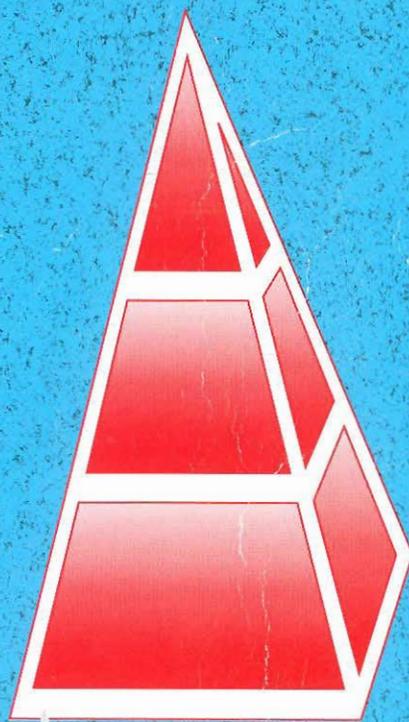


Colección Rehabilitación

Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías



MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES

Instituto Nacional de Servicios Sociales



CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE DEFICIENCIAS, DISCAPACIDADES Y MINUSVALIAS

**Manual de clasificación de las consecuencias
de la enfermedad**

Publicada para ensayo de acuerdo
con la resolución WHA 29.35
de la vigesimonovena Asamblea
Mundial de la Salud, mayo 1976

MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES
Instituto Nacional de Servicios Sociales. INSERSO

Diseño de colección: Fernando Casillas.
Adaptación cubierta: Francisco Herrero.

Título original: *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. A Manual of Classification relating to the consequences of disease.*

© 1980, Organización Mundial de la Salud.
© 1983, Instituto Nacional de Servicios Sociales.
© 1986, reimpresión, Instituto Nacional de Servicios Sociales.
© 1994, Instituto Nacional de Servicios Sociales.
2.ª edición.

Edita: Ministerio de Asuntos Sociales.
Instituto Nacional de Servicios Sociales.
Ginzo de Limia, 58 - 28029 Madrid.
Teléf. 347 89 35.

NIPO: 377-94-003-X.

ISBN: 84-86852-45-5

Depósito legal: M. 18.191 - 1994.

Impreso en España por ARTEGRAF. Sebastián Gómez, 5. 28026 Madrid.

	Págs.
PROLOGO.....	7
INTRODUCCION A LA EDICION ESPAÑOLA.....	17
INTRODUCCION.....	27
SECCION 1: LAS CONSECUENCIAS DE LA ENFERMEDAD	
La respuesta a la enfermedad.....	49
Un marco de referencia unificado.....	52
Aplicación de los conceptos.....	61
SECCION 2: CLASIFICACION DE DEFICIENCIAS	
Definición y características.....	77
Relación de categorías de deficiencias de dos dígitos.....	79
1. Deficiencias intelectuales.....	84
2. Otras deficiencias psicológicas.....	89
3. Deficiencias del lenguaje.....	101
4. Deficiencias del órgano de la audición.....	107
5. Deficiencias del órgano de la visión.....	115
6. Deficiencias viscerales.....	123
7. Deficiencias músculos esqueléticos.....	129
8. Deficiencias desfiguradoras.....	145
9. Deficiencias generalizadas, sensitivas y otras.....	153
Orientación sobre la asignación.....	161
SECCION 3: CLASIFICACION DE LAS DISCAPACIDADES	
Definición y características.....	141 ¹⁶³
Relación de las categorías de discapacidad de dos dígitos.....	166
1. Discapacidades de la conducta.....	171
2. Discapacidades de la comunicación.....	179
3. Discapacidades del cuidado personal.....	183
4. Discapacidades de la locomoción.....	189

	Págs.
5. Discapacidades de la disposición del cuerpo.....	193
6. Discapacidades de la destreza	197
7. Discapacidades de situación.....	201
8. Discapacidades de una determinada aptitud.....	205
9. Otras restricciones de la actividad.....	207
Grados suplementarios de la discapacidad	209
Orientación sobre la asignación.....	217

SECCION 4: CLASIFICACION DE LAS MINUSVALIAS

Definición y características.....	221
Relación de las dimensiones de la minusvalía.....	222
1. Minusvalía de orientación.....	223
2. Minusvalía de independencia física.....	227
3. Minusvalía de la movilidad.....	233
4. Minusvalía ocupacional.....	237
5. Minusvalía de integración social.....	243
6. Minusvalía de autosuficiencia económica	247
7. Otras minusvalías.....	251
Orientación en materia de valoración.....	252

INDICE ALFABETICO DE DEFICIENCIAS.....	253
--	-----

Prólogo

La Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDDM), preparada en los años setenta, fue publicada en 1980 por la 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 en español fue publicada en 1983. Actualmente se encuentra traducida en 14 idiomas¹ y se están preparando versiones en otras lenguas; se han distribuido más de 15.000 ejemplares de las versiones en francés y en inglés y más de 10.000 ejemplares en otros idiomas. La bibliografía registrada en el Centro Colaborador de la OMS para la CIDMM en los Países Bajos cuenta ya con más de 1.000 títulos. Se ha dicho que el aparato conceptual de la CIDDDM es la clave del tratamiento racional de las enfermedades crónicas. Al propio tiempo, sin embargo, se ha expresado preocupación ante el hecho de que la CIDMM no define con suficiente claridad el papel desempeñado por el entorno social y físico en el proceso discapacitante y ante la posibilidad de que esa Clasificación estimule la «medicalización» de la discapacidad, término que aquí abarca el conjunto de deficiencias, discapacidades y minusvalías.

La CIDDDM pertenece a la «familia» de las clasificaciones preparadas por la OMS para su aplicación a los diversos aspectos de la salud y la enfermedad. La más conocida es la Clasificación Estadística Inter-

1. Se puede pedir una lista de las traducciones a: Fortalecimiento de los Servicios de Epidemiología y Estadística (SES/HST), Organización Mundial de la Salud, Avenue Appia 20, 1211 Ginebra 27, Suiza.

nacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción (CIE), cuya *Novena Revisión (CIE-9)* salió poco antes de que se publicara la CIDDMM. En el primer volumen de la *Décima Revisión de la CIE (CIE-10)*, publicado en junio de 1992, se han introducido diversos cambios, por ejemplo en el sector de los trastornos mentales y del comportamiento, que habrán de tenerse en cuenta en la revisión de la CIDDMM.

La difusión y aplicación de la CIDDMM, y el papel de fomento de las organizaciones y órganos dedicados a la atención de las personas con discapacidades, han ido acompañados de importantes cambios en la manera de entender y tratar las deficiencias, discapacidades y minusvalías, así como los diversos problemas que pueden surgir en cada uno de estos tres sectores. La simple enumeración de los elementos de la clasificación ha dado lugar a una mejor descripción y ha facilitado la evaluación de las personas con discapacidades y de su situación dentro de un entorno físico y social dado.

El presente prólogo está destinado a esclarecer determinados aspectos de la introducción de 1980 que han sido objeto de numerosos debates, a indicar algunos de los problemas que habrá que resolver en la próxima revisión y a facilitar información sobre las aplicaciones actuales de la CIDDMM, así como sobre los hechos sobrevenidos como consecuencia de su publicación. Por lo demás, en lo esencial, el manual no se ha modificado y se ha conservado la introducción originaria.

Se han establecido dos Centros Colaboradores para la CIDDMM: uno, en Francia (Centre technique national d'Etudes et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations) y en los Países Bajos (WCC-Vaste Commissie voor Classificaties en Definities), que se añaden a otros centros colaboradores de la OMS en materia de clasificaciones relativas a la salud, entre los que cabe destacar los de Uppsala (Suecia) para los países nórdicos y el ubicado en el National Centre for Health Statistics, en Hyattsville, MD (Estados Unidos), para América del Norte; grupos tales como la Canadian Society on the ICIDH/Société canadienne de la CIDIH y el Réseau pour l'Etude de l'Espérance de Vie en Santé/International Network on the Study of Healthy Life Expectancy (REVES); y ciertos organismos intergubernamentales, como la División de Estadística del Departamento de Desarrollo Social y Económico de las Naciones Unidas, y el Consejo de Europa. Esos centros constituyen una red técnica que viene funcionando desde 1987. El Consejo de Europa ha establecido un comité de expertos para la aplicación de la Clasificación Internacional de

Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, de la OMS, que agrupa a representantes de 14 países y cinco observadores. Ese comité ha examinado las aplicaciones de la CIDDMM relativas a las actividades de rehabilitación, a las encuestas y al acopio de datos estadísticos, al estudio del retraso mental, a la evaluación de la capacidad profesional, a la evaluación de los dispositivos técnicos y a la aplicación del concepto de minusvalía. El Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, de España, viene realizando esfuerzos para fomentar la utilización de la CIDDMM en los países de habla española.

Aplicaciones actuales de la CIDDMM

La CIDDMM tiene por objeto ofrecer un marco conceptual para la información relativa a las consecuencias a largo plazo de las enfermedades, los traumatismos y otros trastornos; este marco se presta tanto a la atención de salud individual, incluidas la detección precoz y la prevención, como a la atenuación de los obstáculos del entorno físico o social. Se aplica asimismo al estudio de los sistemas asistenciales, tanto en lo que respecta a la evaluación de estos sistemas como a la formulación de políticas de salud. Los conceptos de la CIDDMM han suscitado gran interés filosófico, y sus aplicaciones se han extendido a los campos de la seguridad social, el diseño y la realización de encuestas a nivel local, nacional e internacional, y otros sectores como la evaluación de la capacidad laboral, la demografía, la evaluación de las necesidades comunitarias, el urbanismo y la arquitectura. Aunque la CIDDMM es ante todo una clasificación relacionada con los problemas de salud, en la futura labor de documentación y desarrollo habrá que reflejar más ampliamente su gama de aplicaciones.

