

**UNIDAD 3. LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL  
FUNCIONAMIENTO, DE LA  
DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD.  
INTRODUCCIÓN**

## **OBJETIVOS**

1.- Revisar los antecedentes de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud:

- Analizar el Modelo teórico de la CIDDM.
- Revisar las repercusiones y críticas de la CIDDM.
- Detallar el Proceso de revisión de la CIDDM que llevó a la aprobación de la CIF.

2.- Conocer los nuevos aspectos terminológicos y taxonómicos aportados por la CIF.

3.- Realizar una introducción a la estructura de la CIF.

### **3.1. LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE DEFICIENCIAS DISCAPACIDADES Y MINUSVALÍAS (CIDDM).**

Para comprender y analizar en detalle la nueva Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), hemos de comenzar por realizar un breve repaso a las aportaciones y contenidos de la Clasificación Internacional de Deficiencias Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) como punto de partida de la nueva CIF.

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 CIDDMM se introdujeron los conceptos de:

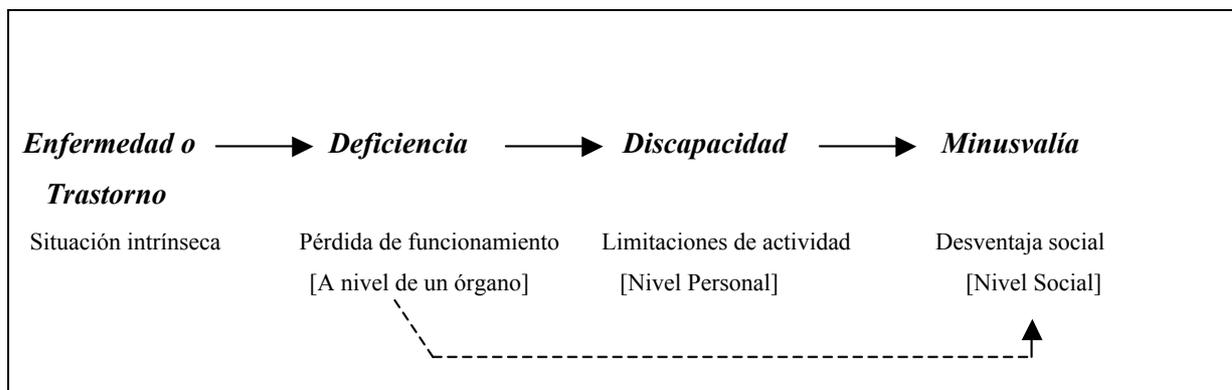
**Deficiencia:** en el ámbito de la CIDDMM el término “*deficiencia*” hacía referencia a las anormalidades de la estructura corporal, de la apariencia, así como de la función de un órgano o sistema, cualquiera que fuese su causa; en principio, las deficiencias representaban trastornos en el ámbito del órgano. La CIDDMM, 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 CIDDMM 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 CIDDMM 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 CIDDMM, el cual incorporó un esquema lineal de Discapacidad (Figura 1) que, en cierta medida replicaba el Modelo Clínico de Enfermedad, estableciendo una secuencia que iba desde el trastorno a la minusvalía, pasando por la discapacidad y la deficiencia.

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



Aunque la representación del modelo descrito, daba la impresión de que existía una progresión lineal uni-direccional, la situación era en realidad más compleja dado que la secuencia de pasos podía ser incompleta o bi-direccional, 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 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 qué habilidades estaban conservadas en la persona, que el describir de manera detallada aquellos aspectos que se habían perdido o estaban limitados.

Otro tipo de críticas se referían 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.

### **3.2. EL PROCESO DE REVISIÓN DE LA CIDDM. LA CIF.**

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

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

Para la ejecución de este proceso de revisión, la OMS puso en marcha un extenso equipo multicéntrico internacional cuya representación para España y países de habla

hispana recayó en la Unidad de Investigación en Psiquiatría Clínica y Social –UIPCS- (Centro Colaborador de la OMS) del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

El trabajo de los equipos mencionados dio como resultado la elaboración de múltiples borradores que se fueron testando y verificando mediante diversos trabajos de campo.

