

CLASIFICACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS, DISCAPACIDADES Y MINUSVALÍAS

FRANCISCO J. VAZ LEAL¹ Y M^a ANGELES CANO CARRASCO²

¹ Área de Psiquiatría. Facultad de Medicina de Badajoz.

² C.P. Progreso, Badajoz

1. CONCEPTOS BÁSICOS

De acuerdo con el título del capítulo, existen tres conceptos específicos que, de entrada, conviene definir. Se trata de los conceptos de “deficiencia”, “discapacidad” y “minusvalía”.

El término deficiencia (*impairment*) hace referencia a la existencia de una alteración o anomalía de una estructura anatómica que condiciona la pérdida de una función, que puede ser tanto fisiológica como psicológica.

El concepto de discapacidad (*disability*) hace referencia a cualquier restricción o falta de capacidad (aparecida como consecuencia de una anomalía) para llevar a cabo una actividad determinada.

Finalmente, el término minusvalía (*handicap*) hace referencia a la existencia de una barrera presente en el individuo, como consecuencia de una deficiencia o una discapacidad, la cual limita o impide el desarrollo del rol que sería esperable en ese individuo en función de su edad, sexo y situación social y cultural.

Estos términos tienen que ver con un modelo secuencial, basado en el esquema etiología-patología-manifestación (en el que se ha basado, como más adelante veremos, la primera versión de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías de la OMS (CIDDM-1). De acuerdo con este esquema, una enfermedad o un trastorno específico (por ejemplo una infección en el período prenatal por citomegalovirus) da lugar a una deficiencia (lesiones cerebrales en el feto), las cuales a su vez darán lugar a una discapacidad (discapacidad para el aprendizaje) que determinarán la existencia de una minusvalía en el sujeto (incapacidad para cuidar de sí mismo adecuadamente y de funcionar con autonomía en el medio social).

Frente a esta definición lineal, y como más adelante veremos, existe una nueva propuesta, más compleja e interaccional (la de la segunda versión de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, CIDDM-2), así como una visión integradora, en especial

en lo relativo al ámbito de la patología psiquiátrica, a la que la discapacidad va unida muy frecuentemente (y que viene representada por la versión multiaxial de la décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (CIE-10).

En las líneas que siguen, y tras hacer referencia a la estructura básica de la CIDDM-1, se expondrán en detalle las características de la CIDDM-2 y de la versión multiaxial de la CIE-10.

2. UNA VISIÓN LINEAL DE LAS DISCAPACIDADES: LA CIDDM-1

Como se acaba de señalar, la CIDDM-1 se ha basado en un esquema que delimita los tres conceptos básicos que antes definimos, en relación con los cuales aísla tres niveles:

a) Nivel DE (deficiencia), el cual sirve para hacer referencia a la pérdida o la anomalía de una estructura o función.

b) Nivel DI (discapacidad), que habla de la restricción o ausencia de la capacidad de realizar alguna actividad en la forma que se suele considerar normal para un ser humano.

c) Nivel M (minusvalía), que hace referencia a la situación desventajosa que se crea para un individuo determinado como consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, desde el momento en que se ve limitado o impedido para el desempeño de un rol que sería normal en su caso (teniendo en cuenta su edad, sexo y los factores sociales y culturales que puedan concurrir).

En relación con estos tres niveles, la CIDDM-1 agrupa las distintas manifestaciones observables en la práctica, de acuerdo con la sistemática expuesta en la Tabla 1.

Nivel	Contenidos
DEFICIENCIAS	<ul style="list-style-type: none"> •Deficiencias intelectuales •Otras deficiencias psicológicas •Deficiencias del lenguaje •Deficiencias del órgano de la audición •Deficiencias del órgano de la visión •Deficiencias viscerales •Deficiencias músculo-esqueléticas •Deficiencias desfiguradoras •Deficiencias generalizadas, sensitivas y otras
DISCAPACIDADES	<ul style="list-style-type: none"> •Discapacidades de la conducta •Discapacidades de la comunicación •Discapacidades del cuidado personal •Discapacidades de la locomoción •Discapacidades de la disposición del cuerpo •Discapacidades de la destreza

	<ul style="list-style-type: none"> •Discapacidades de situación •Discapacidades de una determinada aptitud
MINUSVALÍAS	<ul style="list-style-type: none"> •Minusvalía de orientación •Minusvalía de independencia física •Minusvalía de la movilidad •Minusvalía ocupacional •Minusvalía de integración social •Minusvalía de autosuficiencia económica •Otras minusvalías

Tabla 1. Contenidos de la CIDDM-1

Como se puede observar, en el nivel DE las deficiencias aparecen definidas en unos casos por el órgano o sistema afectado (viscerales, músculo-esqueléticas...), en otros casos por la función afectada (audición, visión...) y en otros casos por el resultado a nivel morfológico de la misma (desfiguradoras). Igualmente, en el nivel DI, relativo a las discapacidades, funciones complejas (como por ejemplo la conducta) aparecen al mismo nivel de funciones fisiológicas más simples (como la locomoción o la disposición corporal). Finalmente, en el nivel M se observa también la coexistencia de fenómenos estrictamente ligados al individuo (tales como la orientación o la movilidad) con fenómenos de una clara naturaleza interaccional y psicosocial (como la capacidad ocupacional o la integración social). A continuación veremos cómo la nueva versión de la CIDDM pretende salvar muchas de estas incongruencias, proponiendo una forma de clasificación más lógica e interaccional.

