

# Actitudes hacia la discapacidad.

---

## 1. INTRODUCCIÓN.

**“El recorrido histórico de la discapacidad es, en si mismo, el recorrido histórico de la humanidad.”**

El conocimiento que tenemos de las diferentes formas de cultura, nos permite apuntar aquellos aspectos, momentos, actitudes, circunstancias y ejecuciones determinantes en la consideración social igualitaria de las personas con discapacidad. La existencia de sujetos diferentes, a los que se han aplicado las más variadas y variopintas denominaciones, ha sido una constante histórica.

Igual de variados han sido los motivos y las causas argumentados por los expertos para determinar:

- × **qué** es la diferencia,
- × **quiénes** son los diferentes,
- × **por qué** son diferentes y
- × **cuál** es su lugar en el contexto del grupo social al que pertenecían.

Siguiendo a Aguado (1995), podemos definir dos tipos de actitudes o enfoques sociales hacia el tratamiento de la discapacidad que se pueden observar en las diferentes sociedades, desde la antigüedad hasta nuestros días

- × **Enfoque pasivo**, que establece la consideración de las deficiencias como consecuencia de razones ajenas al sujeto ante las que poco o nada puede hacerse, salvo asumir la situación resignadamente, confiando en intervenciones mágicas o milagrosas, o eliminado directamente al sujeto deficiente; posición presente, lamentablemente, durante mucho tiempo, y que aún hoy día conserva flecos de su influencia en forma de actitudes y prejuicios.
- × **Enfoque activo**, de esa posición derivan los planteamientos humanistas, médicos, psicológicos, rehabilitadores e integradores que actualmente constituyen un conjunto de actuaciones dirigidas fundamentalmente a la normalización.

## 2. Definición de ACTITUD

Triandis define la actitud como una idea cargada de emoción que predispone a una clase de acciones ante una clase particular de situaciones sociales. Esta definición abarca tres componentes: *componente cognoscitivo o cognitivo* (la idea), *componente afectivo* (la emoción asociada a la idea) y componente de *comportamiento o conductual* (la predisposición a actuar de una determinada forma).

El concepto actitud en si mismo no es observable, sino una variable interviniente entre un estímulo o referente actitudinal y determinadas respuestas que el sujeto ofrece y que permiten inferir, nunca asegurar, el tipo de actitud que el sujeto posee.

## **Importancia de las actitudes para las personas con discapacidad**

Cabría preguntarse por qué son importantes para las personas con discapacidad las actitudes que los demás manifiesten. Pues bien, lo son por múltiples razones que les afectan en tres niveles fundamentalmente;

1. En primer lugar, importancia en la **interacción con sus compañeros y con las personas relevantes de su entorno**, familiares y amigos Íntimos. Mientras que los últimos, es decir sus familiares y amigos íntimos, generalmente muestran un mayor grado de aceptación y apoyo a las personas con discapacidad, sus compañeros no tienen por qué comportarse del mismo modo, tanto en la escuela como en el entorno laboral. Sin embargo, las actitudes de unos y otros tienen un efecto importante no sólo en el desarrollo del autoconcepto del discapacitado, sino también en la socialización del individuo dentro de las actividades propias de su entorno. El "*Programa de acción mundial para personas con discapacidad*" (1988), recuerda este aspecto de la siguiente manera:

*"Para muchos niños, padecer una deficiencia supone crecer en un clima de rechazo y de exclusión de ciertas experiencias que son parte del desarrollo normal. Esta situación se puede ver agravada por la actitud y conducta inapropiadas de la familia y la comunidad durante los años críticos del desarrollo de la personalidad y de la propia imagen de los niños."*

2. En segundo lugar, **importancia en la interacción con profesionales**, tales como profesionales de la salud, educación y trabajo social, terapeutas, asesores y empresarios. Todos ellos de una u otra manera influyen en las direcciones que toma la vida de la persona con discapacidad, dado que estos profesionales son importantes proveedores de información y servicios.

3. En tercer lugar, importancia en la **influencia de la población general**. Esta influencia tan sutil pero persistente es la que dirige las interacciones diarias y la que afecta, con su ayuda o rechazo, a los estilos de vida que desarrollan las personas con discapacidad. Como ya hemos mencionado, existen actitudes negativas o ambivalentes ante las personas con discapacidad. Pero a esto creemos oportuno añadir dos ideas. En primer lugar, que los efectos de estas actitudes negativas predominantes en la población pueden minimizar incluso los efectos positivos de su rehabilitación condicionando de esta forma su recuperación. En segundo lugar, que la persistencia de estas actitudes negativas a lo largo de su vida llega a conseguir que las propias personas con discapacidad compartan los mitos sobre su discapacidad que el resto les imponen e, incluso, que valoren de forma más positiva a la persona sin discapacidad y más negativa a las personas con su misma discapacidad en procesos de rehabilitación y a las personas con otras discapacidades.

Para concluir este apartado, se puede citar un párrafo de entre los muchos que reflejan esta problemática, concretamente en el Programa de acción mundial para personas con discapacidad:

*"Con frecuencia, las actitudes y los hábitos llevan a la exclusión de las personas con discapacidad de la vida social y cultural. La gente tiende a evitar el contacto y la relación personal con ellas. A muchas de éstas les causa problemas psicológicos y sociales la presión de los prejuicios y de la discriminación de que son objeto y el alto grado en que se les excluye de la relación social normal."*

### **La relación entre la terminología en torno a la discapacidad y la actitudes.**

- ✘ Los diferentes términos empleados para referirse a las personas con discapacidad muestran una constante histórica de buscar nombres menos peyorativos y estigmatizadores. Por algo las propuestas de cambios terminológicos proceden casi siempre de profesionales o personas en contacto con la población. Las modificaciones en los términos se han propuesto con la intención de eliminar las connotaciones negativas que adquirirían los términos usados. Pero lo cierto es que, hasta ahora, cualquier término utilizado para referirse a esta población alcanza connotaciones negativas por el uso que de él se hace más que por significación que tenía previamente.

Cada uno de los cambios en las palabras con que denominamos a la población se suele presentar seriamente por profesionales de reconocido prestigio *"con el intento genuino de cambiarla imagen y el rol de las personas con discapacidad en esta sociedad. A cada una de estas reformas han seguido, años más tarde, nuevos y mejores nombres. Cada uno de estos cambios ha fallado en hacer el mundo diferente"* (Goldfarb).

- ✘ El problema puede estar en que la sociedad estima excesivamente la inteligencia, la belleza y la capacidad de ganar dinero, rechazando a aquellas personas que no son inteligentes, atractivas o que son pobres. La terminología expresa la evolución de las actitudes profesionales y sociales, pero los cambios de nombre dejan intactos los prejuicios de la mayor parte de las personas. Hemos de modificar los valores y actitudes que subyacen a esas expresiones, y no suponer que es un asunto meramente terminológico que sólo requiere un cambio de nombres.
- ✘ Todas las personas con discapacidad han sido injustamente identificadas con limitaciones o disfunciones psicológicas. Quizás por ello, se ha derivado un uso de terminología estigmatizadora y discriminatoria para identificarlas. A ello se añade la imagen negativa de la discapacidad, a la que contribuyen significativamente los medios de comunicación social presentando aspectos negativos o compasivos sobre estas personas que siempre presuponen su infelicidad o inadaptación social. Una parte importante de las representaciones o concepciones del menoscabo en nuestra tradición cultural parecen producidas por "espejos trucados" que reflejan imágenes negativas y deformadas de las personas.
- ✘ Aunque la terminología utilizada expresa las concepciones y actitudes de las personas, no podemos identificar ambas. La pluralidad de términos no es el problema, sino el que muchos de los citados términos *"son destructivos, reflejan y proyectan una imagen negativa e inmóvil del sujeto"* (Casado).
- ✘ El análisis de las actitudes hacia las personas con discapacidad tiene gran importancia en la actualidad. Todas las actitudes predominantes en un momento dado del pasado siguen presentes en diversa medida en los contextos profesionales y de la comunidad. Sin embargo, las actitudes han sido y son distintas según el tipo de deficiencia del que hablemos. Además, existen claras diferencias socioeconómicas, culturales y geográficas en esas actitudes que originan distintas manifestaciones en los estados, los grupos sociales y los individuos.