Las recomendaciones propuestas por los grupos de trabajo permitieron presentar, en Mayo de 1996, un primer borrador Alfa de la CIDDDM-2, el cual sometido a un proceso de revisión dio lugar a la elaboración, en Abril de 1997, del Borrador \_1 de la CIDDDM-2. Durante los dos años siguientes dicho borrador \_1 fue traducido a los distintos idiomas y fue sometido a análisis lingüístico, verificación de su estructura y contenidos por grupos de expertos, 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 CIDDDM-2.

Paralelamente a la realización de todos estos trabajos y 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.

Ejemplo de dichas iniciativas es la creación en nuestro país de la *Red Española para la Clasificación y Evaluación de Discapacidades (RECEDIS)*, la cual está siendo auspiciada por el IMSERSO a través de un Convenio de Colaboración con la Fundación Pública “Marqués de Valdecilla” y la Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno de Cantabria. Dicha Red de ámbito nacional está integrada por más de 40 grupos locales y más de 300 expertos nacionales en el campo de la discapacidad.

A partir de la información recogida en todo el proceso de revisión del Borrador \_1 se elaboró un nuevo borrador \_2 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 de funcionamiento, se pretendía dar una visión más positiva de dichas problemáticas, minimizando así los problemas de marginación y estigmatización. Dicho borrador, se sometió también a trabajos de campo en los distintos países, incluyendo España, en el que se utilizaron estudios de traducción y evaluación lingüística, evaluación de los items contenidos en la clasificación, conferencias de consenso y verificación tanto de su aplicabilidad trans-cultural como de fiabilidad y validez.

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. Todo este proceso culminó con la presentación de la Clasificación 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.

### **3.3. 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 configurado, 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 transculturalmente, que permita describir el funcionamiento humano y la discapacidad como elementos importantes de la salud, utilizando para ello un lenguaje positivo y una visión universal de la discapacidad, en la que dichas problemáticas sean la resultante de la interacción de las características del individuo con el entorno y el contexto social.*

Lo primero que puede llamar la atención cuando nos aproximamos a la nueva Clasificación es su título, un nuevo título para una clasificación sin duda novedosa. 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.

Bajo este cambio de nombre subyacen además una serie de innovaciones terminológicas y taxonómicas fundamentales que pasaremos a describir.

“**Bienestar**” es uno de los términos aportados por la CIF y entendido como un concepto general que engloba todo el universo de dominios de la vida humana, incluyendo los aspectos físicos, mentales y sociales que componen lo que se considera como tener una “buena vida”. Así el concepto del bienestar esta compuesto por los dominios que componen todo el universo de la vida humana y que son los dominios relacionados con la salud (capacidad de la persona para ver, hablar, recordar etc..) y otros **dominios “relacionados con la salud”**. Los “dominios relacionados con la salud” son aquellas áreas de funcionamiento que, aún teniendo una fuerte relación con una “condición de 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 (acceso de la persona a la educación, al trabajo, etc..)

Otros de los términos importantes y novedosos aportados por la CIF es el de “**Condición de salud**”. Se trata , en este contexto, de un término genérico que incluye enfermedad (aguda o crónica), trastorno, traumatismo y lesión. Una “condición de salud” puede incluir también otras circunstancias como embarazo, envejecimiento, estrés, anomalías congénitas o predisposiciones genéticas. Las “condiciones de salud” se codifican utilizando la CIE-10.

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.

La nueva conceptualización que la CIF hace del término “discapacidad” también es fundamental. Discapacidad es asumido como un término genérico que abarca las distintas dimensiones de:

- i) “deficiencias de función y deficiencias de estructura” (antes deficiencias);
- ii) limitaciones en las “actividades” (antes discapacidades)

- iii) limitaciones en la “participación”(antes minusvalía).

