850.4

Codificación para esta estructura

En este formato de codificación no es posible que una categoría situada en la zona de solapamiento tenga valores distintos para un mismo calificador (ni para el primer calificador de desempeño ni para el segundo de capacidad). Es decir no podríamos poner:

(3) Categorías detalladas como Actividades y categorías amplias como participación con o sin solapamiento

Otra forma de aplicar las definiciones de Actividades y Participación a los dominios, es restringir el uso de Participación para las categorías más amplias, mientras que las categorías más detalladas se codifican como Actividades. Así, p.ej. las categorías de primer nivel como los títulos de los capítulos pueden codificarse como Participación, mientras que las de tercer y cuarto nivel pueden codificarse como Actividades. Por ejemplo

d4550 "Arrastrarse" puede valorarse como Actividad
y

d455 "Desplazarse por el entorno" puede valorarse como Participación

Sin embargo, el usuario puede decidir que ciertos dominios completos pertenecen a Actividades o a Participación. Existiendo por ello dos situaciones posibles, una codificación sin solapamiento o una codificación con solapamiento.

Siguiendo con el ejemplo de la persona que tenía dificultades en su movilidad y dejaba de acudir al trabajo podríamos codificar:

Áreas principales de la vida como actividades: a8.4 (necesitaríamos más informaciones para este calificador)

Trabajo como Participación: p850.4

Codificación de esta estructura

De forma similar a la Opción (1) o (2)

(4) Utilización de los mismos dominios tanto para Actividades como para Participación con solapamiento total de los dominios

En este caso, todas las categorías se interpretan como funcionamiento individual (Actividad) y como funcionamiento social (Participación).

Siguiendo con el mismo ejemplo codificaríamos tanto la movilidad como el trabajo como Actividad y como participación y los distinguiríamos mediante los calificadores de desempeño y de capacidad:

Andar distancias cortas como actividad y Participación: d4500.23

Trabajo como Actividad y participación: d850.40

Cuando utilizamos los dos calificadores, en el modo (4) tenemos dos valores para la misma celda en la matriz de información de la CIF, uno para actividad y otro para participación. En principio la información de ambos será redundante. Esta redundancia puede ser superada. Por ejemplo, si tomamos el calificador de capacidad como indicador de actividad y el de desempeño/realización como indicador de Participación.

Estos aspectos de codificación de Actividades y Participación están sujetos a investigaciones posteriores que estudien la utilización que los usuarios hagan de los mismos de forma que se puedan llegar a establecer determinadas conclusiones de cara a próximas revisiones.

Codificación de los Factores Ambientales

Los Factores Ambientales incluyen el ambiente físico, social y actitudinal y deben codificarse desde la perspectiva de la persona descrita, por ejemplo, las rampas en los bordillos que no tengan un pavimento liso deberán codificarse

Manual para Conocer la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud

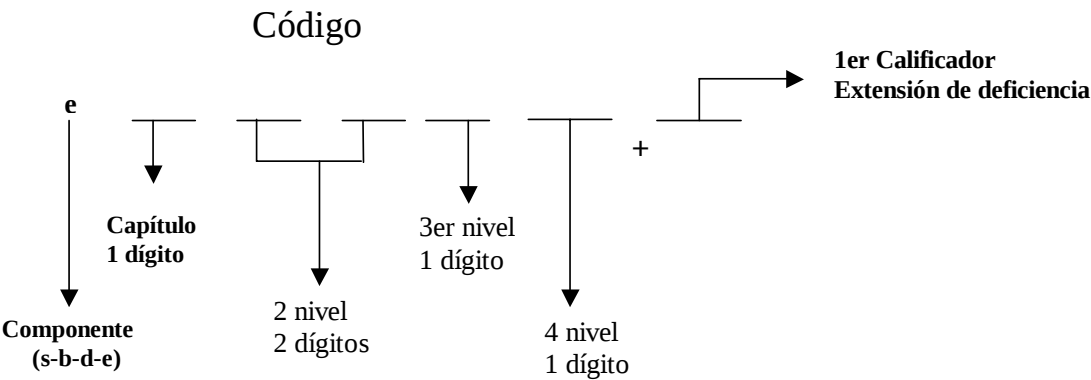
como facilitadores para una persona que utiliza una silla de ruedas pero como barreras para una persona ciega. El calificador indicará, por tanto, hasta que punto un factor es un facilitador.