Entre las aplicaciones principales de la CIDDMM cabe citar la descripción de las circunstancias en que se hallan las personas con discapacidades en una amplia serie de contextos. La CIDDMM se ha aplicado directamente al análisis de la atención dispensada al individuo, en lo que respecta al diagnóstico y al tratamiento, a la evaluación de los resultados de éste, a la apreciación de la aptitud para el trabajo, o a la información en general. En estos sectores, los usuarios (y quienes han dado cuenta de esta utilización) son sobre todo enfermeras, ergoterapeutas, médicos, fisioterapeutas y representantes de otras categorías profesionales, que trabajan con poblaciones muy diversas (personas de edad, niños y adolescentes, enfermos psiquiátricos, etc.), en numerosos países, entre ellos Australia, España, Jamaica, los Países Bajos, Pakistán, Venezuela y Zimbabue, por no citar más que

unos cuantos. También se ha utilizado la CIDDMM para evaluar el estado de los pacientes en los centros de rehabilitación, en las instituciones de convalecencia y en los establecimientos para personas de edad; en estos sectores, como en otros, esta utilización ha facilitado la comunicación entre categorías de agentes asistenciales y la coordinación entre diferentes tipos de asistencia.

En los establecimientos sanitarios, la CIDDMM ha servido para determinar la cantidad y las características del personal necesario y para estudiar los tipos de alta por enfermedad, así como las modalidades de utilización de los servicios asistenciales. En cada comunidad, ha sido útil para determinar las necesidades de las personas con discapacidades y minusvalías, para identificar las situaciones discapacitantes en el entorno social y físico, y para formular las decisiones políticas necesarias para el mejoramiento de la vida cotidiana, incluida la modificación del entorno físico y social.

En los sectores relativos a la seguridad social, a la higiene del trabajo y al empleo, la CIDDMM permite o facilita diversas actividades, con miras a la toma de decisiones, sobre subsidios, orientación individual y la denominación de las discapacidades, en Francia; sobre evaluación de las aptitudes para el trabajo, en Alemania y los Países Bajos; y sobre acceso a la asistencia institucional y a los aparatos para discapacitados, en Bélgica (Vlaamse Fonds voor sociale Integratie van Personen met een Handicap) y en Italia. En Suiza se está estudiando la posibilidad de utilizar la CIDDMM a efectos terminológicos en el seguro de enfermedad.

El marco ofrecido por la CIDDMM ha sido utilizado con éxito por demógrafos, epidemiólogos, urbanistas, responsables de la gestión y personal estadístico en la realización de encuestas sobre discapacidades a nivel nacional, regional y local en varios países, tanto desarrollados (entre otros Australia, Canadá y los Países Bajos), como en proceso de desarrollo (en particular, Argelia, China, Fiji y Kuwait). Las definiciones de la CIDDMM han servido asimismo de base para encuestas y para analizar sus resultados en los Países Bajos, el Reino Unido y, más especialmente, en España. Entre los instrumentos estadísticos elaborados por la División de Estadística del Departamento de Desarrollo Social y Económico de las Naciones Unidas para seguir y evaluar los censos y encuestas de hogares y de población, así como los sistemas administrativos de registro de datos, cabe citar la Base Internacional de Datos Estadísticos sobre Discapacidades (DISTAT), cuya estructura se basa en la CIDDMM; la DISTAT recoge estadísticas nacionales de más de 95 países en soporte informático y, de forma

impresa, en un Compendio de datos estadísticos en inglés, francés y español. De modo análogo, los conceptos y definiciones de la CIDDMM se han utilizado para elaborar diversos indicadores demográficos sobre esperanza de vida en condiciones de salud (sin deficiencias, discapacidades ni minusvalías) para toda una serie de países en desarrollo y desarrollados. El uso de la CIDDMM en las encuestas ha puesto de manifiesto las relaciones existentes entre deficiencias y discapacidades, y entre discapacidades y minusvalías; en realidad, las encuestas basadas en el concepto de deficiencia o en el de discapacidad pueden proporcionar, sobre una misma población, informaciones notablemente distintas.

A nivel conceptual y de decisión, el empleo de la CIDDMM ha modificado la manera de considerar las discapacidades, las personas discapacitadas y el papel que desempeña el entorno físico y social en el proceso discapacitante. Como consecuencia de ello, también son distintas las reacciones observadas en las orientaciones de la política social, la planificación y la gestión, ya se trate de gobiernos, de organizaciones o individuos. Las medidas adoptadas por Francia a favor de una versión adaptada de la CIDDMM como marco para el acopio de datos sobre servicios sociales y para aplicar una Nomenclature des handicaps basada en la CIDDMM constituyen un ejemplo de esa influencia (otros países tienen la intención de adoptar medidas análogas); otro ejemplo lo constituye la legislación recién adoptada en Italia. En Canadá, sobre todo en la provincia de Quebec, el esquema utilizado en materia de la política sobre deficiencias, discapacidades y minusvalías se basa en buena medida en la CIDDMM. En fecha reciente, los Estados Unidos han mostrado un creciente interés por la CIDDMM, durante y tras la preparación de la ley Americans with Disabilities Act y con motivo de la publicación de un importante informe al respecto (Disability in America²). Incluso los que no aceptan necesariamente la CIDDMM como marco preponderante reconocen, en general, que constituye una base conceptual importante en este sector.

Algunos problemas que ha puesto de manifiesto la utilización de la CIDDMM

Durante la revisión de la CIDDMM, una de las tareas importantes consistirá en aclarar la función de los factores ambientales y su inte-

2. Disability in America. Tarlov A., Pope A., eds. Washington DC: Institute of Medicine, 1991.

relación en la definición y el desarrollo de los diferentes elementos de la Clasificación, sobre todo —aunque no exclusivamente— en lo que respecta a las minusvalías. En un informe preparado por la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas para su cuadragésimo tercer período de sesiones, dedicado a los derechos humanos y las discapacidades, se estimula a la OMS a que revise la CIDDM y considere de manera más adecuada la influencia del entorno en el desarrollo del proceso que conduce a la minusvalía. Ya se ha analizado ese papel del entorno físico y social en numerosos trabajos, particularmente por la Sociedad Canadiense para la CIDDM, que ha formulado propuestas en relación con el desarrollo del proceso discapacitante. En la introducción originaria de la CIDDM, se describe brevemente esa función del entorno (véase la página 39):

La minusvalía es más problemática. La estructura de código M es radicalmente distinta de todas las demás clasificaciones relacionadas con la Clasificación Internacional de Enfermedades. Los contenidos no están clasificados en función de los sujetos o de sus atributos, sino más bien teniendo en cuenta las circunstancias en que probablemente van a encontrarse las personas que tienen alguna discapacidad, circunstancias que colocarán a dichos individuos en una situación de desventaja en relación con sus semejantes cuando se tienen en cuenta las normas de la sociedad.

Este aspecto deberá ser abordado con mayor detenimiento durante el proceso de revisión. La clasificación de las minusvalías es una clasificación de situaciones y no de individuos; la palabra «circunstancias» deberá interpretarse como alusiva no sólo a un agregado de datos estadísticos sobre los individuos, sino también a las características del entorno físico y social. Se están elaborando indicadores para cada una de estas categorías en el sector del fomento sanitario.

Las categorías de deficiencias, discapacidades y minusvalías siguen siendo válidas. En la literatura científica se proponen diversos modelos relativos a las consecuencias de la enfermedad, modelos que incorporan otros factores, como son el entorno físico y social. Aun cuando en ellos se utilicen términos diferentes, esos modelos se basan en conceptos análogos a los de la CIDDM. Si bien todavía se encuentran, en su mayoría, en la fase de desarrollo teórico y de ensayo empírico, esos modelos se tendrán en cuenta en la revisión de la Clasificación.

En varios casos, se observa cierto grado de coincidencia o solapamiento entre «discapacidad» y «minusvalía», en lo que respecta a

las limitaciones funcionales y las actividades de la vida cotidiana. Esa superposición se observa asimismo entre deficiencia y discapacidad, por ejemplo en lo que respecta a las deficiencias intelectuales, a la distinción entre deficiencias auditivas, oculares y del lenguaje y las discapacidades de la comunicación, a la incontinencia y a la independencia física. Habrá que seguir estudiando con detenimiento estos problemas de solapamiento.

El presente modelo de las consecuencias de las enfermedades y su representación gráfica (véase la página 63) permiten distinguir eficazmente entre deficiencia, discapacidad y minusvalía, pero no informan suficientemente sobre la relación existente entre esos conceptos. En particular, las flechas que, en la presente representación gráfica, relacionan la enfermedad o el trastorno, la deficiencia, la discapacidad y la minusvalía se han interpretado en ocasiones, erróneamente, como indicativas de un modelo causal y una evolución unidireccional a lo largo del tiempo. Esta representación no permite poner de manifiesto un retorno, consecutivo a intervenciones apropiadas, desde la minusvalía y la discapacidad hacia la deficiencia. Además, la representación gráfica del marco de la CIDDM no describe de manera adecuada el papel que desempeña el entorno social y físico en el proceso discapacitante. Aun cuando en el texto originario se indica que la relación es más compleja que una mera progresión lineal, es preciso exponer más claramente esa relación: hay que considerar que las flechas del gráfico tan sólo significan «pueden conducir a». Estos puntos deberán tenerse en cuenta cuando se revise la CIDDM y habrá que prever otras representaciones gráficas.

Algunos cambios propuestos para la CIDDM

Los distintos usos y usuarios de la CIDDM han sido más numerosos de lo inicialmente previsto. Su utilidad como instrumento para los planificadores y decisores ha quedado ampliamente demostrada, sobre todo en Canadá y en Francia, aspecto que convendrá destacar en la sección introductoria de la versión revisada. Lo mismo cabe decir de las demás aplicaciones de la Clasificación. En varios informes se señala que la CIDDM no es difícil de utilizar, lo cual es estimulante. Hay que mantener esta relativa sencillez: en la revisión se tratará de ir hacia una mayor simplificación, sin añadir detalles suplementarios, teniendo en cuenta, sobre todo en lo relativo a las deficiencias, las necesidades de los usuarios que no son profesionales de la salud. Así, por ejemplo, en la versión revisada deberán figurar índices alfabéticos, además del índice ya existente para las deficiencias. Hay que abordar

los problemas de aplicación en determinados grupos de población (los niños, por ejemplo), dada la rapidez con que evoluciona su situación. Es preciso prestar más atención a la medición de la gravedad; se actualizarán las indicaciones y reglas incluidas con ese fin en la versión actual.

Habida cuenta de los interrogantes sobre la manera en que se presenta y se comprende la definición de la minusvalía, las propuestas de revisión insisten en la necesidad de presentar la minusvalía como una descripción de las circunstancias en que se encuentran los individuos por efecto de la interacción entre su deficiencia o discapacidad y su entorno físico y social. Una parte importante del trabajo de revisión de la CIDDM consistirá en mejorar la exposición de la manera en que los factores exteriores afectan a los elementos de la CIDDM. En la introducción se subrayará la importancia del entorno, junto con el papel y la interacción entre las características individuales y los factores del entorno físico y social.

