



Enfoques terminológicos y conceptuales en torno a la discapacidad a partir de las clasificaciones de la organización mundial de la salud

(TERMINOLOGICAL AND CONCEPTUAL APPROACHES ON DISABILITY RANTINGS FROM THE WORLD HEALTH ORGANIZATION)

Raimundo CASTAÑO CALLE. Víctor J. VENTOSA PEREZ

Fac. CC. Humanas y Sociales. Magisterio. Universidad Pontificia de Salamanca

rcastanoca@upsa.es

C/ Neptuno, 20. Urbanización Albahonda, IV. C.P. 37191. Carbajosa de la Sagrada (Salamanca)

"Con la palabra el hombre cincela maravilla y abyección, grandeza y nimiedad. Se exalta a sí mismo y también se denigra, se toma en serio y se burla ingeniosamente. Con ella es tierno, indiferente o sanguinario. Construye o destruye"
Marcos Aguinis en su libro "El valor de escribir"

Resumen

El objetivo de este artículo es analizar los distintos enfoques que sobre la discapacidad se han difundido en la literatura especializada, prestando atención a lo sucedido a lo largo del siglo XX e inicios del XXI, con el fin de ayudar a los educadores y animadores que trabajan con personas con discapacidad a enfocar correctamente su trabajo, utilizando la terminología y los conceptos adecuados a cada situación.

En torno a la persona con discapacidad, a su tratamiento y atención, a los principios filosóficos o de actuación y a las ideas que a ella se aplican, se han manejado un gran número de términos y conceptos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) no fue ajena al problema terminológico. La Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) de 1980 propone el esquema:

Enfermedad → Deficiencia → Discapacidad → Minusvalía.

La relación causal entre dichos niveles de las consecuencias de la enfermedad es evidente en las propias definiciones de los mismos. El periodo de aplicación de la CIDDM supera los veinte años y su periodo de revisión se ha prolongado casi una década.

El 22 de mayo de 2001 se aprueba la nueva versión de esta Clasificación con el nombre definitivo de "Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud" con las siglas CIF.

Ya no se enuncian tres niveles de consecuencias de la enfermedad, sino que se habla de funcionamiento, discapacidad y salud. Al esquema causal y lineal de la CIDDM de 1980, la CIF responde con un esquema de múltiples interacciones.

La CIF se pronuncia por un enfoque bio-psico-social y ecológico, superando la perspectiva bio-médica de la CIDDM. En el nuevo esquema se emplea la terminología positiva que impregna esta nueva Clasificación compuesta por cuatro escalas (funciones corporales, estructuras corporales, *actividades* y *participación* y factores contextuales), frente a las tres (deficiencia, discapacidad y minusvalía) que componían la CIDDM.

Por otra parte, el Programa de Acción Mundial para las personas con discapacidad ha promovido medidas eficaces para la *prevención* de la discapacidad y para la *rehabilitación* y la realización de los objetivos de igualdad y de plena participación de estas personas en la vida social y el desarrollo. Esto significa oportunidades iguales a las de toda la población y una participación equitativa en el mejoramiento de las condiciones de vida resultante del desarrollo social y económico.

Palabras clave

Deficiencia, discapacidad, minusvalía, actividad, limitación en la actividad, participación, restricciones en la participación, prevención, rehabilitación, igualdad de oportunidades.

Abstract

The aim of this paper is to analyze the different approaches on disability have been disseminated in the literature, paying attention to what happened over the century and early twentieth century.

Around the person with disabilities, their treatment and care, to the philosophical principles or conduct and ideas that apply to it, have driven a large number of terminos and concepts. The World Health Organization (WHO) was not foreign to terminology problems. The International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) in 1980 proposed the following scheme: disease - impairment - disability – handicap. The causal relationship between these levels of the consequences of the disease is apparent in the definitions of them. The period of application of the ICIDH over twenty years and its review period has lasted nearly a decade.

On May 22, 2001 approving the new version of this classification with the final name of "International Classification of Functioning, Disability and Health" with the acronym CIF. No longer is a set out three levels of impact of the disease, but there talk of functioning, disability and health. The causal and linear pattern of ICIDH in 1980, the IFC responds with a scheme of multiple interactions.

The CIF also advocates an approach to bio-psycho-social and ecological, surpassing the biomedical perspective of ICIDH. In the new scheme the terminology used is impregnated positive this new classification of four scales (bodily functions, body structures, activities and participation and contextual factors), compared to three (impairment, disability and handicap) who composed the ICIDH.

Moreover, the Programme of Action for Persons with Disabilities has promoted effective measures for the prevention of disability and rehabilitation and the realization of the objectives of equality and full participation of persons in social life and development. This means opportunities equal to those of all people and an equitable share in the improvement of living conditions resulting from social and economic development. These principles should apply to the same extent and with the same urgency in all countries, regardless of their level of development.

Keywords

Impairment, disability, disabled, activity, activity limitation, participation, participation restrictions, prevention, rehabilitation and equal opportunities.

Introducción:

DE LOS VIEJOS términos A LOS NUEVOS MODELOS conceptuales

Tanto en España como a nivel internacional, en el último siglo, se han establecido nuevas formas para referirse a las personas con discapacidad, enfrentándose a las antiguas concepciones y apostando por su tratamiento, asistencia, educación e integración con plenos derechos en la sociedad.

No preocupa tanto la pluralidad de términos empleados para referirse a una misma realidad cuanto la gravedad que de este hecho reside en el carácter prejuicioso y en la carga marginadora, dentro de lo social, que pueden adquirir algunos de los términos empleados al hacer mención a la discapacidad. El lenguaje no es neutral; el uso y la intencionalidad dan a muchas palabras contenidos muy distintos a los que se les asignan teóricamente.

La población en general describe o caracteriza a las personas con discapacidad con términos a los que atribuye un significado de manera arbitraria en consonancia con sus creencias en este ámbito. Las personas con discapacidad inspiran emociones específicas y de variado signo: indiferencia, prejuicio, estigma, amparo, lástima, solidaridad, sentimiento de culpa, rechazo, agresividad, curiosidad... A esto hay que añadir que el bagaje cultural sobre la discapacidad es muy pobre en datos objetivos y en vivencias personales, en tanto que está cargado de estereotipos y prejuicios.