### **Las diferentes culturas profesionales**

- × Además de un posible incremento de la precisión en la denominación utilizada, el cambio terminológico nos muestra también el caos existente en el campo de la discapacidad, en el cual se utilizan muchos términos y con gran variedad de significados. Cada ámbito profesional (educación, servicios sociales, salud, etc.) ha generado sus propias concepciones, lenguajes y terminología que se diferencia de los otros en aspectos relevantes; y, dentro de cada ámbito profesional, tampoco existen acuerdos globales en el uso de la terminología debido a las distintas escuelas u orientaciones, el diferente grado de actualización de los profesionales, la carencia de un lenguaje común y los distintos roles ocupados. Esta problemática es común a todos los países, pero se agrava en el nuestro por la complicación que se añade al traducir de manera diferente términos originados en su mayor parte en el idioma inglés.
- × Atendiendo al tipo de servicios ofrecidos a la población podemos decir que, simplificando las innumerables posiciones existentes dentro de cada campo profesional, existen dos culturas relativamente distintas en el abordaje terminológico y conceptual de las personas con discapacidad y su tratamiento. Por un lado, tenemos la cultura educativa, y por otro, la cultura de servicios sociales y de salud. Los profesionales de esos sectores han generado y evolucionado sus concepciones de distinto modo. El hecho de centrarse en diferentes ámbitos de la vida y momentos evolutivos y en servicios y perspectivas de evaluación e intervención profesional también diferentes, ha generado términos y concepciones contradictorios o distintos.
- × En el **campo educativo** se ha huido de la utilización de términos descalificadores eliminado progresivamente todo etiquetado generador de marginación y de actitudes segregadoras, llegando en nuestros días a diluir lo "*especial*" en el "*curso general*" del sistema. La tendencia a la integración de la persona hace que desaparezca la necesidad de su clasificación y etiquetación, que anteriormente eran las piedras angulares del sistema educativo. El sistema educativo hoy debe valorar las necesidades educativas de cada alumno, y son muchos quienes tienen necesidades educativas especiales (nee), entre los cuales están aquellos que denominamos deficientes o retrasados. En último término, algunos autores reclaman la desaparición de etiquetas del retraso mental como categoría diagnóstica clínica, y su sustitución por evaluaciones y descripciones que reflejen una visión más integrada de la historia ambiental biosocial y de las competencias ordinarias de cognición, adaptación social, y estatus emocional de los niños. Todo ello dirigido a la obtención de datos útiles para su educación.
- × En el **ámbito de la salud y de los servicios sociales**, la preocupación por la mejora de la asistencia a la población ha llevado a proponer sistemas clasificatorios, clarificaciones terminológicas y acuerdos globales que se han plasmado de manera más expresiva en la **CIDDM** y en el **Programa de Acción Mundial para las personas con Discapacidad de la ONU**.

### **La evolución de las concepciones.**

- × Una acertada síntesis de la evolución histórica de las concepciones y mentalidades sobre la discapacidad es la propuesta por DeJong, que fue recogida en España por Puig de la Bellacasa, quien plantea un análisis histórico-crítico de las ideas, actitudes y concepciones diferenciando tres etapas: el modelo tradicional, el paradigma de la rehabilitación y el paradigma de la autonomía personal.

- × Al hablar de **modelo tradicional**, se hace referencia a la actitud mantenida de manera tradicional por la sociedad, que asigna un papel de marginación orgánico-funcional y social a las personas con discapacidad porque las ubica en un sitio marcado, en un puesto asignado, con plaza permanente entre los atípleos y los pobres, con el denominador común de la dependencia y el sometimiento. Esta manera tradicional de comportarse frente a las personas con discapacidad ha sido detenidamente analizada:  
*"los seres anormales...despiertan actitudes opuestas, pero en realidad ligadas por raíces comunes de valoración-desvaloración: el rechazo y la protección"* (Zazzo).  
El individuo con discapacidad sería a la vez entendido como manifestación de lo sagrado y como expresión del mal (Tema 1). A partir del siglo XV y XVI las personas con discapacidad se consideran "sujetos de asistencia", más tarde, en el siglo XIX, como "objeto de estudio psico-médico-pedagógico" y, posteriormente, como "sujetos de protección o tutela" y de "previsión socio-sanitaria".
  
- × El **paradigma de la rehabilitación** centra el problema en el individuo, en sus deficiencias y dificultades. Por ello, se precisa su rehabilitación (física, psíquica o sensorial) mediante la intervención profesional de diferentes especialistas que mantienen el control del proceso. Los resultados de este proceso de rehabilitación se miden por el grado de destrezas funcionales logradas o recuperadas y por la ubicación en un empleo remunerado.  
En este paradigma de rehabilitación estamos mayoritariamente inmersos los profesionales y la sociedad occidental, a pesar de que coexisten todavía muchas actitudes identificadas con el modelo tradicional. La rehabilitación supone la superación del modelo tradicional basado en actitudes de rechazo y protección, pero sigue presentando algunos problemas relativos al peso omnipotente que tiene el profesional, quien controla todo el proceso de la rehabilitación y relega a la persona con discapacidad a un papel de diente o paciente.  
Esta situación de marginalidad y dependencia del sujeto ante su proceso de rehabilitación ha sido contestada directamente por grupos de personas con discapacidad física, dando lugar al movimiento denominado *independent living*, traducido al castellano como vida independiente o autonomía personal.
  
- × El **paradigma de la autonomía personal** nace emparentado con la defensa de los derechos civiles de colectivos sedales minoritarios o marginales en Estados Unidos. Desde este movimiento por la vida independiente se subraya como elemento fundamental la autodeterminación de las personas para decidir su propio proceso de rehabilitación, y se persigue como meta prioritaria la supresión de las barreras físicas y sociales del entorno que les rodea. Esa lucha de las personas con discapacidad o minusvalía física por la eliminación de barreras tiene su paralelismo en el movimiento pro-integrador en la educación, cuya finalidad residen en facilitar el acceso de las personas con necesidades educativas especiales al entorno normalizado.  
Desde la perspectiva de la autonomía personal o vida independiente, el núcleo del problema va no reside en el sujeto sino en el entorno.  
La autonomía personal considera al minusválido como persona con derechos que consume unos servicios, y que debe tener un importante papel en la planificación y desarrollo de los mismos.
  
- × Frente a la concepción psicológica y médica rehabilitadora de la discapacidad, que se centra en el individuo para mejorar sus deficiencias o proceso de adaptación, la perspectiva planteada por el movimiento vida independiente ha generado algunas perspectivas sociológicas desde dentro de la discapacidad, proponiendo una teoría social de la misma. En este sentido, se plantea que el significado de discapacidad más que comprendido está distorsionado por las definiciones oficiales derivadas del paradigma de la rehabilitación. Esas definiciones y concepciones consideran a las personas con discapacidad como objetos pasivos de intervención, tratamiento y rehabilitación, generando consecuencias opresivas

para las personas, al reducir la discapacidad a un estado estático y violar sus componentes exponenciales y de situación.