Estos factores, que son componentes importantes del proceso discapacitante, no deberían presentarse como una clasificación suplementaria dentro de la CIDDM. Los factores de índole social y física del entorno y su relación con las deficiencias, discapacidades y minusvalías están estrechamente vinculados con el medio cultural. Es, pues, poco probable que se pueda aceptar actualmente una clasificación universal de estos factores determinantes, lo mismo que es poco probable que se acepte unánimemente una clasificación de los determinantes de la salud. Con todo, una clasificación de estos factores del entorno puede ser útil para efectuar análisis de ámbito nacional y preparar soluciones a ese nivel.

Las clasificaciones elaboradas en el sector de la salud mental, ya sea para la población en general o para grupos de edad determinados, se basan principalmente en la CIE. El capítulo relativo a los trastornos mentales y del comportamiento se ha actualizado considerablemente en la décima revisión de la CIE, y la CIDDM tendrá que tomar en consideración esas modificaciones, así como las que se han propuesto en otras publicaciones. El comité de Expertos del Consejo de Europa ha preparado recientemente un informe sobre la utilización de la CIDDM para el estudio del retraso mental. Reconociendo que la CIDDM constituye un paso importante hacia el establecimiento de criterios de definición legal y aceptación general, el informe de la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, antes mencionado, estimula a la OMS a que revise la CIDDM prestando especial atención a los problemas relativos a las deficiencias y disca-

pacidades en el sector de la salud mental. Preocupaciones análogas se aplican a los problemas de las funciones cognitivas, sobre todo en relación con el envejecimiento. La publicación de la versión en francés de la CIDDM en 1988 suscitó un interés particular entre los psiquiatras de lengua francesa; como Centro Colaborador de la OMS para la CIDDM, el Centre technique national d'Études et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations (CTNERHI) dedica una parte considerable de sus actividades a los problemas de aplicación de la CIDDM y a las relaciones de esta última con otras clasificaciones en el sector de la salud mental. Como resultado de estos trabajos, ese sector será tratado con particular cuidado durante el proceso de revisión.

En ese proceso se abordará asimismo la posibilidad de introducir cambios detallados teniendo en cuenta los progresos en el conocimiento de los mecanismos biológicos fundamentales, sobre todo en materia de deficiencias. En algunos casos, estos cambios repercutirán en la elección de la terminología, y entrañarán la eliminación de ciertos términos anticuados.

La actual versión de la CIDDM contiene definiciones y ejemplos que están muy vinculados al contexto cultural (por ejemplo, la alusión a «servir el té») o caracterizados, inadecuadamente, en función del sexo. Además, en la revisión se corregirán de manera análoga los errores tipográficos o de hecho, así como las definiciones que ya no son compatibles con las de la CIE-10. Ya se han introducido algunos cambios de esta naturaleza en la presente reimpresión.

Habrà que encontrar un término «global» que abarque toda la serie de experiencias relacionadas con las deficiencias, las discapacidades y las minusvalías: en inglés se ha propuesto la palabra «disablement», pero su aceptación no es unánime. En algunos idiomas no parece haber un término único y adecuado. La versión oficial en francés, por ejemplo, emplea la palabra «handicap», pero se subraya que este término no cubre una realidad monolítica, sino que es el resultado de diferentes niveles de experiencia; en esa misma versión se emplea un término que significa «desvetanja» para el tercer nivel de experiencia en la clasificación (al igual que en las versiones en italiano, japonés, portugués y ruso). Los canadienses de lengua francesa, en cambio, parecen preferir la palabra «handicap» para este tercer nivel y no utilizan un término «global». En el proceso de revisión habrá que reflexionar mucho y prestar una atención particular a la elección de una palabra nueva o de un término ya en uso.

Varias instituciones han preparado material de enseñanza y de información sobre la CIDD, especialmente en Francia (CTNERHI) y en Canadá-Quebec (en forma de vídeo). Además, el Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía ha realizado labores de difusión y ha participado en la elaboración de un soporte informático en español. La identificación y la difusión de éstas y de otras experiencias, así como cierto grado de normalización en el enfoque, permitirán una mejor aplicación.

La revisión de la CIDD se basará en el examen de los informes y de la experiencia habida en su utilización, así como en las consultas con expertos de las disciplinas pertinentes. Durante todo el proceso de revisión se tendrá en cuenta la opinión de las organizaciones internacionales y no gubernamentales, incluidas las organizaciones de personas con discapacidades, que se ocupan de los diferentes aspectos de la discapacidad, y se procurará que estén representados los países de las diversas Regiones de la OMS.

Introducción a la edición española

«La Rehabilitación es un proceso en el que el uso combinado y coordinado de medidas médicas, sociales, educativas y vocacionales ayudan a los individuos discapacitados a alcanzar los más altos niveles funcionales posibles y a integrarse en la sociedad»¹. En ese contexto amplio y polivalente, que también incluye en buena medida a la Prevención; es muy probable que todo profesional consciente, haya tenido a veces la sensación de que algo esencial fallaba al afrontar el problema de las consecuencias de la enfermedad y de su consideración objetiva y a la par respetuosa del sujeto. Sensación de que las clasificaciones al uso nacían bien del pragmatismo de unas necesidades profesionales, bien de una compartimentación un tanto cerebral y escolástica. En cualquier caso estaban desvinculadas de la realidad evolutiva y multiforme de un problema que afecta a la persona en su totalidad. Así no es raro encontrar en los archivos historias que resuelven complejas situaciones personales con, a lo sumo, la descripción médica, seguido todo ello de variadas consideraciones del informe social y, quizás, algunos datos aportados por el psicólogo, en el mejor de los casos; para que al final, lo que realmente le quede a esa persona en el frontispicio de todo su proceso, sea la etiqueta de «parapléjico», «hemipléjico», etc.

En el fondo, se continúan simplificando situaciones polivalentes a partir de una división del organismo y sus funciones y se carece de una metodología establecida y de una clasificación, que haga justicia

1. Rehabilitación Internacional «Carta para los años 80», edición castellana, Madrid, INSERSO, 1982, pág. 15.

a la complejidad del problema y posibilite la comparación y la evaluación del proceso rehabilitador.

Si los profesionales han podido experimentar una sensación de incoherencia, ¿qué impresión de parcelación incontrolada no han sentido a menudo las personas afectadas, puestas en la tesitura de afrontar un proceso de rehabilitación, en el que no veían las cosas claras?

Por eso cuando, hace ya más de seis años, tuvimos noticia, a través del Dr. Jochheim (de Alemania Federal), de los trabajos de un grupo internacional que preparaba una Clasificación de las Consecuencias de la Enfermedad, y obtuvimos de él los borradores iniciales, presentimos que pronto íbamos a contar con un enfoque global del problema, que superase el tradicional modelo médico («Etiología — Patología — Manifestación»), absolutamente insuficiente para la Rehabilitación, y que se concretase en una clasificación utilizable por el grupo completo de los implicados en la misma, no sólo los médicos sino todos los demás profesionales que trabajan en la larga cadena que va desde la asistencia sanitaria al empleo y a la integración social².

En definitiva, el objetivo de esa revisión que urgía hacer de las clasificaciones al uso, es dejar constancia de la complejidad del ser humano y del proceso de Rehabilitación, en cuanto trata de atajar secundaria y terciariamente la aparición de estados de creciente limitación funcional y de marginación social que, abordados en la raíz, pueden quedar reducidos a disminuciones en los órganos y en las funciones.

Para abarcar la complejidad de las consecuencias de la enfermedad sobre la vida de una persona, se precisaba, pues, un gran esfuerzo de clarificación conceptual, realizado con procedimientos fenomenológicos, a partir del manifestarse cotidiano del problema a todos los niveles de la existencia del individuo afectado.

Este esfuerzo tendría que conducir necesariamente a poner orden

2. Jochheim, K.A. «The Classification of Handicaps». Meeting of the Rehabilitation International Medical Commission (13-15 sept. 1978, Southampton), Int. J. of Rehab. Research Supplement N.º 1 to Vol. 2, n.º 3, 1979, 25-26.

en la confusión de conceptos existentes y a dar un salto cualitativo en la aproximación a cada caso; al tiempo que se facilitaría una herramienta válida para efectos de estadística, planificación y evaluación de servicios, unificación de criterios de valoración, así como para indización, tratamiento de historias y expedientes, procesos de homologación, intercambio entre profesionales y desarrollo de trabajos de investigación y para la comunicación científica. Para ello, la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) pretende favorecer la adopción de unos criterios comunes de trabajo y posiblemente irá sirviendo, de forma paulatina, para establecer una terminología común que simplifique la proliferación de denominaciones. Esto es muy importante para la comunicación entre las distintas disciplinas implicadas. Además se pretende la supresión de un viejo hábito segregador que es el de substantivizar situaciones adjetivas de la persona, lo que conduce a la etiquetación y a la consolidación de la marginación y, a menudo, esconde también el vicio de parcelar al individuo de acuerdo con las especialidades de los profesionales, produciéndose el curioso fenómeno de que la persona encierra en sí misma a múltiples clientes de variados expertos, sin que nadie le auxilie en su condición total. En este sentido la segunda parte de la introducción de la Clasificación se pronuncia con notable claridad.

Entre los objetivos reseñados quizás convenga insistir en el de solucionar un problema para el que no se contaba con herramientas creíbles, como es el de la evaluación de los resultados del proceso de rehabilitación, pues faltaban indicadores de la evolución producida tras un proceso de asistencia y rehabilitación en casos de traumatismo, deficiencias sensoriales, enfermedades crónicas, retraso mental, etc.

Sin embargo, el Manual no aspira a resolver por sí mismo todas las dificultades que se plantean en los campos mencionados, de ahí que se publique con carácter experimental. Como dice en su Introducción, se presenta para ser evaluado «como medio de superar algunos de los problemas». Trata de aportar algo a favor de la uniformidad de la terminología y de los conceptos generales y, al señalar las formas en que puede conseguirse cierta simplificación mediante la agrupación de características individuales, estimular la normalización y hacer más fácil la comparación de datos.

De cualquier modo, estamos ante un instrumento de enorme utili-

dad y calidad para emprender valoraciones globales de los problemas individuales y evaluaciones críticas. Este enfoque global no excluye el que se puedan usar los tres códigos separadamente para el estudio de objetivos específicos. En este sentido, el código DE (Deficiencias) está orientado a los aspectos médicos, el DI (Discapacidades) a los aspectos rehabilitadores y el M (Minusvalías) a los aspectos sociales.