Con respecto a los facilitadores el evaluador deberá considerar aspectos como la accesibilidad de un recurso y si éste es constante o variable su calidad y etc. En el caso de las barreras deberá tener en cuenta la magnitud del obstáculo, la frecuencia y si es posible evitarlo. El evaluador también deberá considerar que un factor ambiental puede ser una barrera o un facilitador tanto por su presencia como por su ausencia.

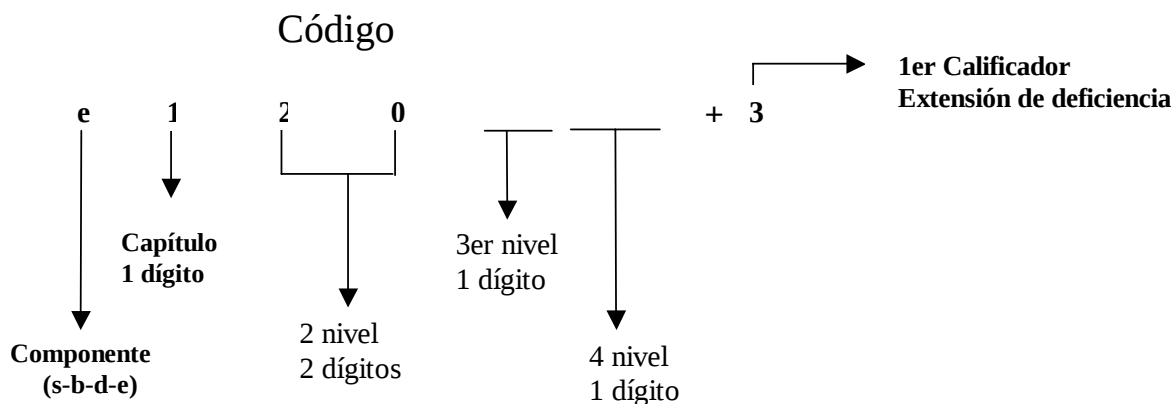
Los Factores Ambientales se codifican con un calificador que tiene una escala positiva (para indicar que es un facilitador) y otra negativa (para indicar que es una barrera), de tal forma que un punto decimal indica que es barrera y el signo + indica que se trata de un facilitador. Estas escalas valoran el grado en que un Factor Ambiental actúa como barrera o como facilitador:

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

Nos quedaría por tanto la siguiente estructura de codificación:



En el ejemplo de la persona que ha perdido la pierna en un accidente y tiene dificultades moderadas para andar distancias cortas, si esta persona se ayuda de un bastón, lo cual le facilita muchísimo esta tarea, pero las aceras de su calle son resbaladizas y empinadas, tendríamos que el bastón es un facilitador (productos y tecnología para la movilidad y el transporte de uso personal): Y la participación del suelo sería una barrera:



Modalidades de codificación para el componente factores Ambientales

Los factores Ambientales se pueden codificar según tres modalidades distintas:

(1) Modalidad 1

Codificación independiente, sin relacionarse con la codificación de Funciones o Estructuras corporales o Actividades y Participación. Tendríamos por lo tanto un listado separado de cada uno de los componentes:

Funciones Corporales
Estructuras Corporales
Actividades y Participación
Factores Ambientales

Codificación independiente, sin relacionarse con la codificación de Funciones o Estructuras corporales o Actividades y Participación. Tendríamos por lo tanto un listado separado de cada uno de los componentes:

Funciones Corporales
Estructuras Corporales
Actividades y Participación
Factores Ambientales

Siguiendo con el ejemplo que venimos desarrollando nos quedaría la siguiente codificación:

Funciones Corporales	b770.3	Funciones del patrón de la marcha. Deficiencia grave.
Estructuras Corporales	s57501 412	Estructura de la pierna. Deficiencia completa.
	Ausencia total.	Región izquierda.
Actividad/Participación	d4500.2	Andar distancias cortas. Restricción moderada.
	d4500.3	Andar distancias cortas. Limitación grave en la
	capacidad.	