### **Otros conceptos relacionados con las actitudes hacia las personas con discapacidad.**

- × La **integración utilitaria** refleja la actitud presente hace tres décadas en la sociedad y que aún perdura en los colectivos apegados a modelos sociales más atrasados donde las personas con discapacidad no eran objeto de marginación sino que se "*se aceptaba con resignación providencialista o fatalista a los miembros con menoscabos. Seguidamente se procuraba incorporarlos lo mejor posible a la división del trabajo en el hogar y aun en la empresa familiar; la aberración de este proceder era la explotación. Ser procuraba, igualmente, la incorporación a la vida de la comunidad mediante re/es activos, a veces marginales, a veces convencionales*" (Casado).
- × Por **exclusión aniquiladora** se entiende que, junto a la integración utilitaria –la persona con discapacidad psíquica como recadero o pregonero, y con discapacidad física como zapatero o sastre- , existía paralelamente otra perspectiva de exclusión pasiva o activa de las personas con discapacidad, particularmente con retrasos o alteraciones psíquicas. Son todavía motivo de atención en estos últimos años el descubrimiento de adultos con discapacidad mental o plurideficiencias que han sido ocultados y encerrados en su hogar durante décadas, sufriendo un trato vejatorio como animales. La exclusión pasiva era el internamiento en asilos u hospitales psiquiátricos o, en todo caso, el abandono de la responsabilidad sobre estas personas.
- × Las últimas décadas han correspondido a la **intervención técnica y especializada** sobre las personas con discapacidad. Siendo más palpable en el ámbito de la discapacidad psíquica que en otras discapacidades. Las deficiencias visuales y auditivas, los problemas del habla y los traumatismos, eran atendidos de manera especializada desde mucho antes. La perspectiva técnica ha supuesto una mejora en la calidad de la atención a personas con discapacidad, pero paralelamente ha propiciado la dominación de servicios y de los agentes especializados sobre los usuarios, así como la formación un mundo para ellos, un espacio privativo, exclusivo y excluyente.
- × La **accesibilidad**, como última etapa, ideología o paradigma de los tiempos actuales e inmediatos, está emparentada o tiene su raíz en el principio de normalización en la vida de las personas con retraso mental. Las personas con discapacidad, física, sensorial o mental, tienen derecho a una vida normal como los demás, accediendo a los mismos lugares, ámbitos y servicios, ya sean educativos, de empleo, de ocio o de otro tipo. La normalización y la integración exigen que las personas con discapacidad tengan acceso a los mismos espacios que las personas sin discapacidad, por ello se hace preciso romper las barreras físicas y sociales que impiden dicho acceso. El movimiento por la vida independiente es otro antecedente del concepto de accesibilidad. En este caso, son las propias personas con discapacidad quienes deciden tomar las riendas de sus vidas y critican la institucionalización de su atención, y proclaman su autodeterminación del proceso rehabilitador desde una perspectiva de consumidores.

### **3. CONSIDERACIONES FINALES.**

- ☺ **La discapacidad es parte integrante del ser humano.**
- ☺ **Todas las Sociedades han reaccionado ante la discapacidad, tanto de forma positiva como negativa.**
- ☺ **Es necesario estudiar el contexto para comprender las actitudes hacia la discapacidad.**
- ☺ **En algunos aspectos seguimos estancados en viejas creencias, mitos y actitudes negativas.**
- ☺ **Se ha conseguido avanzar mucho, pero aun queda mucho camino por recorrer.**

## Definiciones, conceptos y clasificaciones en torno a la Discapacidad.

En 1980 la Organización Mundial de la Salud publicó la **Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM)**. En mayo de 2001 la OMS aprobó una nueva **Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIFDS)**, que viene a sustituir a la anterior. En la tabla anterior aparecen, en la columna de la izquierda, las definiciones, conceptos básicos y las clases de los mismos reflejadas en la CIDDM. En la columna de la derecha aparecen las definiciones, conceptos básicos y clases reflejadas en la nueva CIFDS. Conviene aclarar que en la nueva clasificación los conceptos de discapacidad y minusvalía se corresponden, aproximadamente y en su conjunto a los de limitaciones en la actividad y restricciones en la participación

### 1. TERMINOLOGÍA VIGENTE: LA CIDDM

Para cualquier profesional cuyo cometido es el trato y/o la asistencia a las personas, es evidente que el proceso de comunicación es constructor del pensamiento, y que la correcta utilización de un término significa un cambio cualitativo en la comunicación que queremos conseguir.

La **Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM)** se presenta como una valiosa herramienta a la hora de elaborar cualquier tipo de documento que haga referencia a las personas, e instituciones relacionadas con estos términos.

A lo largo de la historia la terminología utilizada para referirse a las personas con algún tipo de discapacidad, deficiencia o minusvalía, ha ido variando y evolucionando, paralelamente a la tecnología aplicada a la rehabilitación y a la relación de la sociedad con sus miembros.

Dicha evolución histórica y sus razones son evidentes en los análisis efectuados por muy diversos autores y se ve claramente reflejada en multitud de publicaciones. Pero si no se lleva a cabo este análisis profundo, puede parecer que el constante cambio de terminología se debe únicamente a modas impuestas por no se sabe quién o quiénes y que no responde a una necesidad real.

El lenguaje (la comunicación) forja nuestro pensamiento y es una de las herramientas con que contamos a la hora de obtener un cambio de actitud, que en definitiva es lo que necesitamos para conseguir que las personas con discapacidad sean un miembro más de la sociedad y que no se sientan rechazadas, marginadas o menospreciadas en ningún sentido.

Esto supone que, aunque a una persona con una determinada deficiencia no le moleste que se utilicen para referirse a ella, términos tales como disminuido o deficiente, es importante que la propia persona, o las instituciones que la representan, no empleen tales términos y que, en la medida de lo posible y sin provocar enfrentamientos, indique a los demás cómo y cuándo utilizar los términos adecuados.

La *Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías* (CIDDM), preparada en los años setenta, fue publicada en 1980 por la **Organización Mundial de la Salud (OMS)** como instrumento para la clasificación de las consecuencias de las enfermedades, así como de los traumatismos y otros trastornos, y de sus repercusiones en la vida del individuo. La versión española fue publicada por el entonces **Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO)** en el año 1983.

La CIDDM, entre otras cosas, "... *pretende la supresión de un viejo hábito segregador que es el de sustantivar situaciones adjetivas de la persona, lo que conduce a la etiquetación y a la*



*consolidación de la marginación." "... nos hallamos ante un medio importante para que, partiendo de un rigor técnico nuevo, reorientemos la labor de información y educación pública y el esfuerzo para el cambio de mentalidades, actitudes y procederes ante el problema de las deficiencias y, sobre todo, aplicaría correctamente será esencial para eliminar el encasillamiento y la etiquetación deshumanizante y simplista".*

Vamos pues a ver cuales son los términos adecuados, su integración y aplicación, según la CIDDM y las "Pautas de estilo. Discapacidad y Medios de Información" editadas por el Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía:

## 1.1. DEFICIENCIA

**Dentro de la experiencia de la salud, una deficiencia es toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.**

Esta definición hace referencia a las anomalías de la estructura corporal y de la apariencia, y a la función de un órgano o sistema, cualquiera que sea su causa; en principio, las deficiencias representan trastornos a nivel de órgano.

Por tanto, no es correcto referirse a una persona que tiene una deficiencia con el nombre de la deficiencia en cuestión. Por ejemplo, referirse a una persona con síndrome de Down como "un Down".

Además, la clasificación de deficiencias es muy extensa y exacta. Así por ejemplo, dice del término sordo que "*debe aplicarse sólo a aquellos individuos cuya deficiencia de oído es tan severa que no pueden beneficiarse de ninguna amplificación*"; sin embargo, coloquialmente solemos decir "fulano es sordo" cuando en realidad no tiene deficiencia alguna, o la deficiencia tiene un carácter débil.

El que un término científico, o nombre de una deficiencia, se llegue a popularizar, en algunos casos ha servido para conseguir una mejor comprensión de lo que realmente le ocurre a la persona que tiene esa deficiencia. Es el caso de las campañas sobre el Síndrome de Down. Se ha conseguido para las personas con este síndrome sacarlas de la etiqueta de subnormales o mongólicos, pero en definitiva se las vuelve a etiquetar, si no se antepone el concepto de persona al tipo de deficiencia que tiene, dando a entender que todas las personas con una deficiencia determinada son exactamente iguales.