Aunque la Introducción de la edición inglesa lo explica con ejemplos, no está de más que nosotros lo subrayemos también con alguno. Dos personas con amputación de ambas extremidades superiores tienen deficiencias obvias y vamos, en este ejemplo, a suponer que del mismo grado. Sin embargo, en función de la rehabilitación funcional, adecuación de prótesis, aplicación de ayudas técnicas, etc., empezarán ya a diferenciarse por el tipo y el grado de sus discapacidades del cuidado personal (bañarse, vestirse, etc.), de la disposición del cuerpo (recoger, alcanzar, etc.), de la destreza, situacionales, etc., y, finalmente, podrá suceder que uno sufra una serie de minusvalías (dependencia física, restricciones a su movilidad, imposibilidad de ocuparse, etc.) y el otro, sin embargo, no haya de ser considerado minusválido, ocupe un puesto de trabajo, etc., y todo ello en función de complejos factores, culturales, familiares, psicológicos. Sin embargo, en el esquema tradicional ambos recibían una misma calificación de «minusválido», ambos entrarían en la categoría de pensionistas de invalidez, y los factores sociales, culturales y psicológicos apenas influirían en el baremo y, mucho menos, en la modificación de las etiquetas.

Hemos subrayado con este ejemplo la posibilidad que la CIDDM ofrece de renovar muy beneficiosamente los criterios de valoración. Tampoco es aventurado afirmar que 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, aplicarla correctamente será esencial para eliminar el encasillamiento y la etiquetación deshumanizante y simplista. En caso contrario, un uso superficial de la misma sólo serviría para dar un barniz científico y falsamente innovador, a las prácticas acriticas e injustas contra las que decididamente estamos.

En unos momentos en que en España el desarrollo armónico (y posterior superación) de la Ley de Integración Social de los Minusválidos tendría que poner a prueba la capacidad de innovación y ajuste

a la realidad de los servicios públicos y su aptitud para un enfoque renovado y moderno de las demandas de los afectados, y que en todos los países de habla castellana las exigencias de atender a la prevención y a la rehabilitación de las deficiencias y a la equiparación de los afectados por ellas cobran una vigencia inusitada, creemos que la CIDDM introduce un marco de referencia nuevo, que permitirá una mejor orientación de las acciones futuras en el sector.

Teniendo en mente consideraciones similares a las hasta aquí expresadas, nada más recibir la edición inglesa de la CIDDM, la Sección de Relaciones Internacionales del INSERSO, solicitó que se iniciase una traducción castellana, sobre la cual se produjo después una revisión sistemática de acuerdo con los siguientes criterios principales:

- Lograr una traducción castellana aceptable también en América Latina.
- Reflejar el espíritu de la Clasificación de referirse a consecuencias de la enfermedad y no a una lista de adjetivos para encasillar a las personas.
- Obtener tres términos base que correspondieran a los tres niveles y tuvieran también en cuenta los criterios anteriores. De forma muy meditada (al tiempo que traducíamos también la «Carta para los Años 80» de Rehabilitación Internacional), escogimos los de «Deficiencia», «Discapacidad» y «Minusvalía».
- Respetar el criterio de la OMS de optar siempre por el término menos médico y más accesible a otras disciplinas.
- Armonizar el limitado repertorio de términos castellanos para resolver algunos casos de terminología inglesa más variada, pero con una conceptualización equivalente en castellano afectada por problemas de límites (por ejemplo, «Impairment» y «Deficiency» por «Deficiencia» y «Defecto», etc.).
- Considerar las opciones sobre un término en el contexto de toda la Clasificación, pues un cambio en un lugar determinado de la misma exige tener en cuenta sus repercusiones en el resto, y el uso de un vocablo catellano en un lugar «quemado» la posibilidad de usarlo en la traducción de otro vocablo inglés (por ej.:

en el caso de «skill», «capacity», «aptitude», etc.), lo cual exige ser consecuente a lo largo de todo el texto y en los saltos entre los tres niveles.

- En los casos de empate entre vocablos castellanos equivalentes, una vez zanjada la cuestión del término de uso más común, optar por el de sentido más próximo al vocablo inglés.

La gestión para obtener la autorización de publicar una traducción al castellano de la CIDDM la inició el Instituto Nacional de Servicios Sociales en 1981, encontrando inmediatamente la acogida y el apoyo del Sr. Loveday, Jefe de la Oficina de Publicaciones de la OMS. En el otoño de ese año se constituyó un grupo de trabajo interno para estudiar el texto, que a partir de la traducción de Jesús Fernández Zulaica, habían revisado los técnicos del actual Gabinete Técnico del INSERSO, Aurelio Martínez Benito, Francisco Pérez y Ramón Puig de la Bellacasa. Dicho grupo, bajo la coordinación del último de los citados, estaba constituido por Juan Bosch de la Peña, José María García, Rafael Pineda y Pilar Rodríguez Real, técnicos del Servicio Social de Minusválidos del INSERSO, con la participación en el mismo de su Director. Cuando este grupo terminó su ronda de revisiones, enviábamós el resultado a los Secretariados de Rehabilitación Internacional en América Latina, para recabar sus observaciones, recibíendose paulatinamente las enviadas por Alicia Amate de Esquivel, Directora de Rehabilitación del M.^o de Salud de Argentina, Valerie M. Townsend, Directora del Centro de la Fundación Pro-Rehabilitación del Minusválido de Colombia, y José Arvelo, Jefe del Dpto. de Rehabilitación Médica del M.^o de Salud de Venezuela. Para entonces ya se había ampliado el círculo de consultas en España y, en mayo de 1982, iniciaba su proceso de revisión un grupo en que, por el Ministerio de Sanidad participó Gerardo Clayero, Jefe del Gabinete Técnico, Félix Robledo de la Subdirección de Medicina Laboral del Instituto Nacional de la Salud, Ricardo Moragas de la Dirección de Servicios Sociales de la Generalitat de Cataluña, Juan Parreño y Enrique Robles, ambos médicos rehabilitadores de la Sociedad Española de Rehabilitación y el primero Vicepresidente de la misma, y Araceli Luque, de la Dirección de Asuntos Sociales y Luis Lafuente, médico del Dpto. de Rehabilitación del Hospital Central, dependencias ambas de la Cruz Roja Española.

A nuestras consultas respondieron también por escrito, Jesús Romero Maroto, del servicio de Urología, y Jesús Salcedo, del Servi-

cio de Prótesis y Ortesis, médicos del Centro Especial Ramón y Cajal de Madrid.

Llegados a este punto y gracias al apoyo financiero de la Dirección de Cooperación Técnica Internacional del Ministerio de Asuntos Exteriores que apreció desde el principio el interés de la iniciativa, y con el apoyo de la Directora General de Acción Social, el INSERSO pudo convocar y celebrar en Madrid un Seminario de cuatro días para revisar de nuevo el texto y resolver dificultades lingüísticas, permitiendo así su mayor aceptabilidad en todos los países de habla castellana. El Vicepresidente de Rehabilitación Internacional para América Latina, Hilton Baptista, médico rehabilitador brasileño de reconocido prestigio nos honró y ayudó a todos presidiendo el Seminario, que fue moderado por Demetrio Casado Pérez, Director del Servicio Social de Minusválidos del INSERSO y al que, además de Alicia Amate de Esquivel, ya mencionada, que vino de Argentina, pudieron estar presentes y participaron activamente por Colombia, M.^a Covadonga Fentanes, de la Fundación Pro Rehabilitación del Minusválido, por Chile M.^a Antonieta Blanco, Médico rehabilitador, de la Sociedad Pro Ayuda al Niño Lisiado, por Panamá Sara Spiegel, del Instituto Panameño de Habilidadación Especial, por Perú Germán Garrido, profesor de medicina y Presidente del Patronato Peruano de Rehabilitación y Educación Especial, por Uruguay Eloísa García Etchegoyen de Lorenzo, Jefe de Educación Especial del Instituto Interamericano del Niño.

Hay que subrayar que la OMS destacó desde Ginebra, por parte de sus Servicios Lingüísticos, a Ricardo Pascual, médico especialista en terminología médica en castellano, cuya activa asesoría fue inestimable para el Seminario y que ha tenido la gentileza de prologar esta edición. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) no pudo enviar a un representante aunque manifestó su interés por los trabajos. Desde Portugal pudieron participar como observadores en la apertura del Seminario, Joao Villalobos, Secretario Nacional de Rehabilitación y su esposa Claudia de Villalobos, experta en cuestiones de educación especial y atención a niños sordos.

Por parte española participaron los miembros de todos los grupos de trabajo mencionados más arriba con el refuerzo de varios asesores, Máximo Díaz Casanova, sociólogo, y Mercedes González, médico rehabilitador, ambos del INSERSO, y Ramón Saizarbitoria y Luis

Sanzo, sociólogos de la Dirección de Bienestar Social del Gobierno Vasco.

Todo el proceso de revisión a nivel internacional y las consultas y comunicaciones previas al Seminario han supuesto un notable trabajo, que fue posible gracias a la paciente labor de varios meses de Margarita Martínez, de la Secretaría de la Dirección del Servicio de Minusválidos. Nos apoyaron activamente en la Secretaría del Seminario, M.^a Luisa Blanco Lledó y Paloma Márquez de Lara, de la Sección de Relaciones Internacionales del INSERSO. Añadiremos además que esta edición sale a la calle gracias al trabajo final de la Sección de Documentación y Publicaciones del INSERSO, en la cual han sufrido las correcciones de textos y pruebas y la elaboración de índices analíticos, junto con Pilar González de la Rocha de Relaciones Internacionales, nuestras compañeras M.^a Victoria Lenze, M.^a Angeles Romero e Isabel Rivero.

A todas las personas aquí mencionadas y a sus instituciones y a muchas otras que hacen posible que salgan adelante trabajos como esta primera edición castellana de la CIDDM, que hoy presenta el INSERSO, vaya el agradecimiento de quienes hemos tenido la satisfacción de promoverlo y coordinarlo, con ánimo de que sirva a los importantes fines para los que la OMS la ha elaborado.