Los protagonistas de este capítulo durante muchos años fueron anónimos, desconocidos, ignorados, sin embargo, son, han sido y seguirán siendo un colectivo importante de la población. *Se trata de bebés, niños, jóvenes, adultos o ancianos que en algún momento de su ciclo vital (incluido el desarrollo intrauterino), y como consecuencia de una alteración congénita, una enfermedad o un accidente, sufren alguna limitación en órganos, sistemas o funciones biológicas y psicológicas que reducen su capacidad para realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera "normal".*

Forman un grupo social con características específicas que tradicionalmente ha sido marginado y que muchas veces se les ha considerado enfermos, incapaces o improductivos. En la actualidad, gracias a su valía, a sus esfuerzos de integración, a su lucha constante y a un movimiento asociativo cada vez más representativo y estructurado, están logrando hacer efectivos derechos civiles que el resto de la población disfruta desde hace tiempo: educación normalizada, libertad de movimiento y acceso sin que barreras sociales, arquitectónicas o de comunicación les restrinjan, derecho a una vida autónoma, al trabajo, al ocio, a la cultura,...

Ésta podría ser una radiografía escueta de la situación de millones de personas con discapacidad, tanto en la Unión Europea como en España. Aproximadamente el 10% de la población europea muestra algún tipo de discapacidad. En España, las personas con discapacidad representan un 9% de la población según la encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud del año 1999 (EDDES- 99)

La discapacidad en España.

El mundo de la discapacidad en España ha recibido una atención social, institucional y profesional cada vez más significativa en los últimos años. Cada vez es mayor el número de personas, instituciones o asociaciones cuyo objetivo prioritario es mejorar las condiciones de vida y el bienestar personal de los que tienen alguna discapacidad. Entidades públicas, instituciones privadas, asociaciones y distintos profesionales aúnan su esfuerzo en el estudio e investigación sobre la población discapacitada, en la evaluación e intervención habilitadora y rehabilitadora, así como en el análisis de resultados de los servicios prestados.

Con mayor frecuencia los problemas, dificultades y barreras que encuentran las personas con discapacidad son expuestos y analizados públicamente. Son ya habituales las referencias a conceptos como normalización, ambiente menos restrictivo, eliminación de barreras, integración, enfoque comunitario, inclusión u otras expresiones, constituyendo orientaciones más positivas, más humanas y más técnicas que las utilizadas en el pasado.

No obstante, una parte de la sociedad aún percibe a sus semejantes discapacitados de forma estereotipada -cuando no desde el prejuicio- y les asigna características idénticas sin tener en cuenta la variedad que existe dentro del mundo de la discapacidad.

De acuerdo con la encuesta del INE (1999) sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDES-99) un 9% de la población española, algo más de 3 millones y medio de personas, padece alguna discapacidad. El número de personas con alguna discapacidad en España es de 3.528.221. De ellas, un 58% son mujeres.

La magnitud de las cifras anteriores adquiere mayor importancia si se tiene en cuenta que 2.072.652 personas de 65 y más años, el 32%, tiene alguna discapacidad. En el grupo de edad de 6 a 64 años no llega al 5%. A partir de los 80 años las tasas de personas con discapacidades aumentan sustancialmente. Casi la mitad de las personas de edades comprendidas entre 80 y 84 años tienen alguna discapacidad (47,4%) y en el caso de las personas muy mayores, de 85 y más años, llega al 63,6%.

La discapacidad más frecuente es la *dificultad para desplazarse fuera del hogar*, ya sea sin medio de transporte, en transporte público o vehículo propio. Esta limitación afecta a más de la mitad de las personas con discapacidades que tienen entre 6 y 64 años, es decir a 738.073 y a más del 65% de los mayores de esta edad, 1.350.827 personas. En conjunto, más de 2 millones de personas tienen dificultades para desplazarse fuera del hogar.

Le sigue, en cuanto a frecuencia, en sendos grupos de edad, la discapacidad para realizar *tareas del hogar* que afecta a 1.568.597 personas y, en general, las discapacidades relacionadas con la movilidad.

El grupo de deficiencia más frecuente es el de las *articulaciones y huesos* que causa discapacidad a más de 1,2 millones de personas

Entre las deficiencias con mayor incidencia en las personas mayores, son las *osteoarticulares*, las *mentales* y las *múltiples* (estas últimas debidas a procesos degenerativos propios de edades avanzadas) las que originan, en un elevado porcentaje, discapacidades que tienen que ver con la autonomía, el cuidado personal y las tareas domésticas, derivando en situaciones de fragilidad general y dependencia de otras personas.

Hay 11.644 niños que tienen *dificultades para caminar* o presentan *debilidad o rigidez en las piernas*, entendida como una gran dificultad para elevar las piernas o ponerse de pie o gatear como consecuencia, por ejemplo, de una distrofia muscular. Se entiende por *rigidez* una constante contracción de los músculos con grave dificultad para relajarlos.

La limitación relativa a *otros problemas que precisan de cuidados especiales*, que recoge a 22.964 menores de 6 años, se refiere a aquellas limitaciones que el niño lleva padeciendo o se espera que padezca al menos un año, producidas por enfermedades como retraso mental, parálisis cerebral infantil, secuelas de enfermedades infecciosas, alteraciones metabólicas congénitas, etc., y que no están incluidas en las otras rúbricas.

Según Abellán (2001) se considera que una persona padece una discapacidad aunque la tenga superada con el uso de ayudas técnicas externas (muletas, silla de ruedas, etc.). Si se supera con el uso de gafas no se considera discapacidad salvo que subsista el problema. Una misma persona puede padecer dos o más discapacidades

Clasificaciones de la OMS sobre la discapacidad.

Al escuchar las expresiones de “deficiente”, “minusválido” o “persona con discapacidad” se activa una imagen mental específica preestablecida, que en muchos casos está cargada de connotaciones negativas. Esta imagen mental no suele estar fundamentada en experiencias válidas sino que suele ser el resultado de vivencias tangenciales con la amplia realidad de la discapacidad, suele tener como único fundamento las informaciones recogidas en los medios de comunicación o estar generada por nosotros mismos como modo de justificar nuestros prejuicios, e incluso hostilidad, hacia la discapacidad.