Factores Ambientales	120+3	Productos y tecnología para la movilidad y el transporte personal. Facilitador grave
	e 160.3	Productos y tecnologías uso del suelo. Barreras grave

APLICACIONES DE LA CIF

Desde su publicación como una versión de prueba en 1980, la CIDDM ha sido empleada para diferentes fines, por ejemplo:

- Como herramienta estadística – en la recogida y registro de datos (ej: en encuestas y estudios de población o en sistemas de manejo de información);
- Como herramientas de investigación – para medir resultados, calidad de vida o factores ambientales.
- Como herramienta clínica –en la valoración de necesidades, par a homogenizar tratamientos condiciones específicas de salud, en la valoración, en la rehabilitación y en la evaluación de resultados;
- Como herramienta política Social-en la planificación de sistemas de seguridad social, sistemas de compensación, y para diseñar e implementar políticas;
- Como herramienta educativa-para el diseño del “currículo”, y para aumentar la toma de conciencia de la sociedad y para poner en marcha actividades sociales.

Dado que la CIF es intrínsecamente una clasificación de salud y de aspectos “relacionados con la salud”, también se emplea en otros sectores como las compañías de seguros, la seguridad social, el sistema laboral, la educación, la economía, la política social, el desarrollo legislativo y las modificaciones ambientales. Ha sido aceptada como una de las clasificaciones sociales de las Naciones Unidas e incorpora *Las Normas Uniformes para la Igualdad de Oportunidades para las personas con discapacidad*. Como tal, la CIF nos brinda un instrumento apropiado para implementar los mandatos internacionales sobre los derechos humanos, así como las legislaciones nacionales.

La CIF tiene un amplio rango de aplicaciones, por ejemplo, en la seguridad social, en la evaluación de la atención médica y en estudios de población de ámbito local, nacional e internacional. Ofrece un marco de referencia

conceptual para la información que es aplicable a la atención médica personal, incluyendo la prevención, la promoción de la salud y la mejora de la participación, eliminando la prevención o mitigando los obstáculos sociales y promoviendo el desarrollo de soportes sociales y elementos facilitadores. También es relevante para el estudio de los sistemas de atención a la salud, tanto para la formulación como la evaluación de políticas.

TRANSPARENCIAS

CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD

PRESENTACIÓN

- ◆ Nombre: Rosario Arias Camacho
- ◆ Deficiencia: Sobre peso
- ◆ Limitación en la actividad: no puedo usar blusas que me agraden porque la mayoría son talla mediana.
- ◆ Restricciones en la participación: dificultada de gozar de los servicios de autobus por que las barras de control de pasajeros son muy angostas

OBJETIVOS

- ◆ Establecer el ambiente propicio para el desarrollo del taller
- ◆ Conocer los principios filosóficos que rigen la aplicación de la CIF
- ◆ Analizar la evolución de los modelos en que se fundamenta la discapacidad y su influencia en la conceptualización
- ◆ Conocer la estructura operacional de la CIF
- ◆ Conocer la aplicación de la CIF

OBJETIVO

Conocer los principios filosóficos que rigen la aplicación de la CIF.

PRINCIPIOS

- ◆ No Discriminación
- ◆ Acciones Afirmativas
- ◆ Diversidad
- ◆ Igualdad de Oportunidades
- ◆ No violencia
- ◆ Accesibilidad
- ◆ Vida Independiente
- ◆ Autorepresentación
- ◆ Participación Plena en todas las etapas de la vida

No Discriminación

El término "discriminación contra las personas con discapacidad" significa toda distinción, exclusión o restricción basada en una discapacidad, antecedente de discapacidad, consecuencia de discapacidad anterior o percepción de una discapacidad presente o pasada, que tenga el efecto o propósito de impedir o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por parte de las personas con discapacidad, de sus derechos humanos y libertades fundamentales.

ACCIONES AFIRMATIVAS

No constituye discriminación la distinción o preferencia adoptada por un Estado parte a fin de promover la integración social o el desarrollo personal de las personas con discapacidad, siempre que la distinción o preferencia no limite en sí misma el derecho a la igualdad de las personas con discapacidad y que los individuos con discapacidad no se vean obligados a aceptar tal distinción o preferencia.

DIVERSIDAD

La diversidad de los seres humanos y las implicaciones en intereses y percepciones que conlleva esta diversidad partiendo de la frase “todas/os somos igualmente diferentes”.

IGUALDAD DE OPORTUNIDADES

Igualdad en la diversidad. Todos somos igualmente diferentes. La valoración de la diversidad en el caso concreto para otorgar una equidad de oportunidades para todos los seres humanos.

NO VIOLENCIA

La violencia contra las personas con discapacidad incluye la violencia física, sexual, psicológica, patrimonial y por negligencia y puede tener lugar en el ámbito privado como público

ACCESIBLE

Existencia de facilidades para que todas las personas puedan movilizarse libremente en el entorno, hacer uso de todos los servicios requeridos y disponer de todos los recursos que garanticen su seguridad, su movilidad y su comunicación.