Deseamos que el esfuerzo del INSERSO en torno a la CIDDM no quede aquí. De hecho en el Seminario de Madrid se presentaron varias comunicaciones sobre el empleo y las repercusiones de la Clasificación. Estamos en contacto con su redactor, Philip Wood de Gran Bretaña, con otro especialista, que ha colaborado en la misma, Kurt Jochheim, de Alemania Federal, con UCIR (University Center for International Rehabilitation) de la Universidad de Michigan, e iniciado contactos con el INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Medical) y con el Centro de Investigación sobre Rehabilitación de Finlandia, para mantenernos al corriente de los estudios sobre aplicación de la CIDDM que se están desarrollando en el mundo. Confiamos en que la revisión en curso en España de las prácticas de valoración de deficiencias y del enfoque de las encuestas de población que afectan a las personas minusválidas, así como muchos otros campos del proceso de la Rehabilitación, se vean afectados por los planteamientos renovadores de la CIDDM y contribuyan también a mejorarla.

*Demetrio Casado Pérez
Director del Servicio Social de
Minusválidos Físicos y Psíquicos.*

*Ramón Puig de la Bellacasa
Jefe de la Sección de
Relaciones Internacionales
del Gabinete Técnico.*

*Instituto Nacional de Servicios Sociales.
Febrero 1983.*

INTRODUCCION

Información relacionada con la experiencia de la salud

Datos normalmente disponibles

Datos para la evaluación

Las consecuencias de la enfermedad.

Desarrollo de las clasificaciones

Aplicación práctica de las clasificaciones.

Alcance y estructura del manual.

Fuentes de datos.

Aplicaciones de la información.

INTRODUCCION

Uno de los problemas más serios con que se enfrentan los que trabajan en el campo de la salud y del bienestar social viene dado por la diferencia existente entre posibilidades reales y teóricas, entre lo que pueden y lo que podrían hacer los sistemas de asistencia sanitaria. Muchos confían en que, si se consigue mejorar el acceso a la información pertinente, se habrá dado un paso importante hacia el desarrollo de políticas más eficaces para la solución de estos problemas. La elección entre las posibles opciones se está haciendo continuamente, aunque solo sea por defecto. Está claro que las elecciones serían más acertadas si la toma de decisiones se basase más en la información, es decir, en una descripción de la situación tal como realmente es. Los esquemas de clasificación que se recogen en este manual pretenden servir de marco de referencia que facilite la adquisición de la información necesaria.

Información relacionada con las experiencias en el campo de la salud

El material utilizado para elaborar este manual se refiere a dimensiones de la experiencia en el campo de la salud que son complementarias de las implicadas en el concepto de enfermedad. La publicación del manual se hace por iniciativa de la Organización Mundial de la Salud, aunque sólo con carácter experimental, en respuesta a una resolución de la Asamblea de dicha Organización. Ineludiblemente, esto quiere decir que la información sobre estas dimensiones adicio-

nales es útil y hasta necesaria para la planificación de los servicios de salud. Como el acopio de datos adicionales puede quedarse en simple sobrecarga para los sistemas de información existentes, parece aconsejable comenzar por la demostración de la necesidad de información.

Datos normalmente disponibles

Por regla general, la organización y planificación del sistema de asistencia sanitaria se basan en la información que el mismo sistema elabora de forma rutinaria. Esta suele ser de dos tipos. En primer lugar, existen indicadores de necesidades, como los referentes a la morbilidad censada. En segundo lugar, hay datos que se pueden considerar como subproductos de la actividad administrativa, como la información sobre los recursos existentes, sobre el personal disponible y el número de camas hospitalarias, o aspectos relacionados con ellos como las listas de espera, y sobre la utilización de recursos, como, por ejemplo, la afluencia de pacientes en los distintos sectores del sistema.

Toda esta información es el producto de un sistema de asistencia sanitaria, y por ello mismo está sometida a los mismos supuestos en que se basan los procedimientos de asistencia sanitaria en vigor. En otras palabras, es difícil emitir un juicio sobre su utilidad y relevancia, pues éstas tienen relación con la validez tanto del sistema de asistencia como de la información que de él procede. Esto quiere decir que la posibilidad de hacer una valoración o evaluación en profundidad de los procesos es muy limitada, y en consecuencia es muy posible que se descarten con demasiada facilidad otros posibles planteamientos.

Para que sea posible hacer una evaluación de los procesos de asistencia sanitaria, éstos deben orientarse a un objetivo, pues la evaluación consiste en ver hasta qué punto se consiguen los objetivos. El requisito básico es que se determinen con claridad los objetivos a conseguir. Esto permitiría hacer un estudio de la medida en que se cumplen estos objetivos, es decir, de la eficacia de un determinado proceso de asistencia sanitaria; de los elementos necesarios para conseguirlo, es decir, de la eficiencia del proceso y de su disponibilidad y alcance, esto es, de lo equitativo de su distribución¹. Los equipos

1. Cochrane, A.L. (1972) *Effectiveness and efficiency: random reflections on health services*. London Nuffield Provincial Hospitals Trust.

directivos suelen ser muy dados al tratamiento de datos sobre la provisión y utilización de los recursos, pero, como es claro, éstos son significativos fundamentalmente en relación con los objetivos de eficiencia e igualdad. Aunque se han hecho intentos de evaluar con estos medios la eficacia, los datos sobre los recursos sólo pueden servir como sustitutivos de lo que realmente interesa.

Datos para la evaluación

Para evaluar la eficacia de los procesos de asistencia sanitaria deben tenerse en cuenta tres aspectos fundamentales, a saber:

- i) Los contactos realizados con el sistema;
- ii) La forma en que el sistema responde al contacto; y
- iii) El resultado del contacto.

La valoración del segundo de ellos, la forma en que el sistema responde al contacto, merece solamente una breve consideración. En principio, los medios para la estructuración de la información relacionada con este aspecto son ampliamente asequibles. Así, utilizando datos sobre recursos que respondan a las categorías ya indicadas se pueden hacer evaluaciones globales, mientras que la recientemente creada Clasificación Internacional de Procedimientos en Medicina² puede servir de marco de referencia para documentar respuestas específicas del sistema. Sin embargo, la naturaleza de la información relacionada con el aspecto primero y el tercero, es menos clara y, por lo mismo, merece un examen más detallado.

El resultado del contacto tiene que ponerse en relación con los objetivos. En general, éstos no se han formulado con la precisión necesaria como para poder hacer una evaluación. Sin embargo, la exigencia más elemental de un sistema de asistencia sanitaria es que como consecuencia del contacto con ese sistema se produzca un cambio beneficioso en la situación o estado del individuo. Si no se aprecia dicho cambio, habría que plantearse muy serias dudas sobre el valor de un determinado proceso de asistencia sanitaria. Por eso, el reto está en crear un método que nos permita describir el estado de un individuo de manera que, valorando su estado en el momento de

2. World Health Organisation (1978) *International classification of products in medicine*, Geneva, vol. 1 and 2.

establecer el primer contacto y una vez que se ha producido la respuesta del sistema, pueda registrarse el cambio. Este cambio podría servir de criterio para medir el resultado.

Por desgracia, la naturaleza de este reto se ve alterada al cambiar el peso de la morbilidad. Así, cuando el síntoma de la enfermedad se manifiesta principalmente como dolencia aguda, cuyo ejemplo más claro sería el de las infecciones agudas, se dispone fácilmente de procedimientos simples e inequívocos de medida, con los que se puede hacer una valoración de resultados, que consiste en la presencia o ausencia de la enfermedad, y en el restablecimiento o desenlace fatal. En este sentido, los términos tomados de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) pueden ser un medio valioso y adecuado para estudiar la experiencia de la salud, y el concepto de causa subyacente ofrece una ayuda adicional. Además, es fácil extraer generalizaciones en términos de población, generalizaciones que tienen una justificación porque el control de la enfermedad depende en gran parte de la acción comunitaria. En esto se basaban en el siglo XIX los fundamentos de la salud pública y de la validez de los indicadores indirectos de la salud comunitaria, como la mortalidad perinatal.

Una vez que se controlan las infecciones agudas, otras enfermedades adquieren mayor importancia. En el caso de que las primeras representen un peligro mortal, siguen siendo válidos los indicadores sencillos, como por ejemplo la mortalidad, por lo que los términos de la Clasificación Internacional de Enfermedades conservan su valor práctico para hacer evaluaciones. Sin embargo, a medida que la tecnología se desarrolla, la situación cambia. Es posible controlar estados como la diabetes y la anemia perniciosa aunque no se puedan eliminar sus causas profundas. Es entonces cuando la mortalidad e incluso la presencia de la enfermedad son menos importantes para otra evaluación que no esté relacionada con la prevención primaria, y los términos de la Clasificación Internacional de Enfermedades no reflejan ya los objetivos que se pretende conseguir, especialmente cuando las reglas de asignación a las categorías están condicionadas por el concepto de causa subyacente. Ello quiere decir que es necesario identificar las manifestaciones, lo cual es posible ya, gracias a las opciones que se recogen en la Novena Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Esta ampliación de la clasificación sí que permite hacer una evaluación porque existe la posibilidad de suprimir o acabar con una manifestación, y en consecuencia se puede

consignar el cambio producido después de entablar contacto. Sin embargo, habrá que investigar más a fondo hasta qué punto se pueden hacer generalizaciones sobre la población partiendo de esta base.

Las enfermedades que son en sí mismas de carácter limitado o que pueden someterse a prevención o cura constituyen sólo una parte del espectro de la morbilidad. De hecho, el mismo éxito de las medidas de control de estas enfermedades ha dado como resultado el aumento en importancia de un residuo de afecciones que no entran dentro de esta categoría. Entre ellas podemos citar los efectos de traumatismos, las deficiencias de órganos de un sentido especial, el retraso mental y la enfermedad mental, y las enfermedades crónicas propias de las edades medias y avanzadas de la vida, particularmente la enfermedad cardíaca, el accidente cerebrovascular, la bronquitis y la artritis. En algunos países son los trastornos de este tipo los que están pasando a ocupar el lugar principal en el estado actual de la morbilidad y son de especial importancia como causas de discapacidad. Para estos trastornos, es muy útil un código de manifestaciones que identifique las demandas que pueden recibir los diferentes tipos de servicio, pero sólo de forma excepcional podría servir como medio que indicara el cambio producido en un individuo después de entrar en contacto con un sistema de asistencia sanitaria.