3. UNA VISIÓN PSICOSOCIAL DE LAS DISCAPACIDADES: LA CIDDM-2

Frente a la visión lineal de la CIDDM-1, que “localiza” la deficiencia en el sujeto, generando con ello una notable inconsistencia en las categorías, la CIDDM-2 pretende basar su esquema de clasificación en el modelo biopsicosocial, planteando la existencia de tres niveles a los que referir la valoración: a) el nivel biológico, desde el que se puede plantear la existencia de la deficiencia; b) el nivel de la persona, al que referir las actividades personales y sus limitaciones; y c) el nivel social, en función del cual se define el grado de participación social del individuo. De este modo, el estado de salud del sujeto viene dado por su situación en un esquema tridimensional, en el que los ejes vienen dados por las dimensiones “deficiencia”, “actividad” y “participación”. Esto supone pasar de un modelo basado en el individuo, el cual es concebido como “portador” de la deficiencia y sobre el que se actúa desde un esquema básicamente médico e individual con la pretensión de modificar su comportamiento, a un modelo basado en la concepción de la deficiencia como resultado de la interrelación del sujeto con su entorno. Desde esta visión, la acción es de naturaleza social, y a través de ella el sujeto y la sociedad se movilizan luchando conjuntamente para cambiar todo aquello que genera la discapacidad, es decir, no sólo la patología médica, sino también las características físicas del entorno, las actitudes de los otros, los derechos del individuo, etc. Con ello, se promueven todas aquellas medidas (no sólo de carácter

médico, sino de carácter sanitario en el sentido más amplio del término) que pueden generar un cambio social favorable.

Dentro de este esquema, la deficiencia viene dada por el hecho de que el cuerpo (y secundariamente la mente) no funciona de forma apropiada, lo que da lugar a una alteración en una determinada función o estructura. Por función corporal hay que entender las funciones fisiológicas y psicológicas de los diferentes sistemas que configuran el organismo, en tanto que el concepto de estructura corporal hace referencia a las partes anatómicas que componen el cuerpo (tales como los órganos, los miembros y sus componentes). Hablamos, por tanto, de la existencia de una deficiencia cuando existe un problema en alguna función o estructura corporal que provoca un funcionamiento que difiere significativamente del que sería esperable en el sujeto en condiciones normales.

El concepto de actividad (y sus limitaciones) tiene que ver con las tareas y las acciones que las personas realizan, hablándose de limitación de la actividad para hacer referencia a la existencia de una diferencia significativa entre las actividades que el sujeto puede realizar y las que serían propias de él en condiciones normales.

Finalmente, el término participación hace referencia a la implicación del sujeto en situaciones específicas, definiéndose la restricción de la participación como una diferencia significativa entre lo observable y lo esperable en relación con este punto.

Las tres dimensiones que acabamos de definir, por otra parte, no son valoradas de forma aislada, sino en interacción con otros dos conjuntos de elementos: los factores contextuales (que tienen que ver con los factores ambientales y personales que han tenido y tienen impacto sobre el estado global del sujeto) y los factores ambientales (que vienen dados por el entorno físico, social y actitudinal que rodea al sujeto).

La Tabla 2 muestra la estructura de la clasificación en la CIDDM-2, con las dimensiones a que hemos hecho referencia.

Dimensión	Clave	Capítulo	Segundo nivel	Tercer nivel	Cuarto nivel	Extensión	Duración
<i>Funciones corporales</i>	b	x	xx	x	x	y	y
<i>Estructuras corporales</i>	s	x	xx	x	x	y	y
<i>Actividad</i>	a	x	xx	x	x	y	y
<i>Participación</i>	p	x	xx	x	x	y	y

Tabla 2. Estructura de clasificación de la CIDDM-2

4. DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO Y DISCAPACIDAD: LA VERSIÓN MULTIAXIAL DE LA CIE-10

La Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS, en su décima versión (CIE-10), incluye varios manuales: 1) las descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento; 2) una versión multiaxial para adultos; 3) los criterios diagnósticos de investigación; 4) las pautas diagnósticas de actuación en Atención Primaria; 5) el glosario de síntomas; y 6) las tablas de conversión.