VIDA INDEPENDIENTE

Que las personas con discapacidad asuman el control sobre su destino y tomen las decisiones en sus vidas, Implica centrar el “problema” en el entorno y no en la persona con discapacidad.

AUTO REPRESENTACIÓN

Las personas con discapacidad deben participar activamente en todas las decisiones sociales que los afecten. Ello implica el desarrollo de mecanismos de participación ciudadana en todas las instancias y el rompimiento de viejos paradigmas donde los profesionales deciden por la población.”Nada de nosotros sin nosotros”

PARTICIPACIÓN PLENA EN TODAS LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA

Debe existir una relación entre la edad y la participación plena de las personas con discapacidad en todas las actividades de la vida.

MODELOS DE ABORDAJE

- ◆ Modelo Tradicional
- ◆ Modelo Biológico
- ◆ Modelo Derechos Humanos

MODELO TRADICIONAL

La marginación orgánica, funcional y social de las personas con discapacidad a través de tres etapas:

- Exterminio
- Segregación
- Prevención socio-sanitaria

MODELO BIOLÓGICO

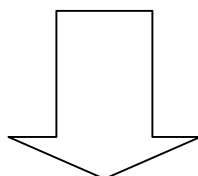
Modelo médico-industrial basado en la dialéctica útil-inútil bajo la dominación y la dependencia. El profesional asume el poder de dirigir la vida de la persona con discapacidad bajo una percepción de protección, superioridad y lástima.

MODELO SOCIAL

Rompe con el paradigma de dependencia y subordinación, asumiendo las personas con discapacidad la dirección de sus propias vidas. El problema social deja de ser la persona con discapacidad y se enfatiza en el entorno como el obstáculo principal para el goce de los derechos humanos.

OBJETO DE LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE DEFICIENCIAS, DISCAPACIDADES Y MINUSVALÍA (CIDDM)

MARCO CONCEPTUAL



Clasificar las consecuencias a
largo plazo de las enfermedades,
los traumatismos y los trastornos.

CONCEPTOS DE LA CIDDM

DEFICIENCIA MINUSVALÍA

Pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica del individuo.



Nivel de Órgano

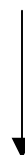
DISCAPACIDAD

Restricción o ausencia debida a deficiencia de la capacidad de realizar una actividad dentro del margen que se considera normal.



Nivel de individuo

Situación de desventaja que surge en un individuo como consecuencia de una deficiencia o discapacidad.



Nivel Social

.....

MODELO TEÓRICO DE LA CIDDM

Modelo o Transtorno
(*situación intrínseca*)



CONCEPTOS CLAVES RELACIONADOS CON DISCAPACIDAD

◆ FUNCIONES CORPORALES

Son las funciones fisiológicas y psicológicas de los sistemas del cuerpo.

◆ ESTRUCTURAS CORPORALES

Son las partes anatómicas del cuerpo como los órganos, las extremidades y sus componentes.

◆ DEFICIENCIAS:

Son los problemas en las funciones o estructuras corporales como una anomalía, defecto, pérdida o ausencia, o cualquier otra desviación significativa, (reducción, aumento o exceso).

CONCEPTOS CLAVES RELACIONADOS CON DISCAPACIDAD

◆ ACTIVIDAD

Realización de una tarea o acción por parte de una persona.

◆ LIMITACIONES EN LA ACTIVIDAD

Son dificultades que una persona puede tener en el desempeño – realización de las actividades.

CONCEPTOS CLAVES RELACIONADOS CON DISCAPACIDAD

◆ PARTICIPACIÓN

Es el acto de involucrarse en una situación vital.

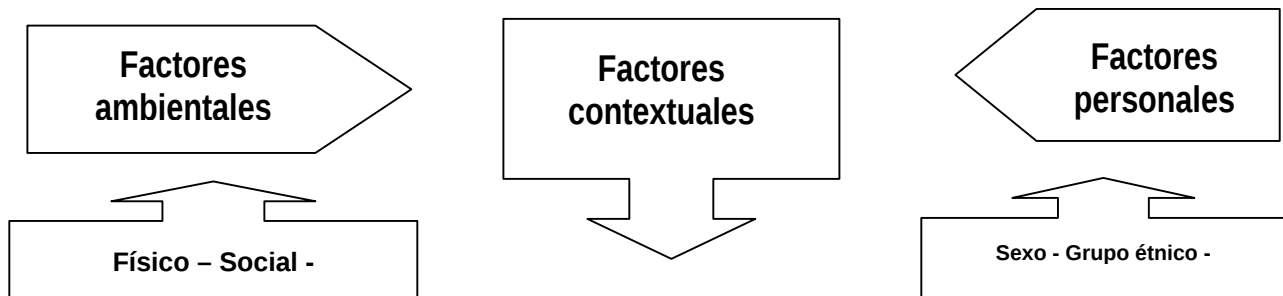
◆ LIMITACIONES EN LA ACTIVIDAD

Son problemas que una persona puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales.