Las consecuencias de la enfermedad

Las dificultades se deben a las limitaciones del modelo médico de enfermedad. Toda la situación gira en torno al concepto de enfermedad, que puede representarse simbólicamente como una secuencia:

etiología ➤ patología ➤ manifestación

La Clasificación Internacional de Enfermedades está basada en este modelo. Los componentes de la secuencia se especifican por separado y de distintas maneras dentro de la clasificación. Sin embargo, este modelo no refleja adecuadamente toda la gama de problemas que hacen que las personas entren en contacto con un sistema de asistencia sanitaria. Por eso, es necesario tener en cuenta la naturaleza de las razones por las que se establece dicho contacto.

La enfermedad constituye una dificultad en relación con la capacidad del individuo para desempeñar las funciones y obligaciones que

se esperan de él. En otras palabras, la persona enferma es incapaz de seguir desempeñando su rol social habitual y no puede mantener las acostumbradas relaciones con los demás. Esta perspectiva por su amplitud abarca suficientemente la mayor parte de las demandas que se plantean a un sistema de asistencia sanitaria. Comprende, en un extremo, las enfermedades que pueden suponer peligro de muerte, y, en el otro, situaciones menos claramente médicas como la ansiedad o el deseo de consejo y orientación. El único tipo de contacto que no se incluye en este enfoque es el que se produce en ausencia de los fenómenos de la enfermedad, como sería el caso de quienes acuden para vacunaciones profilácticas. Ya en la Sexta Revisión de la CIE se tenían en cuenta algunos de estos contactos no relacionados con una enfermedad, y este aspecto ha sido objeto de consideración sistemática en la Novena Revisión (Supplementary Classification of Factors influencing Health Status and Contact with Health Services V (Code)*.

Aunque, en la práctica cotidiana, el modelo médico de enfermedad representado más arriba facilita un enfoque muy eficiente para trastornos que se pueden prevenir o curar —el impacto de la enfermedad se alivia indirectamente al tiempo que se consigue controlar la situación que la determina— es incompleto porque no llega a considerar las consecuencias de la enfermedad. Son estas últimas, muy especialmente, las que perturban el curso de la vida habitual y por eso hace falta un marco de referencia que nos permita llegar a comprender estas experiencias; ello resulta especialmente cierto cuando se trata de trastornos crónicos y progresivos o irreversibles.

Por todo ello hay que ampliar la secuencia que subyace bajo los fenómenos relacionados con la enfermedad. Podría representarse así:

enfermedad → deficiencia → discapacidad → minusvalía

La naturaleza de estas varias dimensiones de las consecuencias de la enfermedad, su definición, y el fundamento para el desarrollo de tres esquemas distintos de clasificación serán objeto de estudio más detenido en la primera parte de este manual. Por el momento quizá baste con resaltar que las distinciones facilitan el desarrollo de una política que responda a los problemas, clarificando las posibles aportaciones

(*) Clasificación suplementaria de los factores que influyen en el estado de salud y en el contacto con los servicios de salud —Código V—.

de los servicios médicos, de los medios de rehabilitación y de los Servicios Sociales respectivamente. Por la misma razón, las propuestas presentan diferentes tipos de descriptor del status, con distintas posibilidades de cambio, que se anticipan a la necesidad de estudios evaluativos. Además, los descriptores pueden servir de base para estudiar tanto las razones por las que una persona entra en contacto con un sistema de asistencia sanitaria como un problema relacionado con esto, el de infrautilización, en el que lo que interesa es saber cuáles son los motivos por los que no entran en contacto con el sistema todos aquellos que tienen un determinado problema de salud.

Desarrollo de las clasificaciones

Se ha intentado medir las consecuencias de la enfermedad en muchas ocasiones y desde distintos puntos de vista. Una de las corrientes ha tratado de estructurar la experiencia en sus contextos clínicos y de rehabilitación; es algo que ha alcanzado especial importancia en los Estados Unidos. En general, se ha concedido gran importancia a funciones tales como las actividades de la vida diaria, y el enfoque se ha basado normalmente en procedimientos de valoración³. Hay una orientación más reciente que se ha producido como consecuencia de las peticiones del reconocimiento de la condición individual de discapacitado, bien en encuestas de prevalencia o bien en aquellos casos en que hay que determinar si alguien reúne las condiciones para recibir una pensión u otras formas de ayuda social. La intención ha sido tratar de identificar categorías o grupos de personas que encajen dentro de unos determinados criterios, y por eso los trabajos de este tipo han tenido más que ver con la asignación que con la valoración. Sin embargo, la gama de aplicaciones ha sido considerable, extendiéndose desde estadísticas sanitarias de rutina y ayudas económicas específicas hasta la planificación de servicios de salud, la seguridad social y la administración y la política sociales.

Las personas interesadas por las actividades de medición a escala comunitaria, mediante la recopilación y tabulación de datos estadísticos de utilidad para tales fines se sintieron estimuladas por estas actividades. La Sra. Esther Cahana concibió un proyecto preliminar

3. Wood, P.H.N. y Badley, E.M. (1978) An epidemiological appraisal of disablement. Aparecido en: Bennett A.E., editor. *Recent advances in community medicine*. Edinburgh. Churchill Livingstone.

que Israel presentó a la Organización Mundial de la Salud en 1972. A los pocos meses, se presentó un trabajo más completo por iniciativa de un centro dependiente de la Organización Mundial de la Salud, el Centro de Clasificación de Enfermedades de París, como consecuencia de las conversaciones mantenidas entre la Directora del Centro, Dra. Madeleine Guidevaux, y el Profesor André Grossiord del hospital Raymond Poincaré, en Garches (Francia). Estas propuestas se basaban en dos principios importantes: se distinguía entre las deficiencias y su importancia, es decir, entre sus consecuencias funcionales y sociales; y estos distintos aspectos, ejes de los datos, se clasificaban por separado en diferentes campos de dígitos. Fundamentalmente, el procedimiento se reducía a una serie de clasificaciones distintas, aunque paralelas. Esto se hallaba en contradicción con las tradiciones de la CIE, según las cuales los múltiples ejes (etiología, anatomía, patología, etc.) quedan integrados en un sistema jerárquico que ocupa solamente un campo de dígitos.

En consecuencia, la OMS invitó al especialista Dr. Philip Wood, de Manchester (Inglaterra), a que estudiase la posibilidad de reducir las propuestas formuladas en París a un esquema que fuera compatible con los principios en que se sustenta la estructura de la CIE. Con esa finalidad, se trató de conseguir una clasificación de las deficiencias de carácter jerárquico y de tres dígitos, parecida en la forma a la CIE, con tres dígitos adicionales en relación con la discapacidad y minusvalía en forma de movilidad, dependencia física y dependencia económica. Al mismo tiempo, se hicieron unos primeros intentos para sistematizar la terminología utilizada en relación con las consecuencias de la enfermedad. Estas ideas se pusieron en circulación en 1973 de manera no oficial, y se solicitó ayuda sobre todo a los grupos más directamente interesados por la rehabilitación.

Pronto se vio que las dificultades no provenían sólo de la nomenclatura, sino también de la confusión en torno a los conceptos de fondo. Tras aclarar estas ideas, se comprobó que resultaría poco satisfactorio elaborar un solo proyecto que se adaptara a los principios taxonómicos de la CIE. Tal sistema podría servir para tratar de deficiencias, pero para hacer una síntesis de las distintas dimensiones de la desventaja habría que llegar a compromisos arbitrarios, y muchas veces contradictorios, entre las distintas dimensiones o roles señalados. En consecuencia, se concluyó que una clasificación de la minusvalía debía estructurarse de distinta manera, y que se debía tomar como base el ordenamiento de los diferentes estados de cada

dimensión. En la primera sección de este manual se habla con más detenimiento de todo esto.

Después de las conversaciones celebradas con el profesor Grossiord y el centro de París, se prepararon clasificaciones por separado de deficiencias y minusvalías. Estas se difundieron ampliamente en 1974, dando lugar a múltiples comentarios y sugerencias. Entre las contribuciones más importantes en orden al perfeccionamiento de estos esquemas pueden mencionarse las promovidas por iniciativa de las organizaciones siguientes: International Continence Society (Eric Glen), International Council of Ophthalmology (August Colenbrander), International and European Leagues against Rheumatism (Philip Wood), International Society for Prosthetics and Orthotics (Hector W. Kay, fallecido) y Rehabilitation International (K.A. Jochheim). Hay que agradecer también las contribuciones individuales de Elizabeth M. Badley y Michael R. Bury, y el trabajo de Bernard Isaacs y Margaret Agerholm. La OMS puso también en circulación varios informes, tanto en su sede de Ginebra como en su Oficina Regional para Europa en Copenhague.

Se celebraron nuevas conversaciones, esta vez entre la OMS y representantes de la Asociación Internacional de la Seguridad Social y el Departamento de Seguridad Social de la Organización Internacional del Trabajo. La responsabilidad de ordenar los comentarios y elaborar propuestas definitivas recayó sobre el Dr. Wood. Estas fueron presentadas en la Conferencia Internacional para la Novena Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades celebrada en octubre de 1975. A esas alturas el proyecto contaba con un dígito suplementario para referirse a la discapacidad, y se insistía en que el trabajo era en gran parte de carácter experimental y exploratorio. Tras examinar la clasificación, la Conferencia recomendó su publicación con carácter experimental. En mayo de 1976 la 29ª Asamblea de la Organización Mundial de la Salud tomó nota de esta recomendación y adoptó la resolución WHA 29.35, por la que autorizaba la publicación, con carácter experimental, de la clasificación adicional de deficiencias y minusvalías como suplemento —no como parte integral— de la Clasificación Internacional de Enfermedades.

El presente manual, publicado bajo la responsabilidad de la OMS representa una considerable remodelación de las detalladas propuestas presentadas a la Conferencia de la Novena Revisión. La distribución jerárquica de la clasificación de deficiencias ha sufrido una modificación radical con la finalidad de dejar margen para espacios

taxonómicos más estrechamente relacionados con la importancia y frecuencia de su aparición; se ha introducido una clasificación de la discapacidad completamente nueva, de estructura semejante a la clasificación de las deficiencias, y se ha ampliado la extensión de la clasificación de minusvalías. Estos cambios se han realizado teniendo en cuenta las comprobaciones realizadas de forma preliminar, las sugerencias presentadas por la International Federation of Societies of Surgery of the Hand (Alfred B. Swanson) y otras sugerencias presentadas por las personas y organizaciones mencionadas anteriormente, así como por la UNESCO.

Aplicación práctica de las clasificaciones

Alcance y estructura del manual

El presente manual contiene tres clasificaciones distintas e independientes, cada una de ellas relacionada con un plano diferente de la experiencia a que da lugar la enfermedad.