Así, con todas estas novedades conceptuales, podemos afirmar que la CIF ha pasado de ser una clasificación de “consecuencias de enfermedades” (versión de 1980) a una clasificación de “componentes de salud” y que se trata de una Clasificación que tiene en cuenta todos los aspectos relevantes incluidos en el ya definido ámbito del “bienestar” .

La *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*, 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 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”*.

Como clasificación, la CIF agrupa sistemáticamente los distintos dominios de una persona con 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.

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.

### **3.3.1. 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:

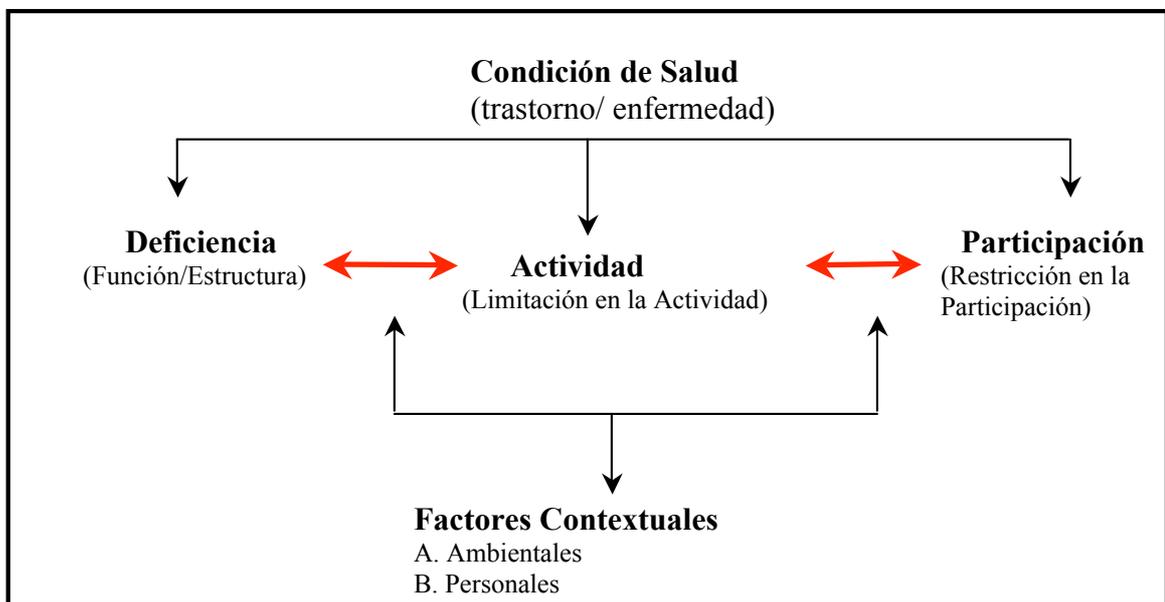
- proporcionar una base científica para la comprensión y el estudio de la salud y los estados relacionados con ella, los resultados y los determinantes;
- establecer un lenguaje común para describir la salud y los estados relacionados con ella, para mejorar la comunicación entre distintos usuarios, tales 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.

### 3.4. MODELO CONCEPTUAL DE LA CIF.

En un intento de subsanar las limitaciones inherentes al modelo excesivamente lineal ya mencionado sobre el que se basó la CIDDM, se ha establecido para la CIF un modelo más sofisticado y multidireccional (Figura 2) que contempla de manera más exhaustiva la complejidad de la discapacidad.

**Figura 2: Modelo explicativo incorporado en la CIF.**



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

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, 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.

### **3.5. 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. Se trata de una organización jerárquica compuesta por una serie de elementos:

➤ ***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.

➤ ***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).