Un ejemplo de ello son las connotaciones peyorativas que históricamente han ido adquiriendo los distintos términos utilizados para referirse a las personas con discapacidad: cretino, idiota, demente, inválido, mutilado, subnormal, anormal, retrasado, mongólico... Cualquier expresión utilizada para referirse a esta población tiene connotaciones negativas por el uso que de ella se hace, más que por la significación que tenía previamente.

El caos terminológico, e incluso conceptual, llegó a tal grado que la Organización Mundial de la Salud (OMS) se vio en la necesidad de desarrollar una clasificación que pudiera ser utilizada por los distintos grupos de profesionales implicados, ya fuera en contextos de salud, de empleo o comunitarios.

Fue necesario establecer una clasificación internacional que sirviera a todos y en todos los lugares para compartir y comparar la información sobre la discapacidad. La OMS ha tratado de dar respuesta a través de sus Clasificaciones.

Sin tratar de ser exhaustivos se exponen, a continuación, algunos de los hitos principales del largo proceso de revisión que condujeron a la aparición de una nueva Clasificación dentro de la familia de clasificaciones de la OMS.

1976. La OMS aprueba, para ensayo, la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM), como “manual de las consecuencias de la enfermedad”.

1980. Se publica la versión oficial en inglés que supuso un intento serio de unificación internacional de los términos especializados utilizados para definir situaciones producidas por la enfermedad y sus efectos.

1983. El, entonces, Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO) publica la versión en castellano de la CIDDM, que merece la aprobación por la OMS como versión oficial en nuestro idioma.

1992. En la reunión anual sobre CIDDM celebrada en Zoetermeer (Holanda), se revisan algunos ítems de la Clasificación y se redacta una nueva introducción. Se acuerda impulsar un nuevo proceso de revisión, asignando responsabilidades a los distintos centros colaboradores.

En España, este año, el Real Patronato redacta y hace llegar a los órganos pertinentes de la OMS una «nota de situación y propuesta sobre la CIDDM», elaborada por un grupo de expertos de habla hispana.

2001. El 22 de mayo se aprueba una nueva versión de esta Clasificación con el nombre de «*Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*», con las siglas CIF. En el mes de junio, aparece la traducción al castellano de esta Clasificación, que recoge las nuevas siglas (CIF). En octubre se da noticia a través de Internet de la publicación oficial de la nueva Clasificación, cuya versión en castellano es editada por el IMSERSO y se presenta el 15 de noviembre en Madrid.

LA Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías [CIDDM]

La CIDDM fue el resultado de un minucioso trabajo realizado por especialistas del ámbito internacional.

Se intentaba ordenar de forma adecuada y flexible la calificación de las consecuencias de la enfermedad. Hasta ese momento, sólo existía una lista de adjetivos para encasillar a las personas a partir de la Clasificación Internacional de Enfermedades.

La 29ª Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en mayo de 1976, adoptó la Resolución 29.35, mediante la cual se acuerda la publicación, con carácter experimental, de la clasificación proyectada. La edición príncipe (la primera, cuando se han hecho varias de una misma obra) vio la luz, en 1980, con este título: *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps. A manual of classification related to the consequences of disease.*

En 1983, el Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO), de España, editó una versión castellana con el título: *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. Manual de Clasificación de las consecuencias de la enfermedad (CIDDM).* (Cuadros 1, 2 y 3).

La aportación más importante de la CIDDM fue diferenciar tres niveles o dimensiones de las consecuencias de la enfermedad, designados y definidos de esta manera:

Impairment ----- Deficiencia
 Disability ----- Discapacidad
 Handicap ----- Minusvalía

Cuadro 1. Definición y categorías de la deficiencia	
DEFICIENCIA	CATEGORIAS
<p>Dentro de la experiencia de la salud, una deficiencia es toda pérdida, anormalidad o defecto, temporal o permanente, de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. <i>[Anomalía, pérdida o defecto producido en un miembro, órgano, tejido u otra estructura del cuerpo, incluidos los sistemas de la función mental]</i></p> <p>Trastorno a nivel de órgano</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Deficiencias intelectuales. • Psicológicas. • Del Lenguaje. • Del órgano de la audición. • Del órgano de la visión. • Viscerales • De los órganos internos. • Músculo-esqueléticas. • Desfiguradoras.

Cuadro 3. Definición y manifestaciones de la minusvalía

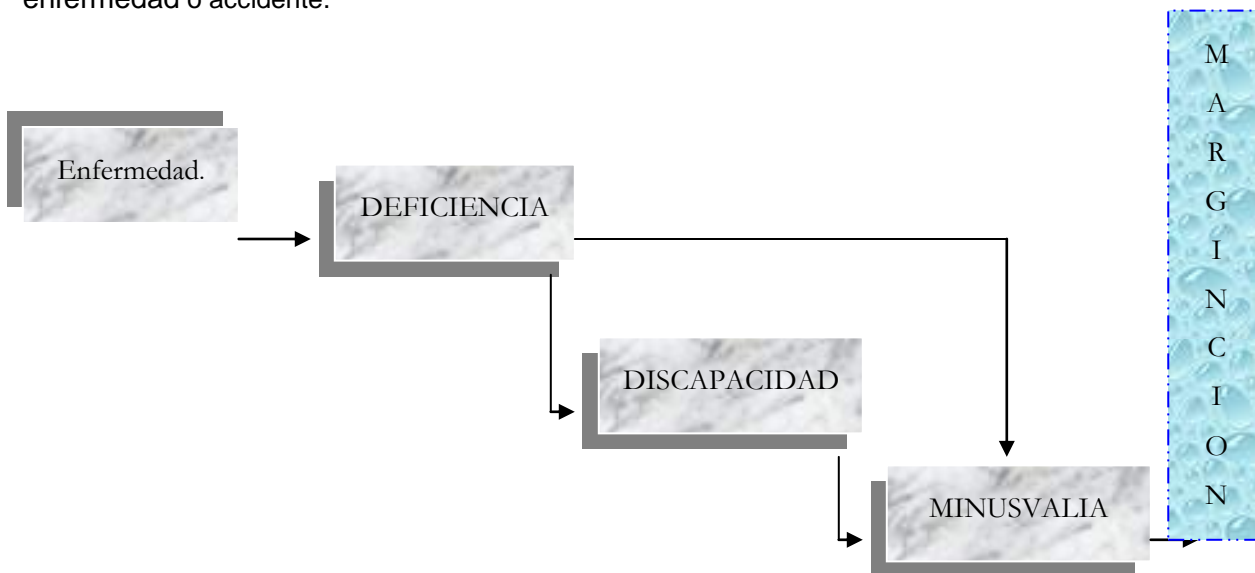
MINUSVALIA	SE MANIFIESTA:
<p>Dentro de la experiencia de la salud, una minusvalía es una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o discapacidad, que limita o impide el cumplimiento de una función que es normal para esa persona, según la edad, sexo y factores sociales y culturales.</p> <p>Desventajas en el entorno</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En la orientación. • En la independencia física. • En la movilidad. • En la ocupación. • En la integración social. • En la autosuficiencia económica. • En otros factores.