Por ejemplo, la CIDDM nos presenta entre las:

8.- Deficiencias Desfiguradoras; los desfiguramientos de las regiones de la cabeza y del tronco y entre estos, "82.- Otro desfiguramiento de la cabeza - 82.4.- Calvicie, parcial o completa"

Es decir, todas las personas calvas tienen una deficiencia, pero no por esta razón vamos a llamar deficiente a un señor, simplemente porque carezca de pelo en la cabeza. Este ejemplo nos puede servir para comprender que el término deficiente debe utilizarse siempre en un contexto adecuado, es decir, **referido a cosas pero nunca a personas**, por ejemplo podemos usarlo para referirnos a una iluminación deficiente o a un trabajo deficiente.

Relación de categorías de deficiencias:

1. Deficiencias intelectuales
2. Otras deficiencias psicológicas

3. Deficiencias del lenguaje
4. Deficiencias del órgano de la audición
5. Deficiencias del órgano de la visión
6. Deficiencias viscerales
7. Deficiencias músculo esqueléticas
8. Deficiencias desfiguradoras.
9. Deficiencias generalizadas, sensitivas y otras

Cada una de las categorías de primer dígito se dividen en otras de segundo dígito y estas a su vez pueden estar divididas en otras de tercer dígito. Para completar esta clasificación recomendamos la lectura del libro "Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. Manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad" editado por el IMSERSO.

## 1.2. DISCAPACIDAD

**Dentro de la experiencia de la salud, una discapacidad 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.**

Es entonces, la objetivación de los efectos de la deficiencia, el proceso por el cual una limitación funcional se manifiesta como una realidad en la vida diaria, con lo cual el problema se hace objetivo al interferir las actividades corporales.

"Cuando se intenta aplicar el concepto de discapacidad hay que tener mucho cuidado con la forma en que se expresan las ideas. Como se refiere especialmente a las actividades, la discapacidad tiene relación con lo que ocurre (la práctica) en un sentido relativamente neutro, más que con lo absoluto o lo ideal y con cualquier juicio que se pueda hacer al respecto. Decir que alguien tiene una discapacidad es mantener la neutralidad, ya que son posibles distintos matices de interpretación en relación con su potencial. Sin embargo, las afirmaciones formuladas en el sentido de lo que alguien es en vez de lo que alguien tiene, suelen ser más categóricas y negativas. Por eso, cuando se habla de que alguien está discapacitado, como si con ello se hiciera una descripción convincente de este individuo, se corre el peligro de resultar ofensivo y de crear un estigma."

**Debemos por tanto hablar de personas con discapacidad y nunca de discapacitados.** El término discapacidad es el término comodín, y es un término al que solemos recurrir siempre que no podemos o no queremos ser más precisos. Pero como veremos más adelante, se puede tener una deficiencia sin por ello tener una discapacidad y se puede tener una minusvalía sin que medie una discapacidad.

Relación de categorías de discapacidades:

1. Discapacidades de la conducta
2. Discapacidades de la comunicación
3. Discapacidades del cuidado personal
4. Discapacidades de la locomoción
5. Discapacidades de la disposición del cuerpo
6. Discapacidades de la destreza
7. Discapacidades de situación
8. Discapacidades de una determinada aptitud
9. Otras restricciones de la actividad

Cada una de las categorías de primer dígito se dividen en otras de segundo dígito y estas a su vez pueden estar divididas en otras de tercer dígito. Para completar esta clasificación recomendamos la lectura del libro "Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. Manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad" editado por el IMSERSO.

### 1.3. MINUSVALÍA

**Dentro de la experiencia de la salud, minusvalía es una situación desventajosa 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).**

En la definición de este concepto se destacan por primera vez, las características personales del individuo, los factores sociales y los factores culturales.

"La minusvalía se caracteriza por una discordancia entre (a actuación o estatus del individuo y las expectativas del grupo concreto al que pertenece. La desventaja se acrecienta como resultado de su imposibilidad de adaptarse a las normas de su mundo. La minusvalía es por ello un fenómeno social, que representa las consecuencias sociales y ambientales que se derivan para el individuo por el hecho de tener deficiencias y discapacidades."

Pero la minusvalía no sólo se produce por la desventaja que tiene una persona, a la hora de cumplir un rol o llevar a cabo una acción, debida a una deficiencia y discapacidad. También se produce por la respuesta de la sociedad hacia la situación de dicha persona y la sociedad responde de distinta manera según las deficiencias sean visibles o invisibles y las desventajas graves o ligeras.

La CIDDM, como vemos, pone el acento en la responsabilidad social y en las diferencias culturales a la hora de conceptualizar a alguien como persona con minusvalía. A continuación podemos ver dos ejemplos extraídos de la edición española, en la sección de clasificación de minusvalías:

## 2 MINUSVALÍAS DE INDEPENDENCIA FÍSICA

### Categorías de la escala

#### 2 - Independencia adaptada (no en la categorías 3-9)

*La adscripción a esta categoría presupone dos condiciones. Primero que el entorno inmediato, habitual en la forma de vida del individuo y del grupo de que forma parte, cree obstáculos físicos para la independencia, por ejemplo barreras estructurales o arquitectónicas, como escalones o escaleras (para los fines de esta categoría el entorno inmediato debe interpretarse como la vivienda); y, en segundo lugar, que el potencial para crear o lograr un entorno alternativo exista dentro de dicha cultura.*

*Por ejemplo, alguien que habita una vivienda lacustre encuentra obstáculos para trepar por una escala que le eleva a su vivienda, pero los medios para un entorno alternativo no se dan en dicha cultura.*

Otro ejemplo lo encontramos en las notas a las reglas para la asignación, en las categorías de la clasificación de la minusvalía de la movilidad:

*b).- El grado de desventaja depende de las normas culturales y ello se puede apreciar claramente en un problema dentro de las sociedades urbanizadas. La actitud de los conductores de autobús de una zona puede constituir un impedimento para las personas "discapacitadas" que viven en ella, hasta el punto de que dejen de utilizar los transportes públicos; en cambio, en otra zona donde los conductores tengan una actitud más comprensiva, habrá personas con el mismo tipo de discapacidad que utilizarán dichos transportes sin problemas. Esto supone un enfrentamiento entre la constancia semántica que una categoría signifique lo mismo en todas partes y la posibilidad de que la clasificación refleje las necesidades del individuo. La clasificación de la minusvalía se ha concebido fundamentalmente en relación con este último objetivo, y sólo de forma secundaria para realizar comparaciones transculturales.*

Queda claro entonces que la minusvalía depende siempre de la relación de la persona con su entorno y que en parte es responsabilidad de la sociedad eliminar las barreras que crean la desventaja o situación de minusvalía.

#### Relación de categorías de minusvalías de:

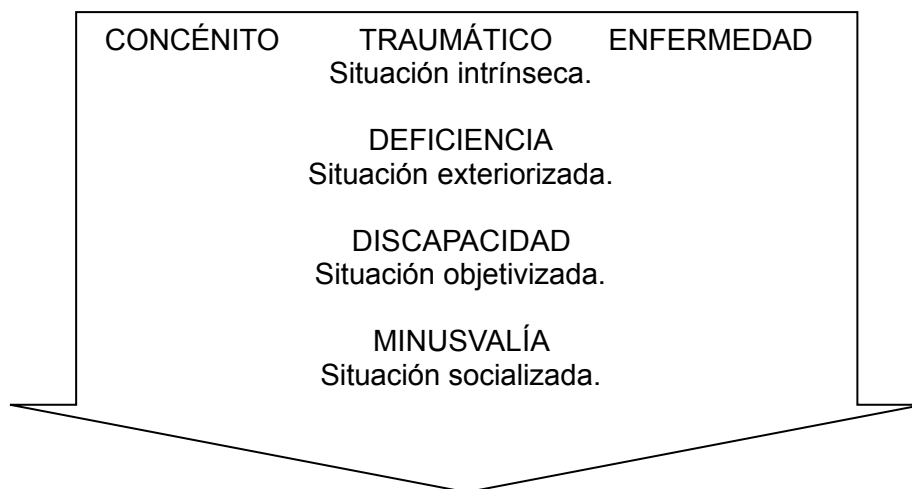
1. Minusvalía de orientación
2. Minusvalía de independencia física
3. Minusvalía de la movilidad
4. Minusvalía ocupacional
5. Minusvalía de integración social
6. Minusvalía de autosuficiencia económica
7. Otras minusvalías