➤ ***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:

- Funciones mentales. (Dentro de él están los dominios: Funciones mentales globales y Funciones mentales específicas).
- 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:

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

⇒ Dominios de Actividades y Participación:

- 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).
- Autocuidado
- 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:

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

- Funciones de la conciencia.
- Nivel de conciencia.
- Funciones de la orientación.
- Orientación respecto a uno mismo.

⇒ Dentro del dominio Estructuras del Sistema nervioso:

- Estructura del cerebro.
- Estructura de los lóbulos corticales.
- Lóbulo frontal.

⇒ Dentro del dominio Cambiar y mantener la posición del cuerpo:

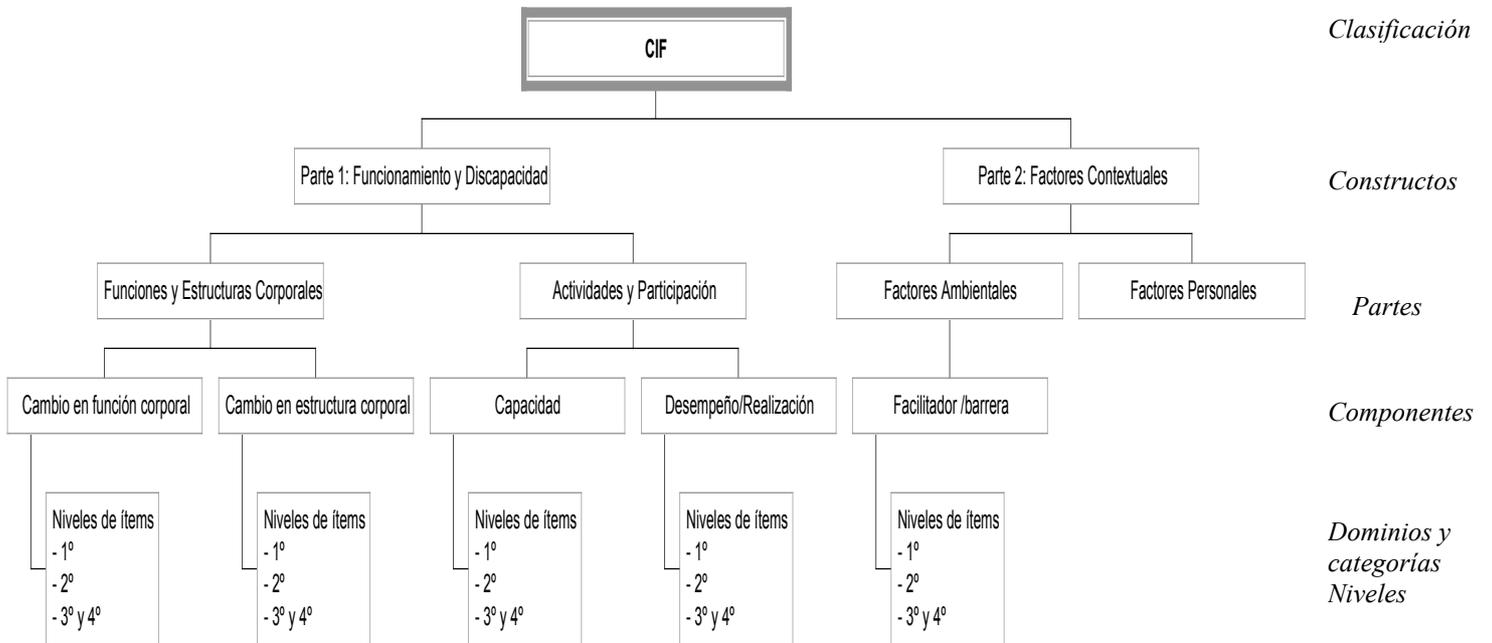
- Cambiar las posturas corporales básicas.
- Tumbarse.
- Ponerse en cuclillas.

⇒ Dentro del dominio Productos y tecnología:

- Productos y sustancias para el consumo personal.
- Comida.
- Productos y tecnología para uso personal en la vida diaria.