CONCEPTOS CLAVES RELACIONADOS CON DISCAPACIDAD

CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD, 2001

CNREE 2003



Funciones, estructuras corporales (según sistema)	Funcionamiento	Condición Salud	Discapacidad	Deficiencias
Actividades (desempeño / realización y capacidad)				Limitaciones en la actividad
Participación (desempeño / realización y capacidad)				Restricciones en la participación

.....

LIMITACIONES Y CRÍTICAS

1. Modelo en que se sustenta

- ◆ No informa de la relación deficiencia, discapacidad y minusvalía
- ◆ Demasiado lineal
- ◆ Sugiere causalidad
- ◆ Demasiado simplista
- ◆ No incorpora factores contextuales

2. Abordaje negativo

- ### 3. Falta de estructura clara que cumpla las reglas jerárquicas

LIMITACIONES Y CRÍTICAS

4. A la definición y organización de conceptos

- ◆ Confusión en definiciones: “deficiencia” y “discapacidad”
- ◆ Problemas de aplicación y utilización práctica de dichos conceptos
- ◆ Solapamientos, especialmente deficiencias y CIE
- ◆ Ausencia de ciertas categorías

LIMITACIONES Y CRÍTICAS

5. A la definición y organización de conceptos

- ◆ Confusión en definiciones: “deficiencia” y “discapacidad”
- ◆ Problemas de aplicación y utilización práctica de dichos conceptos
- ◆ Solapamientos, especialmente deficiencias y ausencia de ciertas categorías

CIF

OBJETIVO PRINCIPAL

Brindar un lenguaje unificado y
estandarizado



Marco conceptual de la “salud” y “estados
relacionados con la salud”

DEFINE

Componentes de la salud



Componentes “relacionados con la salud” y el
bienestar

CIF

Se enmarca en polos:

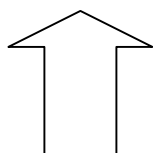
1. Funcionamiento
Corporales

Participación

{ Funciones Corporales
Estructuras
Actividades y

2. Discapacidad
Actividades

{ Deficiencias
Limitaciones
Restricción Participación



FACTORES AMBIENTALES

CIF

Proporciona

Un perfil sobre el
funcionamiento, la
discapacidad y la salud

PROPIEDADES DE LA CIF

Una clasificación debe ser clara acerca de *lo que clasifica*:

- ◆ Su universo
- ◆ Su ámbito
- ◆ Sus unidades de clasificación
- ◆ Su organización y estructura

PROPIEDADES DE LA CIF

El UNIVERSO de la CIF

Incluye:

Todos los aspectos de la salud y algunos componentes del bienestar.

Dominios de
Salud

Dominios “relacionados con la salud”

Excluye:

Circunstancias no relacionadas con la salud.

Edad, sexo, religión,

PROPIEDADES DE LA CIF

El UNIVERSO de la CIF

Valida para todas las personas.
Aplicación Universal.



Valora el Funcionamiento

PROPIEDADES DE LA CIF

AMBITO de la CIF

La CIF proporciona:

- ◆ Descripción de situaciones relacionadas con el funcionamiento humano y sus restricciones



- ◆ Arco de referencia para organizar y estructurar la información.

PROPIEDADES DE LA CIF

UNIDAD de CLASIFICACIÓN

Unidades de clasificación de la CIF:

iii Las Categorías de cada dominio ¡!!

Las personas NO son unidades de clasificación de la CIF.