*Cada una de las categorías de primer dígito se dividen en otras de segundo dígito y estas a su vez pueden estar divididas en otras de tercer dígito. Para completar esta clasificación recomendamos la lectura del libro "Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. Manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad" editado por el IMSERSO.*

## 2. TERMINOLOGÍA VIGENTE: INTEGRACIÓN DE CONCEPTOS.

### 2.1. Integración de conceptos

Los términos se relacionan de la siguiente manera:



Aunque la secuencia puede dar la impresión de que existe una relación lineal entre cada uno de los términos, la realidad es un poco más compleja. *"En primer lugar, la minusvalía puede ser consecuencia de una deficiencia sin que medie un estado de discapacidad. Una desfiguración puede dar lugar a problemas en relación con las normas habituales en el trato social, y por ello puede constituir un inconveniente completamente real, aparte del complejo que puede sentir el propio individuo desfigurado. Sin embargo, en este ejemplo sería difícil identificar una discapacidad que hiciera de mediadora entre la desfiguración y la situación de desventaja. De la misma manera, un niño que padezca una enfermedad celíaca, que está funcionalmente delimitada, puede ser capaz de llevar una vida bastante normal y no sufrir restricciones en su actividad; sin embargo, podría experimentar una desventaja por no poder seguir un régimen de comidas normal. Mayor importancia que la existencia de estas secuencias incompletas la tiene la posibilidad de que se produzca una interrupción en una de las fases. Así, se puede tener una deficiencia sin tener una discapacidad, y se puede tener una discapacidad sin tener una minusvalía. ... Por ejemplo, un individuo con artritis reumatoide puede tener sólo una discapacidad ligera y, sin embargo, tener una importante desventaja minusvalía mientras que otra persona con la misma enfermedad y con una discapacidad mucho más grave puede, quizá gracias al mayor apoyo encontrado en su familia o en la organización social, experimentar una desventaja considerablemente menor"*.

Aunque la secuencia puede dar la impresión de que existe una relación lineal entre cada uno de los términos, la realidad es un poco más compleja. *"En primer lugar, la minusvalía puede ser consecuencia de una deficiencia sin que medie un estado de discapacidad. Una desfiguración puede dar lugar a problemas en relación con las normas habituales en el trato social, y por ello puede constituir un inconveniente completamente real, aparte del complejo que puede sentir el propio individuo desfigurado. Sin embargo, en este ejemplo sería difícil identificar una discapacidad que hiciera de mediadora entre la desfiguración y la situación de desventaja. De la misma manera, un niño que padezca una enfermedad celíaca, que está funcionalmente delimitada, puede ser capaz de llevar una vida bastante normal y no sufrir restricciones en su actividad; sin embargo, podría experimentar una desventaja por no poder seguir un régimen de comidas normal. Mayor importancia que la existencia de estas secuencias incompletas la tiene la posibilidad de que se produzca una interrupción en una de las fases. Así, se puede tener una deficiencia sin tener una discapacidad, y se puede tener una discapacidad sin tener una minusvalía. ... Por ejemplo, un individuo con artritis reumatoide puede tener sólo una discapacidad ligera y, sin embargo, tener una importante desventaja minusvalía mientras que otra persona con la misma enfermedad y con una discapacidad mucho más grave puede, quizá*

*gracias al mayor apoyo encontrado en su familia o en la organización social, experimentar una desventaja considerablemente menor".*

Además, ocurre que algunas discapacidades pueden enmascarar el reconocimiento de otras capacidades. Es el caso, por ejemplo, de las deficiencias de lenguaje que presentan algunas personas con parálisis cerebral, y que hacen pensar a muchas personas que la parálisis cerebral significa un retraso mental. También, puede ocurrir que la existencia de una determinada minusvalía de lugar a una discapacidad y/o deficiencia antes inexistente.

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

- 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.
- 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.
- La discapacidad intelectual es una deficiencia, pero en algunos casos quizá no llegue a producir una restricción considerable de la actividad; son otros factores distintos de la deficiencia los que pueden provocar la minusvalía. pues el inconveniente a que nos referimos puede ser insignificante si el sujeto vive en una comunidad rural apartada, mientras que sería muy importante si se tratase del hijo de un matrimonio universitario que vive en una gran ciudad y del que se podría esperar más. (Este ejemplo demuestra que cualquier intento de establecer diferencias entre componentes intrínsecos y extrínsecos de la minusvalía, equivale de hecho a ignorar la propiedad fundamental de este concepto, que expresa la resultante de la interacción entre lo intrínseco y lo extrínseco; identificándose el aspecto intrínseco a través de las deficiencias y discapacidades que pueda haber).
- Quizá 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.
- Finalmente, puede producirse la misma minusvalía en situaciones diferentes, y, por lo mismo, como resultado de discapacidades distintas. Así, puede ocurrir que sea difícil mantener la higiene personal, pero sus antecedentes podrían ser muy distintos cuando se traía de alguien acostumbrado a usar el lavabo, que cuando es una persona que normalmente se lava en un lago o en un río de aguas rápidas o incluso en una zona desértica.

## 2.2. Aplicación de la terminología

Los términos deficiencia, discapacidad y minusvalía, generalmente se presentan ligados a otra palabra para describirlos mejor. Los adjetivos descriptivos "mental" y "físico" pueden aplicarse correctamente a las deficiencias, pero su utilización en relación con las discapacidades es poco precisa y, si se trata de minusvalías, completamente inadecuada. El ejemplo de la parálisis cerebral nos puede servir para comprender mejor este punto: Puesto que la parálisis cerebral supone una lesión de distinto grado en el sistema nervioso central de cada persona, no podemos decir que las personas con parálisis cerebral tienen una discapacidad "mental" ni mucho menos que tienen una minusvalía "mental".

La CIDDM recomienda que además de buscar términos descriptivos diferentes, se utilicen palabras de distinta naturaleza gramatical. Así, para las cualidades representadas por las deficiencias es apropiado un adjetivo derivado de un sustantivo, en tanto que para las actividades que aparecen como discapacidades se ha considerado más oportuno utilizar una palabra de origen verbal para destacar su carácter dinámico. No ha sido posible llegar en este sentido a una coherencia total, pero al menos se puede apreciar que hay una tendencia a lograrlo.

Los siguientes ejemplos nos pueden facilitar la comprensión de lo anteriormente expuesto:

Deficiencia	Discapacidad	Minusvalía
El lenguaje	para hablar	
Del órgano de la audición	para escuchar	de orientación
Del órgano de la visión	para ver	
Músculo-esquelética	Para arreglarse	De independencia física
	Para alimentarse	
	De ambulación	de movilidad
Psicológica	de la conducta	de integración social

Si hacemos nuestros los objetivos de las pautas de estilo sobre discapacidad y medios de información, editadas por el Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, y los tomamos como principios para cualquier tipo de documento que vayamos a editar, el resultado seguramente se atenderá a las normas de la CIDDM.

Dichos objetivos los podemos redefinir como sigue;

- Reflejar siempre la discapacidad tal cual es, incluyendo las capacidades subsistentes.
- Ofrecer un panorama realista sobre las posibilidades de la acción preventiva, de la rehabilitación, y de las medidas de accesibilidad.
- Presentar a las personas con discapacidad de tal modo que prevalezca su condición sustantiva de personas, sobre la circunstancia adjetiva de la discapacidad.