Finalmente y a modo de revisión global de todo lo explicado, se presenta la estructura e árbol de la CIF que queda plasmada en la Figura 3.

**Figura 3. Estructura de la CIF.**



### 3.6. COMPONENTES DE LA CIF.

Una vez analizado y descrito tanto el modelo teórico aportado por la CIF como su estructura, es fundamental que analicemos en detalle cada uno de los componentes que la configuran.

➤ ***Funciones Corporales***

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

➤ ***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”.

### ➤ **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.

Funciones y Estructuras se exploran en la CIF atendiendo a los siguientes listados:

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.

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.

➤ **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.

➤ **Limitaciones en la actividad**

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

El término “limitaciones en la actividad” sustituye al de “*discapacidad*” utilizado en la 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.

➤ **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.

➤ **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.).

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.

Una vez entendidos los conceptos de Actividad y Participación podemos analizar su complementariedad. Así, si desde la perspectiva de la Actividad podemos llegar a conocer lo que una persona con una determinada “condición de salud” puede llegar a desarrollar en un ambiente que le resulte facilitador, y desde la perspectiva de la Participación podemos analizar lo que la persona hace en el entorno en el que desarrolla su vida, la diferencia entre ambas nos aporta una valiosa información. Sobre esta diferencia es sobre la que podremos actuar tanto desde el punto de vista de la rehabilitación como para la planificación de políticas, estrategias de intervención etc..

### ➤ ***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.

➤ **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.

## **AUTOEVALUACIÓN UNIDAD 3.**

1.- La Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDDM):

- a) Fue publicada por la Organización Mundial de la Salud en los años cincuenta.
- b) Es un instrumento para la clasificación de los diagnósticos de las enfermedades y sus repercusiones en la vida del individuo.
- c) La versión española fue publicada por primera vez en 1980.

2.- Según la CIDDDM, la “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”, se considera una:

- a) Deficiencia.
- b) Discapacidad.
- c) Minusvalía.

3.- Según la CIDDDM, el término de “Discapacidad”:

- a) Reflejaba una interacción y adaptación del individuo a su entorno.
- b) Representaba trastornos en el ámbito del órgano.
- c) Representaba trastornos en ámbito de la persona.

4.- La CIDDDM fue criticada en relación al modelo en que se basaba debido a que :

- a) Era demasiado lineal, sugiriendo causalidad de forma demasiado directa.
- b) Enfatizaba las habilidades que conservaba la persona, sin detallar sus limitaciones adecuadamente.
- c) Seguía una estructura de clasificación demasiado jerárquica.

5.- El proceso de revisión de la CIDDM, iniciado por la OMS en 1993, tenía como objetivo:

- a) Elaborar una nueva clasificación tomando como base el modelo Universal de Discapacidad.
- b) Elaborar una clasificación más reducida y rápida de aplicar.
- c) Aplicar el modelo bio-psico-social de Discapacidad.

6.- El estudio CAR realizado durante el proceso de revisión de la CIF:

- a) Permitió verificar la aplicabilidad en nuestro medio, de los conceptos y elementos incorporados en la CIDDM-2.
- b) Consistió en una Red de Expertos en al área de Discapacidad, creándose en España la RECEDIS.
- c) Es el borrador  $\beta$ 2 de la CIDDM-2, que pasó a denominarse Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Discapacidad.

7.- El proceso de revisión de la CIDDM:

- a) Culminó con la Reunión Internacional de Revisión realizada en Madrid en Noviembre de 2000, que aprobó la nueva clasificación (CIF).
- b) Culminó con la Quincuagésima Cuarta Asamblea Mundial de la Salud en Mayo de 2001, que aprobó la nueva clasificación (CIF).
- c) Culminó con la aprobación de la CIF por el Comité de Expertos de Medida y Clasificación de la OMS.