OBJETIVOS

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

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

- ◆ Nada de nosotros sin nosotros
- ◆ Participación plena de las personas con discapacidad
- ◆ Uso y desarrollo de la CIF por parte de las personas con discapacidad

UTILIDAD DE LA CIF

- ◆ Base de valoración y medición de la discapacidad.
- ◆ Datos fiables y comparables para posibilitar cambios sociales.
- ◆ Apoyo para promover la participación de las personas con discapacidad

**CIF NO ES UNA CLASIFICACIÓN
DE PERSONAS.**

**ES UNA CLASIFICACIÓN DE LA
SALUD DE LAS PERSONAS
DENTRO DE UN CONTEXTO DE
LAS SITUACIONES
INDIVIDUALES DE SUS VIDAS Y
LOS EFECTOS AMBIENTALES**

EL RETO DEL LENGUAJE

- ◆ Lenguaje instrumento ideológico de la dominación.
- ◆ Lenguaje es impreciso, ambiguo y con valoraciones emotivas.
- ◆ Siempre existe un espacio para quien interpreta el lenguaje

TEMORES Y RESPUESTAS RESPECTO A LA TERMINOLOGÍA DEL CIF

- ◆ Que los términos estigmaticen y etiqueten
- ◆ Utilización de la discapacidad como término générico
- ◆ Que se refuercen roles y estereotipos discriminantes.
- ◆ No establecer una práctica universal para hacer referencia a las personas.
- ◆ Que se utilice el termino discapacidad como nombre de un componente.
- ◆ Las personas tienen el derecho de ser llamadas como elijan.

LA CIF ES UNA HERRAMIENTA

QUE PUEDE SER UTILIZADA
PARA PERJUDICAR A LAS
PERSONAS CON DISCAPACIDAD

RESPECTO A LA PRIVACIDAD

- ◆ Valorar a la persona
- ◆ Respetar su autonomía personal
- ◆ No etiquetar ni genera prejuicios
- ◆ Ser utilizada con el total conocimiento, comprensión, voluntad y cooperación de la persona con discapacidad.
- ◆ Información sujeta a normas de confidencialidad.

USO CLÍNICO

- ◆ Explicar a la persona la finalidad de la utilización de la CIF.
- ◆ La persona cuyos niveles de funcionamiento están siendo clasificados deben de participar en concreto cambiando o reafirmando la categoría.

RESPECTO AL USO SOCIAL

- ◆ Promover que las personas con discapacidad tomen las decisiones y el control de sus vidas.
- ◆ Debe ser utilizada para el desarrollo de políticas sociales y cambios políticos en beneficio de las personas con discapacidad.
- ◆ No debe ser empleada para negar o restringir o limitar derechos.
- ◆ Las personas clasificadas bajo la CIF pueden diferir y no desear ser encasillados conforme a las normas CIF.

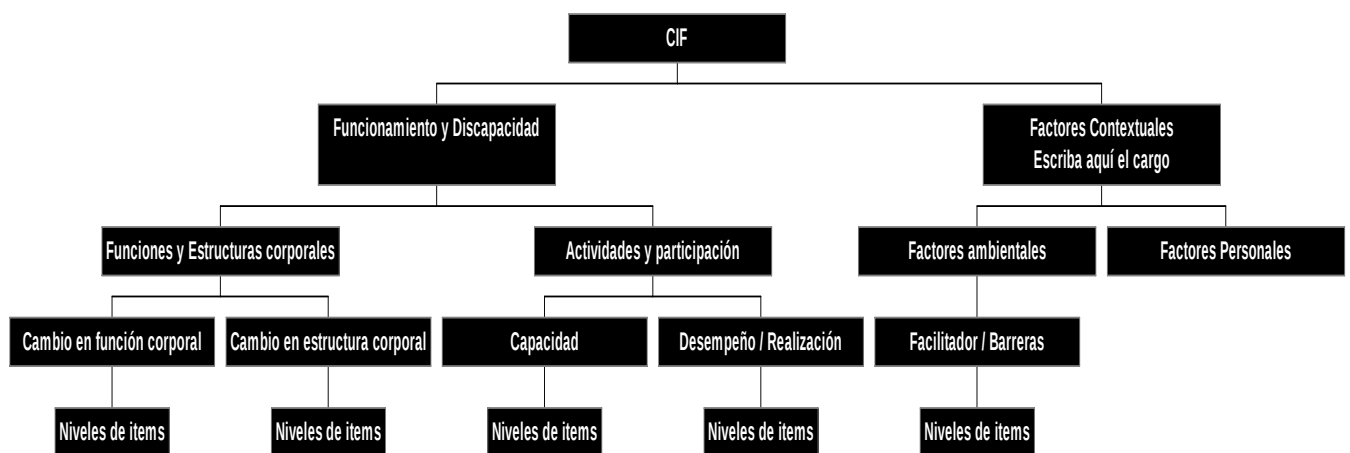
ESTRUCTURA DE LA CIF

- ◆ Elementos de la CIF
- ◆ Definiciones para las categorías
- ◆ Consideraciones adicionales sobre la terminología
- ◆ Conocer el modo en que se estructura la CIF
- ◆ Profundizar en la definición de cada una de las partes y componentes de la CIF
- ◆ Analizar los constructores de cada una de las partes que componen la CIF