### 3. La CIFDS (ó CIDDM-2).

#### 3.1. Antecedentes

##### La Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud.

El objetivo principal de la clasificación CIDDM-2 es proporcionar un lenguaje unificado y estandarizado que sirva como punto de referencia para la descripción de la salud y los estados relacionados con la salud. La clasificación revisada define los componentes de la salud y algunos componentes del bienestar relacionados con la salud (como educación, trabajo, etc.) para su descripción y valoración. Los dominios de la CIDDM-2 pueden, por tanto, ser vistos como dominios de salud y dominios relacionados con la salud. Estos dominios están descritos desde una perspectiva corporal, individual y social a través de dos listados básicos: **(1) Funciones y Estructuras Corporales** y **(2) Actividades-Participación**.

Como clasificación, la CIDDM-2 agrupa sistemáticamente distintos dominios de una persona en un determinado estado de salud (ej. lo que una persona con una enfermedad hace o puede hacer). **Funcionamiento** se refiere a todas las Funciones Corporales, Actividades y Participación como un término baúl; de manera similar, **discapacidad** es usado como un término baúl para incapacidades, limitaciones en la actividad, o restricción en la participación.

La CIDDM-2 también enumera Factores Contextuales que interactúan con estos constructos. En este sentido, proporciona un perfil útil del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud del individuo en varios dominios.

La CIDDM-2 pertenece a la "familia" de clasificaciones desarrolladas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para su aplicación a varios aspectos, de la salud. El conjunto de clasificaciones de la OMS proporciona el marco para codificar un amplio rango de información acerca de la salud (ej. diagnóstico, funcionamiento y discapacidad, razones para contactar con los servicios de salud) y provee un lenguaje estandarizado y único que posibilita la comunicación en todo el mundo sobre la salud y la atención sanitaria entre diferentes disciplinas y ciencias.

En las clasificaciones internacionales de la OMS, los estados de salud (enfermedades, trastornos, lesiones, etc.) se clasifican principalmente en la CIE-10 (la **Clasificación Internacional de Enfermedades**, Décima Revisión), la cual aporta un marco etiológico. El funcionamiento y la discapacidad asociados con las condiciones de salud se clasifican en la CIDDM-2. Por lo tanto, la CIE-10 y la CIDDM-2 son complementarias, por lo que se anima a los usuarios a que utilicen estos dos elementos de la familia de clasificaciones internacionales de la OMS conjuntamente, siempre que sea apropiado.

La CIE-10 proporciona un diagnóstico de enfermedades, trastornos u otras condiciones de salud y esta información se ve enriquecida por la que aporta la CIDDM-2 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, lo cual podría facilitar la toma de decisiones.

La familia de clasificaciones internacionales de la OMS proporciona una herramienta útil para describir y comparar la salud de la población en un contexto internacional. La información sobre la mortalidad (proporcionada por la CIE-10) y sobre las consecuencias de salud (aportada por la CIDDM-2) debe ser combinada con medidas que resuman la salud de la población para supervisar la salud de la población y su distribución, y también para evaluar la contribución de diferentes causas.



La CIDDM-2 ha pasado de ser una clasificación de "**consecuencias de enfermedades**" (versión de 1980) a una clasificación de "**componentes de salud**".

Los "componentes de salud" identifican lo que constituye la salud, mientras que las "consecuencias" se centran en el impacto resultante de las enfermedades y otras condiciones de salud. En este sentido la CIDDM-2 toma una posición neutral en relación con la etiología de modo que los investigadores puedan desarrollar relaciones causales utilizando métodos científicos apropiados. De forma similar, esta aproximación es también diferente de los "determinantes" de salud o de la aproximación de los "factores de riesgo". Para permitir el estudio de determinados factores de riesgo, la CIDDM-2 incluye una lista de **Factores Contextuales** que describen el contexto en el que vive el individuo.

### **3.2. Objetivos de la cidm-2**

La CIDDM-2 es una clasificación diseñada con múltiples propósitos para servir a varias disciplinas y diferentes sectores. Los principales objetivos de la clasificación pueden resumirse de la siguiente manera:

- Proporcionar una base científica para entender y estudiar la salud y los estados relacionados con la salud, sus consecuencias y los determinantes;
- Establecer un lenguaje común para describir la salud y los estados funcionales asociados con la salud, con el fin de mejorar la comunicación entre distintos usuarios, como profesionales de la salud, investigadores, proveedores de políticas y el público, incluyendo personas con discapacidad;
- Permitir la comparación de datos entre países, entre disciplinas relacionadas con la atención médica, 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 de la salud.

Estos objetivos están interrelacionados, ya que la necesidad y el uso de la CIDDM-2 requiere la construcción de un sistema que sea apropiado y útil para ser aplicado en distintos usos, en política sanitaria, como garantía de calidad, y para la evaluación de resultados en diferentes culturas.

### **3.3. Aplicaciones de la CIDDM-2**

Desde su publicación como una primera versión en 1980, la CIDDM ha sido utilizada para varios propósitos, por ejemplo:

- ✗ Como herramienta estadística, en la recopilación y registro de datos (ej. en encuestas y estudios de población o en sistemas de información);
- ✗ Como herramienta de investigación, para medir resultados, calidad de vida o factores contextuales;
- ✗ Como herramienta clínica, en la valoración de necesidades, para asociar tratamientos con condiciones específicas de salud, en la valoración vocacional, en la rehabilitación y en la evaluación de resultados;
- ✗ Como herramienta de política social, en la planificación de sistemas de seguridad social, sistemas de compensación, y para la implantación y diseño de políticas;
- ✗ Como herramienta educativa, para diseño del "currículum", y para aumentar la concienciación de la sociedad y para poner en marcha actividades sociales.

Ha sido aceptada como una de las clasificaciones sociales de las Naciones Unidas e incorpora las Normas Uniformes para la Equiparación de Oportunidades para las Personas con Discapacidad. Como tal, la CIDDM-2 nos aporta un instrumento apropiado para la implantación de los mandatos internacionales sobre los derechos humanos, así como de legislaciones nacionales.

La CIDDM-2 es aplicada por un amplio espectro de usuarios, por ejemplo, seguridad social, evaluación de la atención médica y en estudios de población en el ámbito local, nacional e internacional. Ofrece un marco de referencia conceptual para la información que es aplicable a la atención médica personal, incluyendo la prevención, la promoción de la salud y la mejora de la participación, eliminando o mitigando los obstáculos sociales y promoviendo el desarrollo de soportes sociales y elementos facilitadores. También es relevante para el estudio de los sistemas de atención de la salud, tanto para la formulación como para la evaluación de políticas.

*(Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad)*

#### 1 Requisitos para la igualdad de participación

- Art. 1 Mayor toma de conciencia
- Art. 2 Atención médica
- Art. 3 Rehabilitación
- Art. 4 Servicios de apoyo

#### 2 Esferas previstas para la igualdad de participación

- Art. 5 Posibilidades de acceso a) Entorno físico b) Información y comunicación
- Art. 6 Educación
- Art. 7 Empleo
- Art. 8 Mantenimiento de los ingresos y seguridad social
- Art. 9 Vida en familia e integridad personal
- Art. 10 Cultura
- Art. 11 Actividades recreativas y deportivas
- Art. 12 Religión

### 3 Medidas de ejecución

- Art. 13 Información e investigación
- Art. 14 Cuestiones normativas y de planificación
- Art. 15 Legislación
- Art. 16 Política económica
- Art. 17 Coordinación de los trabajos
- Art. 18 Organizaciones de personas con discapacidad
- Art. 19 Capacitación del personal
- Art. 20 Supervisión y evaluación
- Art. 21 Cooperación técnica y económica
- Art. 22 Cooperación internacional

Extraídas de /as Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las personas con discapacidad. Publicadas por el Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía. 1996.

## **4. Propiedades de la CIDDM-2.**

Una clasificación debería ser clara acerca de lo que clasifica: su universo, su ámbito y cobertura, sus unidades de clasificación, su organización y cómo estos elementos están estructurados en términos de su relación recíproca. Los siguientes apartados intentan explicar a los usuarios algunas de las propiedades de la CIDDM-2.