Todos hemos padecido o tenemos que padecer en un momento u otro un accidente o una enfermedad, de forma que no resulta demasiado difícil imaginarnos en la situación de enfermo, pero el conocimiento personal de una dolencia crónica y las consecuencias de deficiencia, discapacidad o minusvalía que de ella se derivan es mucho menos frecuente.

Los principales acontecimientos en la evolución de una enfermedad, como fórmula de acercamiento a los conceptos de deficiencia, discapacidad y minusvalía son:

1. **Algo anormal ocurre en el individuo:** puede aparecer en el momento de nacer o adquirirse más tarde. A lo largo del ciclo vital una cadena de circunstancias causales produce cambios en la estructura o funcionamiento de órganos o sistemas del cuerpo.
2. **Alguien se da cuenta de lo que ocurre:** el propio individuo, de una forma u otra, toma conciencia o se ve obligado a tomar conciencia de que algún órgano o sistema de su cuerpo no realiza de manera adecuada las funciones que le son propias.
En este momento estaríamos en el plano de la deficiencia, que se caracteriza por la existencia de una anomalía o pérdida en un órgano, estructura o función corporal (psíquica, fisiológica o anatómica). Así pues, *las deficiencias representan perturbaciones orgánicas*, que pueden ser temporales o permanentes, innatas o adquiridas.
3. **El comportamiento del individuo y su capacidad para realizar una actividad pueden verse alterados como consecuencia de una deficiencia.** Es probable que tenga que renunciar a algunas actividades habituales o aprender a realizarlas de forma distinta a lo considerado normal para el resto de las personas. En consecuencia, su rendimiento funcional y su actividad se verán afectados.
Estas experiencias situarían a la persona en el plano de la discapacidad, en tanto en cuanto la alteración o pérdida de un órgano trasciende a las funciones que le son propias, limitando o impidiendo la realización de una actividad (intelectual, física o social) en la forma considerada como "normal".
4. **La presencia de la deficiencia o el cambio en el comportamiento y en la capacidad de realizar las actividades a que ésta da lugar** pueden colocar al individuo en una situación de desventaja en relación con los otros, adquiriendo así la experiencia una dimensión social. Éste sería el plano de la minusvalía, que coloca a la persona en una situación desventajosa que limita o impide su integración social.

Cada uno de estos niveles de consecuencia de la enfermedad o el accidente pueden estar relacionados de la manera que muestra el gráfico 1: Niveles en las consecuencias de una enfermedad o accidente.



La CIDDM nos presenta los siguientes ejemplos de cómo se expresan los conceptos:

María es una joven con una grave lesión en el órgano de la audición (deficiencia), que le produce una limitación en la capacidad para oír y para hablar (discapacidad), por lo que debe utilizar el lenguaje de los signos para comunicarse. Como consecuencia de todo esto, tiene más dificultades que cualquier otra chica de su misma edad, nivel cultural, etc., (minusvalía) para encontrar empleo o para divertirse y ocupar su tiempo libre en contextos normalizados.

En este caso, la progresión de María a lo largo de la secuencia (deficiencia, discapacidad, minusvalía) es lineal. La alteración de un órgano da lugar a una deficiencia, que deriva en una discapacidad y ésta genera una minusvalía o desventaja social en el individuo.

En otros casos la deficiencia puede derivar en minusvalía sin necesidad de que exista una discapacidad previa. Es el caso de Pedro que tras un accidente sufre una grave desfiguración del rostro. Sin ninguna otra secuela, puede seguir desarrollando una vida normal en todos los aspectos. Sin embargo, tiene serios problemas para desarrollar un trato social normalizado. Actitudes personales y sociales de reparo y rechazo le colocan en una situación de desventaja social que le impide desempeñar el papel esperado en una persona de su edad, sexo, cultura, etc. En este caso, sería difícil identificar una discapacidad que hiciera de mediadora entre la desfiguración (deficiencia) y la situación de desventaja (minusvalía).

Un individuo miope o diabético sufre una deficiencia funcional, pero, como esto se puede corregir o eliminar por medio de aparatos o medicinas, no tiene por qué darse necesariamente una discapacidad; sin embargo, el diabético joven que no tiene una discapacidad puede llegar a tener una minusvalía si las desventajas son importantes (por ejemplo, si no puede tomar las golosinas que toman sus amigos o si tiene que *ponerse* inyecciones periódicamente).

Un individuo daltónico que no distingue entre el rojo y el verde tiene una deficiencia, pero probablemente esta circunstancia no le obligará a renunciar a ninguna de sus actividades; el que la deficiencia constituya una minusvalía dependerá de las circunstancias; si su ocupación, es de tipo agrario es muy posible que no se dé cuenta de su deficiencia, pero estaría en grave

desventaja si aspirase a ser maquinista de trenes, pues le sería imposible desempeñar esta ocupación.

Un niño al que al nacer le falte la uña de un dedo tiene una malformación (una deficiencia estructural) pero esto no supone ninguna dificultad en el funcionamiento de la mano y por eso no se puede hablar de discapacidad; la deficiencia no es demasiado patente, y por ello no es probable que se dé una situación de desventaja o minusvalía.