ESTRUCTURA GLOBAL DE LA CIF



ELEMENTOS DE LA CIF



ELEMENTOS DE LA CIF – LAS PARTES

La información se organiza y estructura en PARTES:

1. Funcionamiento y
Discapacidad

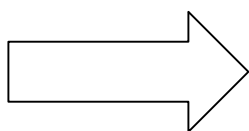
2. Factores Contextuales

ELEMENTOS DE LA CIF – LOS COMPONENTES

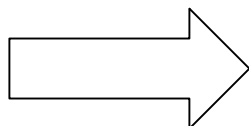


ELEMENTOS DE LA CIF – LOS COMPONENTES

Componentes de funcionamiento y discapacidad



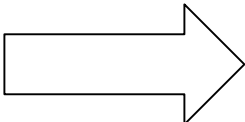
Funciones y
Estructuras Corporales
(Aspectos corporales)

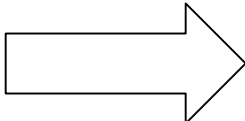


Factores Personales
(Aspectos vitales:
individuales –
sociales)

ELEMENTOS DE LA CIF – LOS COMPONENTES

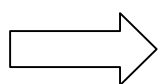
Componentes de funcionamiento y discapacidad

Positivo  Funcionamiento

Negativo  Discapacidad

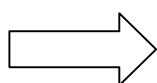
ELEMENTOS DE LA CIF – LOS COMPONENTES

Componentes de los factores contextuales



Funciones y Estructuras
Corporales

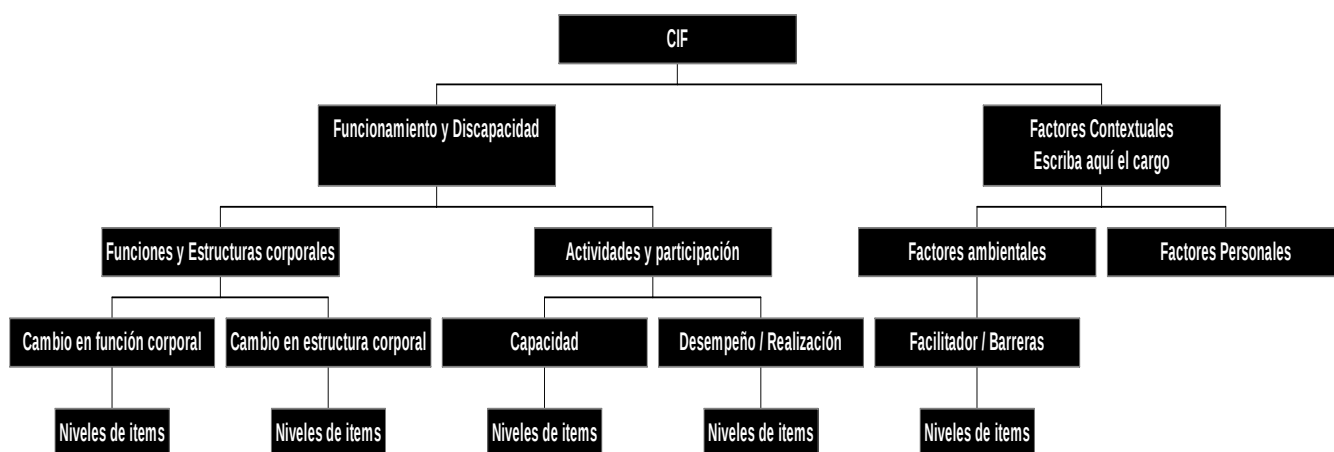
(ambiente físico – social –
actitudinal)



Factores Personal

(no clasificados)

ELEMENTOS DE LA CIF – LOS CONSTRUCTOS



ELEMENTOS DE LA CIF – LOS CONSTRUCTOS

- ♦ Sirven para interpretar los componentes
- ♦ Toman sentido mediante el uso de calificadores
- ♦ Hay cuatro constructores para la parte 1 y uno para la parte 2