### **4.1. Universo de la CIDDM-2**

La CIDDM-2 abarca todos los aspectos de la salud y algunos componentes relevantes de la salud relacionados con el bienestar y los describe como dominios de salud y dominios relacionados con la salud. La clasificación se circunscribe al amplio contexto de la salud y no cubre circunstancias que no están relacionadas con la salud, como aquellas originadas por factores socioeconómicos. Por ejemplo, hay personas que pueden tener restringida la capacidad de ejecutar determinadas tareas en su entorno habitual debido a su raza, sexo, religión u otras características socio-económicas, pero éstas no son restricciones de participación relacionadas con la salud, tal y como las clasifica la CIDDM-2.

Muchas personas consideran, erróneamente, que la CIDDM-2 trata únicamente sobre personas con discapacidades; sin embargo es válida para cualquier persona. La salud y los estados relacionados con la salud asociados con cualquier condición de salud pueden ser descritos utilizando la CIDDM-2. En otras palabras, la CIDDM-2 tiene una aplicación universal.

## 4.2. Ámbito de la CIDDM-2

La CIDDM-2 proporciona una descripción de situaciones relacionadas con el funcionamiento humano y la discapacidad y sirve como marco de referencia para organizar esta información. Proporciona una estructura para presentar la información de un modo significativo, interrelacionado y fácilmente accesible.

La CIDDM-2 organiza la información en dos partes: **(1) Funcionamiento y Discapacidad, y (2) Factores Contextuales:**

### 1. Componentes del funcionamiento y la discapacidad

(a) El componente del Cuerpo consta de dos clasificaciones, una para las funciones de los sistemas corporales, y otra para las estructuras del cuerpo. Los capítulos de ambas clasificaciones están organizados siguiendo los sistemas corporales.

(b) El componente de las Actividades y Participación cubre el rango completo de dominios que denotan aspectos de) funcionamiento tanto desde una perspectiva individual como social.

### 2. Factores contextuales

(a) Una lista de Factores Ambientales forma parte de los factores contextuales. Los Factores Ambientales ejercen un impacto en todos los componentes del funcionamiento y la discapacidad y están organizados partiendo del entorno más inmediato al individuo y llegando hasta el entorno general.

(b) Los Factores Personales son un componente de los factores contextuales pero no están clasificados en la CIDDM-2 debido a la gran variabilidad social y cultural asociada con ellos.

Los componentes del funcionamiento y la discapacidad de la CIDDM-2 pueden ser empleados de dos maneras. Por un lado pueden ser utilizados para indicar problemas (ej., deficiencias, limitación en la actividad o restricción en la participación; todos ellos incluidos bajo el concepto global de discapacidad). Por otro lado pueden indicar aspectos no problemáticos (ej. neutrales) de la salud y de aspectos relacionados con la salud (incluidos los aspectos bajo el término genérico de funcionamiento).

Los términos **funciones y estructuras corporales**, así como **actividades y participación** sustituyen a los términos usados previamente en la CIDDM como "deficiencia", "discapacidad" y "minusvalía".

El funcionamiento y la discapacidad **en la** (y no **de la**) persona se concibe como una interacción dinámica entre los estados de salud (enfermedades, trastornos, lesiones, traumas, etc.) y los factores contextuales. Los factores contextuales incluyen tanto factores personales como factores ambientales. La CIDDM-2 incluye un esquema exhaustivo de los factores contextuales como un componente esencial de la clasificación. Los Factores Ambientales interactúan con todos los componentes del funcionamiento y la discapacidad. El constructo básico de los factores ambientales es el impacto facilitador o de barrera de los aspectos del mundo físico, social y actitudinal.

### **4.3. Unidad de clasificación**

La CIDDM-2. Clasifica la salud y los estados relacionados con la salud. Las unidades de clasificación son, por tanto, las categorías en cada dominio de salud y de estados relacionados con la salud. Es importante advertir que la CIDDM-2 no utiliza a las personas como unidades de clasificación; es decir, **la CIDDM-2 no clasifica personas**, pero **describe la situación de cada persona con un problema en el dominio de la salud** o de algún estado relacionado con la salud. Además la descripción siempre se hace en el contexto de los Factores Ambientales y Personales.

### **4.4. Presentación de la CIDDM-2**

La CIDDM-2 se presenta en dos versiones con el fin de satisfacer las necesidades referentes al nivel de detalle de los diferentes usuarios.

La versión completa de CIDDM-2 proporciona cuatro niveles de detalle. Esos cuatro niveles pueden agruparse en un sistema de clasificación de grado superior que incluye todos los dominios del segundo nivel. Los dos niveles del sistema de clasificación están también disponibles como una versión corta de la CIDDM-2.

## **5. Definiciones de las intervenciones hacia las personas con discapacidades**

(Extraídas del Programa de Acción Mundial para las personas con Minusvalía de la ONU)

### **2.5.1. Prevención**

Significa la adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, mentales y sensoriales (prevención primaria) o a impedir que las deficiencias, cuando se han producido, tengan consecuencias físicas, psicológicas y sociales negativas.

### **2.5.2. Rehabilitación**

Es un proceso de duración limitada y con un objetivo definido, encaminado a permitir que una persona con deficiencia alcance un nivel físico, mental y/o social funcional óptimo, proporcionándole así los medios de modificar su propia vida. Puede comprender medidas encaminadas a compensar la pérdida de una función o una limitación funcional (por ejemplo, ayudas técnicas) y otras medidas encaminadas a facilitar ajustes o reajustes sociales.

## **5.3. Equiparación de oportunidades**

Significa el proceso mediante el cual el sistema general de la sociedad -tal como el medio físico y cultural, la vivienda y el transporte, los servicios sociales y sanitarios, las oportunidades de educación y trabajo, la vida cultural y social, incluidas las instalaciones deportivas y de recreo- se hace accesible para todos.

## **6. BIBLIOGRAFÍA.**

- *Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM)*, (OMS) publicada por el **Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO)** en 1983.
- OMS (2001) **Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIFDS)**.