El ejemplo más gráfico de una persona que tiene una minusvalía sin tener una discapacidad es el del individuo que se ha recuperado después de un episodio psicótico agudo, pero que tiene el estigma de ser un "enfermo mental"; es fácil observar que esta minusvalía encaja dentro de los términos de la definición, porque es consecuencia de la deficiencia y la discapacidad, pero en el momento en que se produce la minusvalía no existe ni la deficiencia ni la discapacidad.

LA NUEVA Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud [CIF]. Presentada por la OMS a la 54ª Asamblea Mundial de la Salud fue aprobada por la Resolución 54-21. Se denomina International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) y ha sido publicada en español con el título, ya citado, *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*.

La CIF no es una clasificación de los problemas funcionales que las personas pueden experimentar, sino una clasificación universal del funcionamiento humano, tanto positivo como negativo. Por ello, y por la importancia de expresar la clasificación en un lenguaje neutral y flexible, los tres ámbitos fueron renombrados "estructuras y funciones corporales" (por "deficiencias"), "actividad" (por "discapacidad") y "participación" (por "minusvalía"). Como anuncia el título, el "funcionamiento" es la referencia de la nueva clasificación, "un término global referido a todas las funciones corporales, actividades y participación". El término discapacidad aparece en el título abarcando: deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. La incorporación del término de salud se concibe dentro de un marco conceptual que evalúa salud y estados de salud. Véase gráfico 2.

He aquí las definiciones correspondientes:

Funciones corporales son las funciones fisiológicas y psicológicas de los sistemas corporales.

Estructuras corporales son las partes anatómicas del cuerpo, tales como los órganos, las extremidades y sus componentes.

Deficiencias: son problemas en las funciones o estructuras corporales, como es el caso de una desviación significativa o una pérdida.

Actividad es la capacidad potencial de la persona en la ejecución de una tarea, en un entorno uniforme.

Lo que la persona sería capaz de realizar en un entorno facilitador

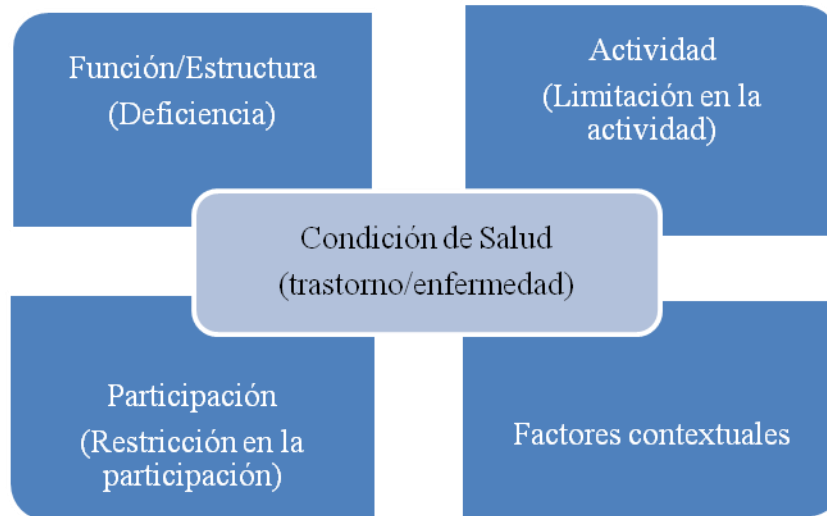
Limitaciones en la actividad son dificultades que un individuo puede presentar en la realización de actividades.

Participación es el acto de implicarse en una situación vital. Representa la perspectiva social del funcionamiento. Permite describir lo que los individuos hacen en su ambiente/entorno real.

Restricciones en la participación: son problemas que el individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales.

Factores contextuales: constituyen el ambiente físico, social y actitudinal en el que una persona vive y conduce su vida.

Gráfico 2. Interacciones entre los componentes de la CIF.



En el siguiente cuadro se recogen las distintas funciones y estructuras corporales así como las actividades, niveles de participación y factores contextuales.

Cuadro 4. Funciones, estructuras corporales, actividades, participación y factores contextuales

DEFICIENCIAS: son problemas en las funciones o estructuras corporales, tales como una desviación significativa o una “pérdida”

FUNCIONES CORPORALES

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

ESTRUCTURAS CORPORALES

1. Estructuras del sistema nervioso. 2. El ojo, el oído y estructuras relacionadas. 3. Estructuras involucradas con la voz y el habla. 4. Estructuras de los sistemas cardiovascular, inmunológico y respiratorio. 5. Estructuras relacionadas con los sistemas digestivo, metabólico y endocrino. 6. Estructuras relacionadas con el sistema genitourinario y el sistema reproductor. 7. Estructuras relacionadas con el movimiento. 8. Piel y estructuras relacionadas.

<p>LIMITACIONES EN LA ACTIVIDAD: dificultades que un individuo puede tener en el desempeño/realización de actividades.</p> <p>RESTRICCIONES EN LA PARTICIPACIÓN: problemas que un individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales.</p>	<p>ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN</p> <p>1. Aprendizaje y aplicación del conocimiento. 2. Tareas y demandas generales. 3. Comunicación. 4. Movilidad. 5. Auto cuidado. 6. Vida doméstica. 7. Interacciones y relaciones interpersonales. 8. Áreas principales de la vida. 9. Vida comunitaria, social y cívica.</p>
<p>TORES CONTEXTUALES</p> <p>1. Productos y tecnología. 2. Entorno natural y cambios en el entorno derivados de la actividad humana. 3. Apoyo y relaciones. 4. Actitudes. 5. Servicios, sistemas y políticas.</p>	

ESQUEMAS COMPARATIVOS ENTRE AMBAS CLASIFICACIONES: CIDDM – CIF

En el cuadro 5 se compara la nueva terminología adoptada tanto por la CIDDM como por la CIF:

Cuadro 5. Terminología adoptada por cada una de las clasificaciones	
CIDDM	CIF
<p>DEFICIENCIA: dentro de la experiencia de la salud, una deficiencia es toda pérdida, anormalidad o defecto, temporal o permanente, de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.</p>	<p>DEFICIENCIAS: problemas en las funciones o estructuras corporales, tales como una desviación significativa o una “pérdida”.</p>
<p>DISCAPACIDAD: dentro de la experiencia de la salud es 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.</p>	<p>LIMITACIONES EN LA ACTIVIDAD: dificultades que un individuo puede tener en el desempeño/realización de actividades.</p>
<p>MINUSVALIA: dentro de la experiencia de la salud es una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o discapacidad, que limita o impide el cumplimiento de una función que es normal para esa persona, según la edad, sexo y factores sociales y culturales.</p>	<p>RESTRICCIONES EN LA PARTICIPACIÓN: problemas que un individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales.</p>

En el cuadro 6 se establecen las diferencias entre ambas clasificaciones.