8.- Según la nueva CIF, el concepto que engloba todo el universo de dominios de la vida humana (aspectos físicos, mentales, sociales) que se considera como tener una “buena vida” es:

- a) Dominios de salud.
- b) Condiciones relacionadas con la salud.
- c) Bienestar.

9.- Según la nueva CIF, el término “discapacidad” abarca:

- a) Deficiencias de función, deficiencias de estructura, limitaciones en las actividades y restricciones en la participación.
- b) Limitaciones en la “actividades”.
- c) Enfermedad (aguda o crónica), trastorno, traumatismo y lesión.

10.- La CIF pertenece a la Familia de Clasificaciones Internacionales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y puede aplicarse a:

- a) La recogida de información sobre la morbilidad y mortalidad, proporcionando un “diagnóstico” de enfermedades, trastornos u otras condiciones de salud.
- b) La clasificación de los estados de salud, aportando un marco conceptual basado en la etiología.
- c) La clasificación del funcionamiento y la discapacidad asociados con las condiciones de salud.

11.- Para subsanar las limitaciones de la CIDDM, la nueva CIF:

- a) Entiende el funcionamiento del individuo como una interacción específica y siempre recíproca y predecible, entre la condición de salud y los Factores Contextuales.
- b) Es un modelo más sofisticado y lineal, que contempla exhaustivamente la complejidad de la discapacidad.
- c) Es un modelo multidireccional que entiende el funcionamiento como una relación compleja, no siempre recíproca y predecible, entre la condición de salud y los factores ambientales y personales.

12.- En el orden jerárquico de la CIF, el término de máximo nivel que engloba toda su estructura global es:

- a) Componente.
- b) Clasificación.
- c) Dominio.

13.- “Entorno natural y cambios en el entorno derivados de la actividad humana” sería un ejemplo de:

- a) Dominio de los Factores Ambientales.
- b) Categoría de Actividades y Participación.
- c) Componente de los Factores Ambientales.

14.- Los facilitadores/ barreras que mejoran/ limitan el funcionamiento se consideran:

- a) Un componente de Factores Contextuales .
- b) Un constructo de de la Parte 2.
- c) Una categoría de Factores Ambientales.

15.- En la CIF, las dificultades que un individuo, con un determinado estado de salud, puede tener en el desempeño/ realización de diversas actividades, se define como:

- a) Restricciones en la Participación.
- b) Participación.
- c) Limitaciones en la Actividad.

16.- “Interacciones y demandas interpersonales” es:

- a) Un apartado del concepto de Actividad.
- b) Un apartado del concepto de Participación.
- c) Se puede incluir tanto en Actividad como en Participación, ya que estos conceptos actúan de forma complementaria.

## AUTOEVALUACIÓN UNIDAD 3 (Solución).

1.- La Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDDM):

- a) Fue publicada por la Organización Mundial de la Salud en los años cincuenta.
- b) Es un instrumento para la clasificación de los diagnósticos de las enfermedades y sus repercusiones en la vida del individuo.**
- c) La versión española fue publicada por primera vez en 1980.

2.- Según la CIDDDM, la “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”, se considera una:

- a) Deficiencia.
- b) Discapacidad.**
- c) Minusvalía.

3.- Según la CIDDDM, el término de “Discapacidad”:

- a) Reflejaba una interacción y adaptación del individuo a su entorno.
- b) Representaba trastornos en el ámbito del órgano.
- c) Representaba trastornos en ámbito de la persona.**

4.- La CIDDDM fue criticada en relación al modelo en que se basaba debido a que :

- a) Era demasiado lineal, sugiriendo causalidad de forma demasiado directa.**
- b) Enfatizaba las habilidades que conservaba la persona, sin detallar sus limitaciones adecuadamente.
- c) Seguía una estructura de clasificación demasiado jerárquica.