CIDDM	CIFDS
<p><b>DEFICIENCIA</b></p> <p>"Dentro de la experiencia de la salud una deficiencia es toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica"</p> <p><b>CLASES</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Deficiencias intelectuales</li> <li>2. Otras deficiencias psicológicas</li> <li>3. Deficiencias del lenguaje</li> <li>4. Deficiencias del órgano de la audición</li> <li>5. Deficiencias del órgano de la visión</li> <li>6. Deficiencias viscerales</li> <li>7. Deficiencias músculo-esqueléticas</li> <li>8. Deficiencias desfiguradoras</li> <li>9. Deficiencias generalizadas, sensitivas y otras</li> </ol>	<p><b>DEFICIENCIAS</b></p> <p>"Son problemas en las funciones o estructuras corporales, tales como una desviación significativa o una pérdida"</p> <p><b>FUNCIONES CORPORALES</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Funciones mentales.</li> <li>2. Funciones sensoriales y dolor.</li> <li>3. Funciones de la voz y del habla.</li> <li>4. Funciones de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio.</li> <li>5. Funciones de los sistemas digestivo, metabólico y endocrino.</li> <li>6. Funciones genitourinarias y reproductoras.</li> <li>7. Funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el Movimiento.</li> <li>8. Funciones de la piel y estructuras relacionadas</li> </ol> <p><b>ESTRUCTURAS CORPORALES</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estructuras del sistema nervioso</li> <li>2. El ojo, el oído y estructuras relacionadas</li> <li>3. Estructuras relacionadas con la voz y el habla</li> <li>4. Estructuras de los sistemas cardiovascular, inmunológico y respiratorio</li> <li>5. Estructuras relacionadas con los sistemas digestivo metabólico y endocrino</li> <li>6. Estructuras relacionadas con el sistema urogenital y el sistema reproductor</li> <li>7. Estructuras relacionadas con el movimiento</li> <li>8. Piel y estructuras relacionadas</li> </ol>
<p><b>DISCAPACIDAD</b></p> <p>"Dentro de la experiencia de la salud una discapacidad 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><b>CLASES</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Discapacidades de la conducta.</li> <li>2. Discapacidades de la comunicación.</li> <li>3. Discapacidades del cuidado personal.</li> <li>4. Discapacidades de la locomoción.</li> <li>5. Discapacidades de la disposición del cuerpo.</li> <li>6. Discapacidades de la destreza.</li> <li>7. Discapacidades de la situación.</li> <li>8. Discapacidades de una determinada aptitud.</li> <li>9. Otras restricciones de la actividad.</li> </ol>	<p><b>LIMITACIONES EN LA ACTIVIDAD (Discap)</b></p> <p>"Son dificultades que un individuo puede tener en el desempeño/realización de actividades"</p> <p><b>RESTRICCIONES EN LA PARTICIPACIÓN (Minus)</b></p> <p>"Son problemas que un individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales"</p> <p><b>ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aprendizaje y aplicación del conocimiento.</li> <li>2. Tareas y demandas generales.</li> <li>3. Comunicación.</li> <li>4. Movilidad.</li> <li>5. Cuidado personal.</li> <li>6. Vida doméstica.</li> <li>7. Interacciones y relaciones interpersonales.</li> <li>8. Áreas principales de la vida.</li> <li>9. Vida comunitaria, social y cívica.</li> </ol>
<p><b>MINUSVALIA</b></p> <p>"Dentro de la experiencia de la salud minusvalía es una situación desventajosa 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)</p> <p><b>CLASES</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Minusvalía de orientación.</li> <li>2. Minusvalía de independencia física.</li> <li>3. Minusvalía de movilidad.</li> <li>4. Minusvalía ocupacional.</li> <li>5. Minusvalía de integración social.</li> <li>6. Minusvalía de autosuficiencia económica.</li> <li>7. Otra minusvalía</li> </ol>	<p><b>FACTORES CONTEXTUALES</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Productos y tecnología.</li> <li>2. Entorno natural y cambios en el entorno derivados de la actividad humana.</li> <li>3. Apoyo y relaciones.</li> <li>4. Actitudes.</li> <li>5. Actitudes.</li> <li>6. Servicios, sistemas y políticas</li> </ol>

## Intervención Educativa en el ámbito de la Discapacidad.

### 1. INTRODUCCIÓN.

Como ya se comentó en el tema 1, los tipos de actuación que se han ido produciendo de forma histórica en lo que se refiere a la educación de las personas con discapacidad, han ido variando hacia principios y directrices de actuación claramente positivas en las últimas décadas. De la desatención y marginación iniciales se pasó a la Educación Especial, y vista la **segregación** que esta generaba se pasó a la Normalización e **Integración** de las personas en un ambiente menos restrictivo, lo que dio lugar a la **Inclusión Educativa, laboral y social** de los individuos basadas en las modificaciones ambientales (Verdugo, 2003)



Sin embargo, esta relación pudiera parecer lineal y exclusiva, es decir, que había que considerar que solo la inclusión ya es válida. Sin embargo los tres conceptos siguen vigentes, y si se usan de forma coherente, siguen siendo muy válidos para mejorar la vida de los niños con discapacidad. Esto no tiene nada que ver con las tendencias sobre la educación que a lo largo del tiempo han estado presentes, que es necesario conocer y que han permitido llegar a las concepciones positivas actuales.

### 2. SEGREGACIÓN.

Segregación significa separación. Por tanto en el ámbito de la Educación de personas con discapacidad significa educar aparte del resto de niños y niñas. Las primeras iniciativas educativas que se consideraron en torno a la discapacidad, a pesar de que fueron determinantes para la mejora de la calidad de vida, fueron claramente segregadoras. Debido al cambio de actitud mencionado en el apartado anterior, actualmente se podría considerar que cualquier iniciativa en torno a la segregación puede ser perjudicial o no ir acorde con las corrientes actuales. Sin embargo, hay una serie de circunstancias en que el uso de la segregación durante la intervención educativa puede estar justificado, concretamente cuando el alumno tiene dificultad en algún aspecto en concreto que requiere atención específica. Por supuesto, este tipo de actuación debe realizarse solo en casos muy concretos, primando el beneficio del niño o niña, y reducidos al ámbito educativo, es decir, que nunca estaría justificado en otros ámbitos de la vida.

Podemos distinguir tres tipos de segregación:

**Segregación puntual:** Se produce cuando se separa al alumno en ocasiones puntuales, como por ejemplo las horas de apoyo escolar que se dan en colegios e institutos.

**Segregación Temporal:** Cuando la segregación se hace por un espacio prolongado en el tiempo, pero que tiene como objetivo potenciar aspectos concretos del individuo para que pueda seguir incluido en el aula.

**Segregación Permanente:** Sería aquellas situaciones en las que debido a unas características específicas (como las que se producen como consecuencia de algún tipo de discapacidad), el niño requiere unas necesidades educativas diferentes a las que se ofertan en el aula convencional, por lo que hace necesaria su inclusión en centros específicos, que serían los denominados Centros de Educación Especial.

### 3. INTEGRACIÓN.

Por integración entendemos unión. Es decir, en el ámbito educativo en lo referente a los niños con discapacidad, hace referencia a que todos los niños independientemente de sus características personales, estén juntos compartiendo espacio y tiempo durante el proceso educativo. Actualmente en España, es frecuente ver a niños con discapacidad integrados en el aula. Sin embargo, esta integración, a pesar de ser una iniciativa claramente positiva, en opinión de muchos profesionales no está dando los resultados esperados. Según Carmen García Pastor, *“el principal problema de la integración es que se opone a la segregación sin atacar los mecanismos de exclusión que conducen a ella, es decir, que llega a legitimarse como una necesidad de integrar a los previamente segregados, convirtiéndose en una tarea a veces imposible que conduce a que se produzcan situaciones de segregación dentro de las escuelas ordinarias.”* Es por tanto que desde hace un tiempo, una vez comprobado que con la simple integración en espacio y tiempo no resuelve las necesidades educativas de los niños y niñas con discapacidad, se ha planteando la necesidad de programar una educación basada en un principio que va más allá, como es el de la inclusión.

A pesar de todo esto, es evidente reconocer que el proceso de integración es necesario como paso previo a la inclusión, por lo que no se debería menospreciar su valor.

### 4. INCLUSIÓN.

Por inclusión educativa se entiende no solo compartir espacio y tiempo durante el proceso educativo, sino también la participación activa en igualdad de condiciones con el resto de sus compañeros. Y esto es una tarea harto difícil, pero no imposible, que parte de la formación de los profesionales y pasa por la dotación de recursos a los centros educativos. Carmen García Pastor vuelve a darnos una justificación bastante clarificadora, *“De ahí que el planteamiento de la inclusión implique siempre una reestructuración que afecta desde un planteamiento político que de respuesta a las demandas de la igualdad de oportunidades (y, por tanto, un proyecto de educación para todos acorde con lo que significa esto en el mundo actual, es decir, un mundo donde se reconoce el derecho a ser diferente), hasta el desarrollo de un modelo de escuela basado sobre una pedagogía capaz de incluir las diferencias, dentro de un marco organizativo abierto, adaptable a las necesidades contextuales concretas donde se han de desarrollar las prácticas escolares”*.

### 5. CONCLUSIONES.

La comprensión de estos tres conceptos es de vital importancia en la formación de los profesionales de la educación, ya que de esto depende en gran parte el correcto uso de los mismos durante su actividad profesional, así como su difusión en el contexto real donde los niños con discapacidad se educan. Además abre una luz sobre cual sería un marco educativo, y por extensión social, coherente hacia los alumnos con necesidades educativas específicas. No obstante es muy recomendable la lectura del artículo de Carmen García Pastor adjunto a este tema, para indagar sobre la cuestión.