Cuadro 6. Diferencias entre la CIDDM y la CIF	
CIDDM	CIF
Clasificación Internacional de discapacidad	Marco descriptivo de capacidades y limitaciones
Clasificación de consecuencias de enfermedades	Clasificación de componentes de salud
Ve en la persona la discapacidad	Ve en la persona las capacidades y cualidades además de la discapacidad
Modelo organicista, unidireccional	Modelo biopsicosocial. Relación entre todos sus componentes
Se centra solo en el individuo	Tiene en cuenta contexto ambiental y personal
Discapacidad. Minusvalía	Redefine la discapacidad Limitación en la actividad Restricción de la participación
Términos de menosprecio y estigmatización	Términos menos estigmatizantes

¿Cómo valorar EL GRADO DE discapacidad?

La norma que regula en España el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía es el Real Decreto 1971/1999 de 23 de diciembre. Dicho Real Decreto tiene por objeto la regulación del reconocimiento de grado de minusvalía, el establecimiento de nuevos baremos aplicables, la determinación de los órganos competentes para realizar dicho reconocimiento y el procedimiento a seguir, todo ello con la finalidad de que la valoración y calificación del grado de minusvalía que afecte a la persona sea uniforme en todo el territorio del Estado, garantizando con ello la igualdad de condiciones para el acceso del ciudadano a los beneficios, derechos económicos y servicios que los organismos públicos otorgan.

Por otra parte, el R.D. 1414/2006, determina la consideración de persona con discapacidad a los efectos de la Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de Igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad. De conformidad con lo previsto en el artículo 1.2 de dicha Ley tendrán la consideración de personas con discapacidad aquellas a quienes se les haya reconocido un grado de minusvalía igual o superior al 33 por ciento.

Otros Conceptos: prevención, rehabilitación e igualdad de oportunidades

Muchas de las deficiencias de origen conocido se pueden prevenir o se pueden adoptar medidas encaminadas a la rehabilitación de las mismas.

El Programa de Acción Mundial para los Impedidos, aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas por resolución 37/52 de 3 de diciembre de 1982, estructura las medidas de acción que propone en relación con la prevención, la rehabilitación y la equiparación de oportunidades.

Por otra parte, Rehabilitación Internacional reconoce y promueve el valor de las personas con discapacidad como parte del género humano. La persona con discapacidad debe disfrutar de los mismos derechos y libertades que las demás personas, lo cual supone la consideración del derecho a la vida como sagrado e inviolable. Rehabilitación Internacional considera también que, siempre que sea posible, las deficiencias deben evitarse mediante programas de acción de tipo médico y social. Esto no significa menoscabo alguno para el respeto debido a las personas con discapacidad: al reducir la incidencia y la gravedad de las deficiencias, se podrán atender mejor las necesidades médicas y sociales de las personas con discapacidad, tarea a la cual se dedica Rehabilitación Internacional.

La vida humana como tal entraña numerosos riesgos, que pueden dar o no lugar a deficiencia, discapacidad y minusvalía. Algunos de estos riesgos -como las enfermedades o los desastres naturales- resultan inevitables en la vida ordinaria. Otros se derivan directamente de los defectos de la sociedad que se ha forjado, como es el caso de los accidentes de tráfico y de los conflictos armados.

En los Estatutos constitutivos de Rehabilitación Internacional (Art. II) se menciona la prevención de las discapacidades como uno de los principales objetivos de la entidad y de acuerdo con este artículo, Rehabilitación Internacional debe "... Ayudar a las asociaciones miembros en el establecimiento y desarrollo -en colaboración con las autoridades o entidades gubernamentales, las empresas privadas y las asociaciones de personas interesadas- de programas para la prevención de las deficiencias, la rehabilitación y la equiparación de oportunidades de las personas con discapacidad".

De acuerdo con esto, y ante todo, Rehabilitación Internacional se propone conseguir que cualquier persona lleve una vida sin limitaciones físicas ni psíquicas en su comunidad, lo cual supone, entre otras cosas, promover y apoyar de manera activa la prevención de cualquier riesgo que pueda generar deficiencia, discapacidad y minusvalía. Muchas deficiencias se pueden evitar por medio de la prevención primaria. Cuando ello no es posible, la discapacidad subsiguiente puede evitarse o atenuarse significativamente, mediante un tratamiento adecuado y la prevención secundaria o terciaria.

La palabra **prevención**, del verbo prevenir, es definida como " preparación, disposición que se toma para evitar algún peligro. Preparar con anticipación una cosa" (Larousse, 1950, pág. 755). Las clasificaciones centradas en un modelo clínico de abordaje, establecen los diferentes niveles de prevención (primaria, secundaria y terciaria) basándose en una clasificación en función de lo que ocurre en un proceso de enfermedad.

La **prevención primaria** es un conjunto de acciones sanitarias realizadas por el personal sanitario, por la comunidad o por los gobiernos antes de que aparezca una determinada enfermedad. Se lleva a cabo eliminando los factores que puedan causar lesiones, antes de que sean efectivos. La intervención tiene lugar antes de que se produzca la enfermedad, siendo su objetivo principal el impedir o retrasar la aparición de la misma: vacunación, fluoración de las aguas, enseñanza del cepillado dental, quimioprofilaxis

La **prevención secundaria** consiste en detectar y aplicar tratamiento a las enfermedades en estadios muy tempranos. La intervención tiene lugar al principio de la enfermedad, siendo su objetivo principal el impedir o retrasar el desarrollo de la misma, p. ej. en los recién nacidos la detección precoz de fenilcetonuria e hipotiroidismo congénito, mediante el análisis gota de sangre obtenida del talón.