- a) *Deficiencia* (código DE), hace referencia a las anormalidades 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.
- b) *Discapacidades* (código DI), reflejan las consecuencias de la deficiencia desde el punto de vista del rendimiento funcional y de la actividad del individuo; las discapacidades representan, por tanto, trastornos al nivel de la persona.

Estos dos aspectos son quizá los que plantean menos problemas. Su estructura taxonómica se parece a la de la CIE en cuanto que ambas son jerárquicas, conservando su significado incluso si los códigos se utilizan sólo de forma abreviada y son también exhaustivas. El contraste entre los códigos DE y DI viene dado por la naturaleza misma de lo que se clasifica. Las deficiencias se parecen a la terminología de la enfermedad utilizada en la CIE en cuanto que la mejor forma de entenderlas es considerarlas como fenómenos de umbral; cuando se trata de una categoría concreta cualquiera que sea, lo único que se necesita es un juicio sobre si la deficiencia está presente o no. Por otra parte, las discapacidades reflejan fallos en ejecución, de ahí que pueda preverse de antemano una graduación en

el rendimiento; por eso se ha tenido cuidado de anotar el grado de discapacidad, así como las perspectivas de cara al futuro.

- c) *Minusvalías* (código M), hacen referencia a las desventajas que experimenta el individuo como consecuencia de las deficiencias y discapacidades; así pues, las minusvalías reflejan una interacción y adaptación del individuo al entorno.

La minusvalía es más problemática. La estructura del código M es radicalmente distinta de todas las demás clasificaciones relacionadas con la Clasificación Internacional de Enfermedades. Los contenidos no están clasificados en función de los sujetos o de sus atributos sino más bien teniendo en cuenta las circunstancias en que probablemente van a encontrarse las personas que tienen alguna discapacidad, circunstancias que colocarán a dichos individuos en una situación de desventaja en relación con sus semejantes cuando se tienen en cuenta las normas de la sociedad. El esquema no es exhaustivo y se limita a los roles sociales básicos, lo que se ha considerado como las dimensiones más importantes de la experiencia de hallarse en desventaja: orientación, independencia física, movilidad, ocupación, integración social y autosuficiencia económica. En cada una de estas dimensiones es posible establecer una graduación de las circunstancias, por lo que se requiere tener un conocimiento concreto de la situación del individuo en relación con cada una de ellas. Estas características hacen que los códigos no sean jerárquicos en el sentido comúnmente aceptado de la palabra, y la única forma posible de abreviación consiste en omitir algunas de las dimensiones. La lectura atenta del esquema del código M permite hacerse una idea más clara de estas características.

Estos y otros rasgos de los tres esquemas de clasificación se examinan con más profundidad en la primera sección del manual. También se discuten la valoración y la asignación a las categorías pertinentes. Además, el manual cuenta con un índice en que se relacionan las deficiencias.

Fuentes de datos

Si se exceptúan las encuestas y los informes de investigación, la principal fuente de datos del tipo de los que aparecen en este manual viene dado por los registros realizados cuando alguien entra en contacto con un sistema de asistencia. Por eso, es necesario tener en

cuenta lo que se hace constar en dichos registros; sólo así podrá pensarse en su posibilidad de clasificación de acuerdo con los esquemas de que venimos hablando. Se establece contacto con un profesional que tenga algo que ver con el problema y que puede ser un médico, una enfermera, un terapeuta, un asistente social, un técnico del mutualismo o cualquier otra persona de alguna de las muchas profesiones relacionadas con la sanidad. En esencia, lo que hacen las gestiones que de ello se derivan es poner de manifiesto los problemas del individuo y valorarlos. Las conclusiones de la valoración, más las aportaciones procedentes del intercambio de información, suelen anotarse en el historial.

Una ilustración de este procedimiento puede verse en el caso del diagnóstico médico. Se consigue del individuo información sobre los síntomas y signos. Luego éstos se valoran y consideran conjuntamente. Basándose en conocidas agrupaciones de características, normalmente pueden asignarse los problemas del individuo a una categoría o grupo determinado mediante un diagnóstico específico. Deben tenerse en cuenta especialmente tres aspectos. En primer lugar, los datos en bruto están orientados hacia el individuo, son los síntomas y signos que se presentan en un individuo específico. Desde el punto de vista de un sistema de información, para lo único que serviría todo ello sería para hacer enumeraciones de individuos con características particulares. En segundo lugar, estas características particulares adquieren significado gracias a la categorización, que permite establecer una base de interrelación entre ellos. Con ello se consigue información que se refiere a un grupo, lo cual presenta dos características importantes. En relación con los individuos que pertenecen al grupo, pueden hacerse inferencias que superan los límites de los datos necesarios para la categorización; por ejemplo, además de enumerar el conjunto de síntomas y signos del individuo, un diagnóstico ideal indica también la etiología, patología y pronóstico. Existe también la posibilidad de añadir datos en relación con la categoría tomando como base aspectos comunes generales, como por ejemplo los capítulos de la CIE, lo que facilita la transmisión de información simplificada. El tercer aspecto significativo del diagnóstico médico es que constituye un medio de comunicación de profesional a profesional, fundamentalmente a partir de las características que puedan inferirse de la designación de categoría.

Partiendo de esta base, es posible examinar la naturaleza de la información de que se dispone normalmente en relación con las con-

secuencias de la enfermedad. Aparecen inmediatamente una serie de dificultades, y la forma más clara de reflejar su influencia es continuar con la analogía del diagnóstico médico. En primer lugar, es inevitable que los objetivos difieran de forma considerable entre las distintas profesiones; así lo que tenga interés para un terapeuta reeducador de un niño retrasado es probable que no lo tenga para un asistente social. Debido a esta diferencia de intereses e importancia nos encontramos con la imposibilidad de hacer comparaciones entre los datos. En segundo lugar, la heterogeneidad tiende a hacerse más extrema como consecuencia de que en este contexto la mayoría de las profesiones se ocupan fundamentalmente de la tarea de valoración y de los datos de carácter individual relacionados con ella, sin que se haya llegado a fijar una serie de procedimientos normalizados. La información de este tipo no se presta a una simplificación en orden a la transmisión dentro de un sistema de información; piénsese, por ejemplo, en una enumeración de las dificultades experimentadas en las actividades de la vida diaria, que no tiene una utilidad especial para la planificación de servicios ni para señalar las opciones políticas.

Una tercera dificultad radica en que no se ha conseguido crear conceptos integradores semejantes a los que se utilizan en el caso de las enfermedades. Como consecuencia de ello apenas ha podido disponerse de datos en relación con la categoría, lo cual es un factor importante que da lugar a deficiencias en la planificación y desarrollo de una política en favor de los que padecen una discapacidad. Finalmente, la ausencia de conceptos adecuados que puedan servir a los representantes de las distintas profesiones ha dado lugar a dificultades de comunicación, problema que se ve agravado por la ambigüedad y confusión de la terminología.

Este manual no pretende resolver todas estas dificultades, como indica el hecho de que se publique con carácter experimental. Sin embargo, se presenta para que se compruebe si puede servir de medio para superar algunos de los problemas. Trata de aportar algo a favor de la uniformidad en la terminología y en los conceptos generales y, señalando las formas en que puede conseguirse cierta simplificación mediante la agrupación de características individuales, estimular la normalización y hacer más fácil la comparación de datos. No es probable que los historiales clínicos contengan hoy día todos los detalles necesarios en una forma que se preste adecuadamente a una aplicación rigurosa de los esquemas de clasificación. Sin embargo, es

de esperar que este manual tenga un valor educativo, y que sirva de estímulo para anotar y registrar datos más apropiados.

Hasta el momento en que se logre obtener una información más próxima al ideal deseable, en la que se tenga claramente en consideración estos esquemas, es posible obtener algunos resultados a partir de los registros existentes. A este respecto puede ser práctico indicar algunas posibilidades. La causa que genera las dificultades de un individuo, la enfermedad, puede averiguarse normalmente a partir del diagnóstico indicado en los historiales médicos, por lo que no resulta demasiado difícil hacer una codificación en la línea de la CIE. En los expedientes que no son de carácter médico, puede ocurrir que no resulte fácil determinar la causa subyacente, pero en estos contextos lo más probable es que no tenga demasiada importancia. Tanto en uno como en otro tipo de historial, es probable que se indiquen las consecuencias más inmediatas de la enfermedad, las deficiencias más importantes, por lo que no habría obstáculos insuperables para establecer una codificación en la línea del código DE. El aspecto principal que probablemente merecerá más atención en el futuro se refiere a la identificación de criterios y a su relación con la mayor o menor gravedad.

El código D requiere un tipo de información que es probable también que se encuentre ya registrada, aunque habrá que tener cuidado con la variación resultante de la utilización de la valoración clínica, los tests funcionales (incluyendo las actividades de la vida diaria) o cuestionarios. No debe resultar demasiado difícil poder valorar y dar con las categorías propuestas mediante un cuestionario. Sin embargo, hay que tener también cuidado al considerar la forma en que se plantea la discapacidad en los distintos contextos: ya sea una definición profesional de carácter médico basada en el dictamen de un doctor, una definición conductual a partir del rendimiento en una serie de actividades seleccionadas, o una definición legal que pretende determinar si alguien tiene derecho a percibir determinado subsidio.

La valoración de la minusvalía requiere ineludiblemente que se tenga en cuenta las dimensiones y categorías que aparecen en el código M. Por ello, el hecho de inclinarse por la inclusión en una u otra de las categorías básicas no debe resultar excesivamente difícil ni requerir un esfuerzo especial. Ello quiere decir que es posible elaborar el esquema pero sólo la experiencia posterior descubrirá hasta qué punto es válido y se presta a establecer comparaciones. En relación

con la aplicación retrospectiva a los datos existentes, la dificultad principal será seguramente la escasez de información, pero la orientación del material de que se disponga puede resultar instructiva⁴. Sin embargo, a la hora de aplicar la clasificación hay que tener en cuenta ciertos problemas. En primer lugar, la desventaja puede ser percibida desde tres puntos de vista diferentes: subjetivamente, por el propio individuo; por sus allegados, y por la comunidad en conjunto. En segundo lugar, existe cierta ambigüedad en la forma de considerar la minusvalía en relación con el sistema social. En tercer lugar, no es posible que un esquema pensado para que tenga validez internacional se corresponda exactamente con los criterios que se utilizan para decidir si alguien tiene derecho o no a recibir determinado subsidio. Estos y otros problemas relacionados con ellos se estudian con mayor detalle en la primera sección de este manual.