En la versión multiaxial de la CIE-10 confluyen las descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico y las de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM-1 y CIDDM-2). Esta conjunción es necesaria, ya que el complejo “diagnóstico/discapacidad” es capaz de predecir fenómenos tan importantes como la utilización de servicios sanitarios por parte del paciente, la duración de la hospitalización, las posibilidades de reinserción laboral, el rendimiento en el trabajo o el nivel de integración social.

<p>Eje I. <i>DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS</i></p> <ul style="list-style-type: none">-Trastornos mentales-Trastornos somáticos <p>Eje II. <i>DISCAPACIDADES</i></p> <ul style="list-style-type: none">-Cuidado personal-Funcionamiento ocupacional-Funcionamiento en la familia-Comportamiento social en general <p>Eje III. <i>FACTORES AMBIENTALES Y CIRCUNSTANCIALES</i></p> <ul style="list-style-type: none">-Hechos negativos en la niñez-Educación y analfabetismo-Grupo de apoyo y circunstancias familiares-Ambiente social-Vivienda y circunstancias económicas-Empleo y desempleo-Medio ambiente del enfermo-Circunstancias psicosociales-Circunstancias legales-Historia familiar de trastornos mentales y discapacidades-Estilo de vida y manejo de las dificultades de la vida

Tabla 3. Estructura de la versión multiaxial de la CIE-10

La Tabla 3 muestra la estructura básica de la versión multiaxial de la CIE-10. Como se puede observar, existen tres ejes básicos. En el primer eje se incluyen los diagnósticos clínicos presentes en el sujeto (tanto orgánicos como psiquiátricos). En el segundo eje se considera la discapacidad existente, en relación con cuatro dimensiones: cuidado personal, funcionamiento ocupacional, funcionamiento en la familia y comportamiento social en general. Finalmente, en el

tercer eje se incluyen todas las circunstancias biográficas y ambientales que puedan haber contribuido o contribuyan a modular la situación del paciente (por ejemplo, situaciones de carencia afectiva en el pasado o estilo de vida presente).

La Tabla 4 contiene los criterios que la versión multiaxial de la CIE-10 utiliza a la hora de cuantificar el grado de discapacidad existente en el sujeto. Como se puede observar, existen seis niveles perfectamente definidos, que cubren un espectro que va del 0 al 100%, considerando estos valores como los extremos de la discapacidad (ausente-extrema).

Valor	Definición	Características	Porcentaje
0	NINGUNA DISCAPACIDAD	El funcionamiento del paciente se adecua a las normas de su grupo de referencia o contexto sociocultural: no existe discapacidad en ningún momento	0%
1	DISCAPACIDAD MÍNIMA	Existe desviación de la norma en una o más de las actividades o funciones: paciente ligeramente discapacitado algún tiempo	20%
2	DISCAPACIDAD OBVIA	Existe desviación llamativa de la norma interfiriendo con la adaptación social: paciente ligeramente discapacitado bastante tiempo o moderadamente discapacitado durante un corto tiempo	40%
3	DISCAPACIDAD SERIA	Existe desviación muy marcada de la norma en la mayoría de las actividades y de las funciones: paciente moderadamente discapacitado bastante tiempo o severamente discapacitado algún tiempo	60%
4	DISCAPACIDAD MUY SERIA	Existe desviación muy marcada de la norma en todas las actividades y las funciones: paciente gravemente discapacitado la mayoría del tiempo o moderadamente discapacitado todo el tiempo	80%
5	DISCAPACIDAD OBVIA	La desviación de la norma ha alcanzado un punto crítico: paciente gravemente discapacitado todo el tiempo	100%

Tabla 4. Severidad de la discapacidad

Las áreas de referencia de la discapacidad aparecen consignadas en la Tabla 5.

Área		Características
CUIDADO PERSONAL		Mantenimiento de la higiene personal y salud física (limpieza corporal, afeitado, limpieza de la ropa...) Hábitos alimentarios (ritmo regular de comidas, pérdida o ganancia de peso...) Cuidado de la casa y de las pertenencias
FUNCIONAMIENTO OCUPACIONAL		Conformidad del paciente con la disciplina del trabajo Calidad del trabajo del paciente Interés por mantener la ocupación
FUNCIONAMIENTO EN LA FAMILIA	RELACIÓN MARITAL	Comunicación del paciente con su cónyuge Capacidad del paciente para demostrar afecto e interés Punto hasta el cual el paciente siente que su cónyuge es un soporte para él
	RELACIÓN PATERNO-FILIAL	Actividades básicas que lleva a cabo el paciente para mantener la salud y la seguridad de los hijos Grado de unión con los hijos, intensidad del afecto e interés mostrado por el bienestar y el futuro de los hijos Abuso en la función de padre y posibles efectos negativos sobre los hijos
	PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DE LA CASA	Funciones y obligaciones del paciente para mantener la familia como un grupo social viable Participación en las actividades de la casa
FUNCIONAMIENTO EN EL CONTEXTO SOCIAL GENERAL		Respuesta a las preguntas, ruegos y peticiones de la gente fuera del ambiente familiar Disposición a vivir en un ambiente “impersonal” (autobús, comercios...) Trato con gente desconocida Relaciones con amigos Participación en actividades de ocio fuera del ambiente familiar