5.- El proceso de revisión de la CIDDM, iniciado por la OMS en 1993, tenía como objetivo:

- a) Elaborar una nueva clasificación tomando como base el modelo Universal de Discapacidad.
- b) Elaborar una clasificación más reducida y rápida de aplicar.
- c) **Aplicar el modelo bio-psico-social de Discapacidad.**

6.- El estudio CAR realizado durante el proceso de revisión de la CIF:

- a) **Permitió verificar la aplicabilidad en nuestro medio, de los conceptos y elementos incorporados en la CIDDM-2.**
- b) Consistió en una Red de Expertos en al área de Discapacidad, creándose en España la RECEDIS.
- c) Es el borrador  $\beta 2$  de la CIDDM-2, que pasó a denominarse Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Discapacidad.

7.- El proceso de revisión de la CIDDM:

- a) Culminó con la Reunión Internacional de Revisión realizada en Madrid en Noviembre de 2000, que aprobó la nueva clasificación (CIF).
- b) **Culminó con la Quincuagésima Cuarta Asamblea Mundial de la Salud en Mayo de 2001, que aprobó la nueva clasificación (CIF).**
- c) Culminó con la aprobación de la CIF por el Comité de Expertos de Medida y Clasificación de la OMS.

8.- Según la nueva CIF, el concepto que engloba todo el universo de dominios de la vida humana (aspectos físicos, mentales, sociales) que se considera como tener una “buena vida” es:

- a) Dominios de salud.
- b) Condiciones relacionadas con la salud.
- c) **Bienestar.**

9.- Según la nueva CIF, el término “discapacidad” abarca:

- a) **Deficiencias de función, deficiencias de estructura, limitaciones en las actividades y restricciones en la participación.**
- b) Limitaciones en la “actividades”.
- c) Enfermedad (aguda o crónica), trastorno, traumatismo y lesión.

10.- La CIF pertenece a la Familia de Clasificaciones Internacionales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y puede aplicarse a:

- a) La recogida de información sobre la morbilidad y mortalidad, proporcionando un “diagnóstico” de enfermedades, trastornos u otras condiciones de salud.
- b) La clasificación de los estados de salud, aportando un marco conceptual basado en la etiología.
- c) **La clasificación del funcionamiento y la discapacidad asociados con las condiciones de salud.**

11.- Para subsanar las limitaciones de la CIDDM, la nueva CIF:

- a) Entiende el funcionamiento del individuo como una interacción específica y siempre recíproca y predecible, entre la condición de salud y los Factores Contextuales.
- b) Es un modelo más sofisticado y lineal, que contempla exhaustivamente la complejidad de la discapacidad.
- c) **Es un modelo multidireccional que entiende el funcionamiento como una relación compleja, no siempre recíproca y predecible, entre la condición de salud y los factores ambientales y personales.**

12.- En el orden jerárquico de la CIF, el término de máximo nivel que engloba toda su estructura global es:

- a) Componente.
- b) Clasificación.**
- c) Dominio.

13.- “Entorno natural y cambios en el entorno derivados de la actividad humana” sería un ejemplo de:

- a) Dominio de los Factores Ambientales.**
- b) Categoría de Actividades y Participación.
- c) Componente de los Factores Ambientales.

14.- Los facilitadores/ barreras que mejoran/ limitan el funcionamiento se consideran:

- a) Un componente de Factores Contextuales .
- b) Un constructo de de la Parte 2.**
- c) Una categoría de Factores Ambientales.

15.- En la CIF, las dificultades que un individuo, con un determinado estado de salud, puede tener en el desempeño/ realización de diversas actividades, se define como:

- a) Restricciones en la Participación.
- b) Participación.
- c) Limitaciones en la Actividad.**

16.- “Interacciones y demandas interpersonales” es:

- a) Un apartado del concepto de Actividad.
- b) Un apartado del concepto de Participación.
- c) **Se puede incluir tanto en Actividad como en Participación, ya que estos conceptos actúan de forma complementaria.**