PARTE 1

Cambio funciones corporales
Cambios estructurales corporales
Desempeño/realización

PARTE 2

Facilitador/Barrera
Capacidad

ELEMENTOS DE LA CIF – LOS DOMINIOS

- ◆ Conjunto práctico y lógico de funciones fisiológicas, estructuras anatómicas, acciones, tareas o áreas de la vida.
- ◆ Constituye **capítulos y bloques** en cada componentes

ELEMENTOS DE LA CIF – LAS CATEGORÍAS

- ◆ Clases y subclases dentro de un dominio
- ◆ Unidades de clasificación

ELEMENTOS DE LA CIF – LOS NIVELES

- ◆ Constituyen el orden jerárquico
- ◆ Proporcionan indicaciones hasta el nivel de detalle de las categorías
- ◆ El primer NIVEL incluye todos los ítems del segundo NIVEL, y así sucesivamente.

DEFINICIONES PARA LAS CATEGORÍAS DE LA CIF

Una DEFINICIÓN es un enunciado que establece:

- ♦ **Atributos esenciales** de los conceptos incluidos en cada categoría
- ♦ **Fenómeno o asunto** al que se refiere el término
- ♦ **En qué difiere** el término de otros asuntos o fenómenos relacionadas

Características de las DEFINICIONES operacionales de las categorías:

- ◆ Deben ser precisas, sin ambigüedades y cubrir el significado del término en su totalidad
- ◆ Deben referirse a posibles factores etiológicos o presencia de interacciones, cuando sea apropiado
- ◆ Deben ser concientes con los atributos de los términos subordinados
- ◆ Deben expresarse en términos de inclusión con sinónimos y ejemplos
- ◆ Deben tener criterios de exclusión

Consideraciones Adicionales sobre la Terminología

La terminología de una clasificación distingue entre :

Fenómeno clasificado y
estructura Clasificación
&

Mundo y termino que lo describe

Consideraciones Adicionales sobre la Terminología

- ◆ Los usuarios deben distinguir cuales son los elementos del modelo conceptual y cuales los de la estructura
- ◆ El emparejamiento y algunos términos sirven para el modelo conceptual y la estructura. Por ejemplo, dominio
- ◆ El nivel de abstracción debilitaría utilidad y restringiría el rango de usuarios

ANALISIS DE SITUACIÓN FLORA

- ◆ FLORA JIMÉNEZ CORTÉS
- ◆ FEMENINO
- ◆ 8 09 1966
- ◆ ESTUDIOS UNIVERSITARIOS
- ◆ SOLTERA
- ◆ DESEMPLEADA POR SALUD
- ◆ DX. AFASIA

CIF

- ◆ B 167 AFASIA
- ◆ B 1670 EXPRESIÓN LENG. ORAL
- ◆ B 1671 EXPRESIÓN LENG. ESCRITO.
- ◆ B710 DIFICULTAD PARA CAMINAR
- ◆ B7109 FUNCIONES RELACIONADAS CON LA MOVILIDAD DE LAS ARTICULACIONES NO ESPECIFICADAS
- ◆ B310 FUNCIONES DE LA VOZ
- ◆ B3100 PRODUCCION DE LA VOZ
- ◆ B330 FLUIDEZ Y RITMO DEL HABLA
- ◆ B3308 OTRAS ESPECIFICADAS

CIF

- ◆ D 830 EDUCACIÓN SUPERIOR
- ◆ D 920 TIEMPO LIBRE Y OCIO
- ◆ D92009 NO ESPECIFICADO (POESIA)
- ◆ D 950 VIDA POLÍTICA Y CIUDADANÍA.
- ◆ E 125 PROD. Y TECN. DE LA COMUNIC.
- ◆ E 410 ACT.IND. FAMILIA CERCANA
- ◆ E 420 ACTITUDES INDIVIDUALES AMIGOS
- ◆ E 580 SERV.SIST. Y POLÍTICAS
SANITARIAS
- ◆ E 5800 SERVICIOS SANITARIOS
- ◆ E 5801 SISTEMA SANITARIOS.

AREAS

- ◆ ESTADÍSTICA
- ◆ INVESTIGACIÓN
- ◆ EDUCACIÓN
- ◆ POLÍTICA SOCIAL
- ◆ CLÍNICA
- ◆ PROMOCIÓN DE LOS
DERECHOS HUMANOS