Tabla 5. Áreas para la valoración de la discapacidad

Como se puede observar, hay cuatro áreas básicas de evaluación. En la primera de ellas (cuidado personal) se valora la capacidad del sujeto para responsabilizarse de su higiene personal y de su salud, mantener hábitos alimentarios regulares y saludables, asumir el cuidado de sus per-

tenencias, mantener una actividad ocupacional apropiada, tener un buen funcionamiento a nivel familiar y un adecuado comportamiento social. La segunda área (funcionamiento ocupacional) valora la capacidad del sujeto para asumir las condiciones de trabajo, su interés por mantener el mismo y la calidad del trabajo desarrollado.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Badley EM. The ICIDH: format, application in different settings, and distinction between disability and handicap. A critique of papers on the application of the International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps. *Int Disabil Stud* 1987;9(3):122-5.
2. Badley EM, Lee J, Wood PH. Impairment, disability, and the ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps) model. II: The nature of the underlying condition and patterns of impairment. *Int Rehabil Med* 1987;8(3):118-24.
3. Badley EM, Lee J. Impairment, disability, and the ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps) model. I: The relationship between impairment and disability. *Int Rehabil Med* 1987;8(3):113-7.
4. Beitchman JH, Hood J, Rochon J, Peterson M, Mantini T, Majumdar S. Empirical classification of speech/language impairment in children. I. Identification of speech/language categories. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989;28(1):112-7.
5. Beitchman JH, Hood J, Rochon J, Peterson M. Empirical classification of speech/language impairment in children. II. Behavioral characteristics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989;28(1):118-23.
6. Benson TJ. Classification of disability and distress by ward nurses: a reliability study. *Int J Epidemiol* 1978;7(4):359-61.
7. Chapiro F, Colvez A. Social disadvantage in the international classification of impairments, disabilities, and handicap. *Soc Sci Med* 1998;47(1):59-66.
8. Chopra P, Couper J, Herrman H. The assessment of disability in patients with psychotic disorders: an application of the ICIDH-2. *Aust N Z J Psychiatry* 2002;36(1):127-32.
9. Fransen J, Uebelhart D, Stucki G, Langenegger T, Seitz M, Michel BA. The ICIDH-2 as a framework for the assessment of functioning and disability in rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 2002;61(3):225-31.
10. Gallin RS, Given CW. The concept and classification of disability in health interview surveys. *Inquiry* 1976;13(4):395-407.
11. Gray DB, Hendershot GE. The ICIDH-2: developments for a new era of outcomes research. *Arch Phys Med Rehabil* 2000;81(12 Suppl 2):S10-4.

12. Grimby G, Finnstam J, Jette A. On the application of the WHO handicap classification in rehabilitation. *Scand J Rehabil Med* 1988;20(3):93-8.
13. Grimby G, Eriksson BG, Frandin K, Grimby A, Gustavsson G, Mellstrom D, et al. On the use of the WHO handicap classification in a population study of 73- and 76-year-old men and women. *Disabil Rehabil* 1993;15(3):107-13.
14. Hutchison T. The classification of disability. *Arch Dis Child* 1995;73(2):91-3.
15. Kirby RL. Where does assistive technology fit in ICDH-2? *Am J Phys Med Rehabil* 2002;81(8):636.
16. Ruggieri AP, Elkin PL, Solbrig H, Chute CG. Expression of a domain ontology model in unified modeling language for the World Health Organization International classification of impairment, disability, and handicap, version 2. *Proc AMIA Symp* 2001;573-7.
17. Soukup MG, Vollestad NK. Classification of problems, clinical findings and treatment goals in patients with low back pain using the ICDH-2 beta-2. *Disabil Rehabil* 2001;23(11):462-73.
18. van Achterberg T, Frederiks C, Thien N, Coenen C, Persoon A. Using ICDH-2 in the classification of nursing diagnoses: results from two pilot studies. *J Adv Nurs* 2002;37(2):135-44.
19. Vázquez-Barquero JL, Vázquez Bourgón E, Herrera Castanedo S, Sáiz J, Uriarte M, Gaité Morales L, Herrán A, Ülstün TB. Versión en lengua española de un nuevo cuestionario de evaluación de discapacidades de la OMS (WHO-DAS-II): fase inicial de desarrollo y estudio piloto. *Actas Esp Psiquiatr* 2000;28(2):77-87.