La **prevención terciaria** se realiza cuando ya se ha instaurado la enfermedad, y se intenta evitar que empeore y que se produzcan complicaciones. La intervención tiene lugar en plena enfermedad, siendo su objetivo principal eliminar o reducir las consecuencias del desarrollo de la misma: cirugía, farmacoterapia, fisioterapia, logopedia, prótesis, radioterapia...

Guiofantes (1996) plantea la aceptación de los grados de primaria y secundaria en la conceptualización de la prevención en el marco de la Psicología de la Salud, basándose en lo planteado por Santacreu, Márquez y Zaccagnini. Entiende por "prevención primaria aquellas acciones encaminadas a la obtención de la información que nos permitan un conocimiento de variables o factores biopsicosociales que pueden provocar la aparición de un determinado problema, con el fin de evitar el origen de un deterioro de la salud. Mientras que por el contrario, una vez obtenida la información anterior, las actividades dirigidas a eludir o reducir los factores que pueden agravar una situación específica constituyen la prevención secundaria...en la medida que el problema ya ha ocurrido, toda intervención destinada a remediar el daño o deterioro ocasionado no se puede denominar prevención, sino que debe ser conceptualizada como tratamiento." (Guiofantes, S. 1996, Pág. 31).

De acuerdo con Pérez Álvarez (2003) la prevención incluye todas las acciones que dentro del marco de la comunidad se desarrollan para modificar aquellos factores negativos que puedan representar riesgo de una descendencia con discapacidad. Se previene cuando se modifican las condiciones y estilos de vida negativos, cuando se protege a la población mediante campañas de vacunación, cuando se detectan contaminantes ambientales potencialmente teratógenos, cuando se educa sobre la necesidad de una buena nutrición, cuando se desarrollan campañas en contra de los hábitos tóxicos...

DOS MOMENTOS DE LA PREVENCIÓN DE DEFICIENCIAS.

La primera fase de la prevención de deficiencias se desarrolla en dos momentos distintos, según los casos: *antes de que actúen las causas o factores de la deficiencia o cuando tales causas o factores ya han aflorado*. La vacunación contra la poliomielitis es una acción que previene la infección y, a la vez, sale al paso de las deformaciones óseas y musculares que aquella puede generar. El correcto tratamiento de la diabetes procura controlar los síntomas de esta enfermedad y, a la vez, posibles secuelas de la misma que impliquen deficiencias (isquemias, amputaciones).

La prevención de enfermedades y traumatismos lleva consigo la prevención de deficiencias en aquellos casos en que los procesos patológicos o las agresiones mecánicas o emocionales pueden producir alteraciones duraderas de carácter psíquico, fisiológico o anatómico. No siempre es este el caso: una infección gripal o una erupción cutánea no entrañan, comúnmente, riesgo de secuelas constitutivas de deficiencias. Sí existe tal riesgo, en cambio, en alteraciones genéticas de los padres, en traumatismos del parto, en infecciones como la del virus de la polio, en accidentes de circulación, en situaciones de estrés prolongado, en ciertas enfermedades endocrinas, etc. La prevención de deficiencias, tiene una primera oportunidad en el momento anterior a la aparición de enfermedades, alteraciones congénitas y traumatismos... y es el momento que ofrece mejores oportunidades. Por otra parte, el correcto tratamiento en ciertas enfermedades evita que éstas causen deficiencias.

En algunos casos esta posibilidad es muy evidente: la detección en los primeros días de vida de la fenilcetonuria permite adoptar una dieta adecuada que evita la aparición de discapacidad intelectual. En otros casos la acción preventiva de las deficiencias posterior a la manifestación de las enfermedades que las generan no resulta tan neta, pero no deja de ofrecer posibilidades; puede servir de ejemplo lo dicho a propósito de la diabetes. En caso de traumatismos, es cosa sabida que el correcto manejo del accidentado puede evitar lesiones adicionales, sobre todo en el cerebro o en la médula espinal, que tantas veces son la verdadera causa de deficiencias graves.

De acuerdo con el programa de Acción Mundial para los impedidos (1982), las medidas más importantes para la prevención de deficiencias son:

- Evitación de la guerra.
- Mejora de la situación educativa, económica y social de los grupos menos favorecidos.
- Identificación de los tipos de deficiencia y de sus causas dentro de zonas geográficas definidas.
- Introducción de medidas de intervención específicas gracias a mejores prácticas de nutrición e higiene.
- Mejora de los servicios sanitarios, servicios de detección temprana y diagnóstico.
- Cuidado prenatal y postnatal.
- Educación apropiada en materia de cuidado sanitario, inmunización y lucha contra enfermedades e infecciones.
- Planificación familiar y asesoramiento a los padres sobre factores genéticos y atención prenatal.
- Modificación de los estilos de vida.
- Prevención de accidentes y educación relativa a peligros ambientales.
- Estímulo a la formación de familias y comunidades mejor informadas y fortalecidas.
- En algunas partes del mundo, tales medidas vienen teniendo repercusión apreciable en la incidencia de las deficiencias físicas y mentales
- En la medida en que tiene lugar el desarrollo se reducen antiguos peligros y surgen otros nuevos. Esta evolución de las circunstancias requiere cambios en la estrategia como:
- Programas de intervención en materia de nutrición dirigidos a grupos determinados de la población que estén en mayor peligro debido a una deficiencia vitamínica.
- Mejor cuidado médico para las personas de edad avanzada.
- Formación y reglamentación para reducir los accidentes en la industria, en el hogar,...
- Lucha contra la contaminación ambiental y contra el uso indebido de las drogas y el alcohol.
- Necesidad de prestar atención adecuada a la estrategia de la OMS de Salud para Todos mediante el cuidado sanitario primario.

En España, el Grupo de Estudios Neonatológicos y de Servicios de Intervención (GENYSI) es una iniciativa interdisciplinar de profesionales de la Salud, la Rehabilitación, la Educación, la Atención Temprana y los Servicios Sociales. Sus fines son contribuir a la mejora de los procesos de prevención y detección precoz de niños con deficiencia o en situación de riesgo, y de su atención lo más tempranamente posible. Para ello fomenta actividades de innovación, de prácticas profesionales y de organización de servicios, la investigación en técnicas diagnósticas y terapéuticas e, igualmente, la optimización de los procedimientos de coordinación multiprofesional.

La **REHABILITACIÓN**. El artículo 49 de la Constitución Española establece que *los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos a los que prestará la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este título otorga a todos los ciudadanos.*

La rehabilitación es la especialidad médica que engloba el conjunto de procedimientos médicos, psicológicos, sociales, dirigidos a ayudar a una persona a alcanzar el más completo potencial físico, psicológico, social, laboral y educacional compatible con su deficiencia fisiológica o anatómica y limitaciones medioambientales, intentando restablecer o restaurar la salud. La rehabilitación debe actuar tanto en la causa de la discapacidad como en los efectos producidos por la enfermedad, basado en el modelo biopsicosocial, para aumentar la función perdida y así la calidad de vida.

La rehabilitación médica interviene sobre los tres aspectos de la enfermedad que son:

La **deficiencia**, es decir, las secuelas patológicas o físicas de un órgano o aparato producidas por la enfermedad, como la pérdida de una extremidad o el déficit sensorial.

La **discapacidad**, que es la restricción o ausencia de la habilidad de una persona para realizar una tarea o actividad dentro de un rango considerado humanamente normal, como puede ser el trastorno de la marcha o la dificultad para vestirse.

La **pérdida de roles** en relación a la discapacidad, como por ejemplo la pérdida de la actividad laboral o pérdida del puesto de trabajo.

El objetivo de los programas de rehabilitación es obtener el máximo nivel de independencia de sus pacientes, considerando sus capacidades y aspiraciones de vida.

La **IGUALDAD DE OPORTUNIDADES** significa el proceso mediante el cual el sistema general de la sociedad [entorno físico y cultural, vivienda y transporte, educación y trabajo, los servicios sociales y sanitarios, las actividades, la información y la documentación, las instalaciones deportivas y de recreo...] se hace accesible para todos.

A efectos de la Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad se entiende por *igualdad de oportunidades* la ausencia de discriminación, directa o indirecta, que tenga su causa en una discapacidad, así como la adopción de medidas de acción positiva orientadas a evitar o compensar las desventajas de una persona con discapacidad para participar plenamente en la vida política, económica, cultural y social. El principio de la igualdad de derechos para los discapacitados y los no discapacitados significa que las necesidades de todo individuo son de la misma importancia, que estas necesidades deben constituir la base de la planificación de las sociedades, y que todos los recursos deben emplearse de tal manera que garanticen una oportunidad igual de participación a cada individuo. Las políticas en esta materia deben asegurar el acceso de los discapacitados a todos los servicios de la comunidad porque todos somos miembros de la sociedad con derecho a permanecer en nuestras comunidades locales.

Conclusión

La discapacidad, situación que afecta a un significativo número de personas en la sociedad, es motivo de estudio e inquietud para quienes trabajan y viven con ella. El uso sobre la terminología empleada ha generado una constante revisión de la misma. El “etiquetaje” de las personas con discapacidad y la devaluación de los términos usados, induce a un constante cambio de los mismos, con el objetivo de conseguir eliminar del lenguaje la carga segregadora y marginadora que conlleva la utilización de algunos conceptos.

Hoy, siglo XXI, donde las distancias se han acortado y se persigue la globalización, es importante un acercamiento entre las distintas posturas. Ejemplos de este trabajo son los que nos han aportado desde la Organización Mundial de la Salud ante la discapacidad, desde el Programa de Acción Mundial sobre los Impedidos o desde el Asociación Americana para el Retraso Mental.

Así mismo, el trabajo activo que vienen desempeñando las personas con discapacidad, al menos a través de sus organizaciones más representativas, ha hecho posible que el enfoque sobre el fenómeno de la discapacidad tenga una visión más objetiva y basada en la igualdad, en el reconocimiento de los derechos y obligaciones y en la no discriminación.

Referencias bibliográficas

- Abellán, A. (2001). La discapacidad en España. *Mult Gerontol*, 11(1), 35-37
- Aguinis, Marcos (1985). *El valor de escribir*. Buenos Aires: Planeta.
- Boletín del Real Patronato*, 45, abril 2000, 36.
- Casado, D. (2001). Conceptos sobre discapacidad. *Boletín del Real Patronato sobre discapacidad*, 50, 1, 5-13.
- Egea, C. y Sarabia Sánchez, A. (2001). Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad. *Boletín del Real Patronato sobre discapacidad*, 50, 5-30.
- Guiofantes, S. (1996). Salud y prevención desde el punto de vista psicológico. *Salud Laboral y Ciencias de la Conducta. España. Fundación MAPFRE Medicina*. 25-37.
- Informe España 2000. *Una interpretación de su realidad social*. Madrid. CECS. Fundación Encuentro.
- INSERSO, (1983). *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías*. Mº de Asuntos Sociales: Madrid
- OMS (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. Madrid, INSERSO.
- Pequeño Larousse Ilustrado: (1950) París. Librería Larousse.
- Real Patronato sobre discapacidad (1988): *Programa de acción mundial para las personas con discapacidad*. Madrid, INSERSO.
- referencias legislativas
- ESPAÑA. REAL DECRETO 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad (BOE, 26-I-2000)
- ESPAÑA. LEY 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad (BOE, 3-XII-2003)
- ESPAÑA. REAL DECRETO 1414/2006, de 1 de diciembre, por el que se determina la consideración de persona con discapacidad a los efectos de la Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de Igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad (BOE 16-XII-2006)
- Constitución Española (1978).
- fuentes electronicas consultadas
- Grupo de Estudios Neonatológicos y de Servicios de Intervención (GENYSI). Disponible en: <http://paidos.rediris.es/genysi/genysih.htm>, Consultado el 12-VIII-2010
- INE. Disponible en: <http://www.ine.es/inebase/>, Consultado el 12-VII-2010
- ONU. Programa de Acción Mundial para los impedidos (1982). Disponible en: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/diswps00.htm>, Consultado el 12-VIII-2010
- Pérez Álvarez, Luis (2006). Prevención de la discapacidad en la población infantil. Disponible en: <http://discapacidadcolombia.com/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=66>, Consultado 13-VIII-2010
- Rehabilitación internacional. Declaración de la Asamblea de Rehabilitación internacional. Auckland, 1996. Disponible en <http://paidos.rediris.es/genysi/recursos/doc/leyes/auckland.htm>, Consultado el 20-VIII-2010