Aplicaciones de la información

Un principio fundamental de taxonomía es que la clasificación se subordina a un objetivo. Puede dar la impresión de que con ello se excluye la posibilidad de esquemas de orientación general, y, como ya se ha señalado, para abarcar todos los planos de las consecuencias de la enfermedad ha sido necesario elaborar tres taxonomías distintas. Sin embargo, esta norma no impide la elaboración de clasificaciones que puedan servir simultáneamente para objetivos distintos, como demuestran la duración y solidez de la estructura básica de la CIE; el único precio a pagar por esta flexibilidad es algún que otro compromiso en materia controvertida. Los esquemas que aparecen en este manual se han hecho teniendo en cuenta estas consideraciones, intentando al mismo tiempo no perder de vista las necesidades de una amplia gama de posibles usuarios, de ahí que pueda resultar práctico señalar algunas de las aplicaciones específicas.

Las tres categorías fundamentales de necesidades son análogas a las que tratan de resolverse en la mayoría de los casos en que se aplica la CIE, a saber:

- (a) Para la elaboración de estadísticas sobre las consecuencias de la enfermedad. Estas son imprescindibles para supervisar las tendencias, para planificar servicios, y para estudios de investigación en el campo de la epidemiología y sociología de la

4. Wood and Badley, *op. cit.*

discapacidad y la minusvalía. En este último campo son particularmente reveladoras las discrepancias existentes entre los tres planos y los determinantes de estas diferencias cuando se trata de establecer la mayor o menor gravedad.

- (b) Para la elaboración de estadísticas de interés para la utilización de los servicios. No solamente pueden servir de base para la planificación de servicios, sino también para facilitar la evaluación.
- (c) Para la indización y recuperación de la documentación sobre casos en función de las características señaladas en las clasificaciones.

Como ya queda dicho, cada uno de los tres esquemas se limita a un solo plano de las consecuencias de la enfermedad. Esto quiere decir que para conseguir un perfil completo, que comprenda desde la causa subyacente de la deficiencia hasta la desventaja que se sigue de ella, hay que recurrir a los tres códigos utilizándolos conjuntamente con la CIE para llegar así a una descripción exhaustiva del status. Cabe esperar que en un contexto clínico cotidiano se haga uso del esquema completo de forma que, además de resolver las necesidades mencionadas anteriormente, sea posible llegar a una valoración más comprensiva y global de los problemas individuales y resulte más fácil una evaluación crítica.

Por otra parte, hay que decir que los códigos se han pensado de forma que se puedan utilizar independientemente cuando se trata de objetivos específicos. En relación con estas aplicaciones más limitadas se ha buscado que los códigos de deficiencia, discapacidad y minusvalía estén orientados a los servicios médicos, rehabilitadores y sociales, respectivamente. Sin embargo los datos sobre discapacidad y minusvalía son también significativos para áreas más amplias de la política social, como, por ejemplo, las relacionadas con la educación, empleo y vivienda. Finalmente, es de esperar también que los códigos representen una aportación en pro de la normalización en la identificación de los problemas y en la conservación de historiales entre los distintos grupos profesionales.

Aunque algunos han pedido la creación de un instrumento que sirva para clasificar deficiencias y discapacidades conjuntamente con la CIE, la naturaleza y amplitud de los esquemas propuestos superan ampliamente lo que se habría pensado en un principio. Ello está en consonancia con el objetivo de "Salud para todos en el año 2000", declarado por la Organización Mundial de la Salud. Una mejor

información sobre las consecuencias de las enfermedades crónicas y situaciones de discapacidad deben constituir una colaboración fundamental para la realización de este objetivo.

El desarrollo de estos esquemas de clasificación ha supuesto un gran avance por terreno nuevo. Ya ha quedado constancia del agradecimiento debido al esfuerzo realizado por muchos grupos y personas. Sin embargo, la experiencia de este área de clasificación, sobre todo en sus aplicaciones prácticas, es muy limitada. Después de numerosas consultas, se llegó a la conclusión de que, para que estas propuestas experimentales y de tanteo pudieran tener una consistencia y coherencia global, la tarea de su integración y redacción final debería correr a cargo de un solo individuo. El proceso más usual de revisión mediante deliberación en grupo, se preferiría cuando hubiera que manejar variaciones derivadas de la experiencia práctica en amplios campos de aplicación, y cuando hubiera que resolver entre puntos de vista conflictivos. Por estas razones, los usuarios que encuentren dificultades en la aplicación de la clasificación quedan invitados a enviar sus observaciones tanto al Dr. Philip H.N. Wood; Arthritis and Rheumatism Council Epidemiology Research Unit, University of Manchester Medical School, Manchester M13 9PT (Inglaterra), como a la Organización Mundial de la Salud.

En este manual se han utilizado las siguientes siglas y abreviaturas de la CIE:

- NCOP: no clasificable en otra parte
- SAI: sin otra especificación ("sine altera indicatione").
- * : categoría de combinación (para reducir la información sobre una serie de deficiencias a una sola categoría).
- otra: en los títulos de categorías dentro de la clasificación el término "otra" significa cualquier especificación que no esté incluida en las categorías precedentes (por ejemplo, la inclusión en la categoría "deficiencia total, derecha" exige que sea especificado el lado derecho; la siguiente categoría es "otra deficiencia completa", y dentro de ella se incluirían aquellas en que se hallara especificado el lado izquierdo o ambos lados, y también aquellas en que no se especificara el lado afectado).
- dígitos
- 8 y 9 : se utilizan, respectivamente, para las categorías de "otra" o "sin especificar".

SECCION I

LAS CONSECUENCIAS DE LA ENFERMEDAD

La respuesta a la enfermedad

Enfermedades agudas y crónicas

Un marco de referencia unificado

Planos de la experiencia

Deficiencia

Discapacidad

Minusvalía

Integración de conceptos

Aplicación de los conceptos

Terminología

Desviación de las normas

Medición

Clasificación de las deficiencias

Clasificación de las discapacidades

Dimensiones de la desventaja

Clasificación de las minusvalías

LAS CONSECUENCIAS DE LA ENFERMEDAD

El presente manual se propone mejorar la información sobre las consecuencias de la enfermedad. Esta tarea depende de la forma en que se considere la naturaleza de las experiencias relacionadas con la salud. Por eso, es necesario intentar primero clarificarlas.

La respuesta a la enfermedad

Al contemplar los fenómenos patológicos suele invocarse el concepto general de enfermedad. Esta noción y sus derivados, tales como la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), consideran los fenómenos patológicos como si no tuvieran relación con los individuos a los que afectan. Formas de pensar tradicionales firmemente asentadas han fomentado esta separación; suelen hacer distinciones categóricas entre los mundos de la naturaleza y del hombre, entre seres vivientes y no vivientes, entre cuerpo y alma. Sin embargo, este enfoque contiene algunas limitaciones evidentes. Al considerar por separado la enfermedad y la persona que la padece, apenas suelen tenerse en cuenta sus consecuencias. Estas consecuencias —las respuestas del propio individuo y de sus allegados o personas de quienes depende— adquieren mayor importancia a medida que varía el peso de la enfermedad. Podemos aclarar estos problemas señalando el contraste entre procesos agudos y crónicos.

Enfermedades agudas y crónicas

En el habla coloquial, "agudo" suele indicar algo acentuado o intenso, mientras que "crónico" significa gravedad en el sentido de algo molesto o muy malo. Por esta razón, los pacientes se alarman a veces cuando se enteran de que en la designación oficial de su situación aparece este último término por ejemplo, bronquitis crónica. Sin embargo, el sentido dado por los profesionales a estas palabras se mantiene más fiel a su etimología. Así, "agudo" significa "que termina en un punto agudo", lo cual implica una duración limitada, que, en los casos más típicos, culmina en una crisis. Por otra parte, "crónico", que deriva de una palabra que significa "tiempo", indica "larga duración". Hay una amplia gama de propiedades interrelacionadas y asociadas a su vez a estos contrastes en la escala temporal; por eso, resulta innecesaria una formulación precisa de los límites cronológicos existentes entre los procesos de carácter agudo y los de carácter crónico.

Las características de una enfermedad aguda se pueden apreciar claramente en las infecciones agudas. La irrupción del síndrome suele ser repentina. Puede ser necesario guardar cama, entre otras cosas porque normalmente se considera que el reposo facilita la recuperación. Además, se espera estar poco tiempo en ese estado. Estas tres características contribuyen a suscitar dos respuestas importantes. En primer lugar, la interrupción de la actividad normal se produce de tal forma que resulta aceptable tanto para el paciente como para los demás. En segundo lugar, la situación contribuye a que se acepte plenamente el consejo de un profesional. Para el profesional que se dedica a una actividad sanitaria, la situación es también relativamente clara. El intervalo entre la exposición al probable agente causal y el desarrollo de la enfermedad tiende a ser corto, de modo que con simples modelos de causalidad se puede explicar la presencia del síndrome. La alta incidencia de muchas enfermedades de carácter agudo hace posible que el profesional pueda tener experiencia de distintos tipos de respuesta. Se precisan decisiones poco complicadas; tanto si es preciso actuar como si hay tiempo para reflexionar sobre cuál es la forma de ayuda más adecuada. La mayoría de las enfermedades agudas son de alcance limitado; algunas pueden entrañar un peligro mortal, pero la mayoría, debido a su duración limitada, representan para el paciente una amenaza mínima. Estos rasgos estimulan la actitud paternalista del profesional, de tal manera que es muy común el considerar la mitigación de los síntomas como medio

de alivio al paciente hasta que haya pasado la crisis. Finalmente, la concentración de esfuerzo necesaria para tratar los casos de enfermedad aguda no resulta demasiado difícil de justificar; aunque la prevención primaria puede ser una solución más económica, la dedicación de recursos en favor del control secundario por parte de los servicios sanitarios es, al menos, limitada en el tiempo. Así, en términos de política, las opciones en relación con lo que se puede conseguir con un determinado nivel de inversiones en servicios sanitarios suelen estar bien definidas: se trata simplemente de decidir si se va a responder o no a los distintos problemas de salud de carácter agudo.

La enfermedad crónica plantea desafíos distintos. Normalmente se declara de forma insidiosa; puede darse una progresión gradual de los síntomas, o puede ocurrir que vayan apareciendo problemas más permanentes como consecuencia de una serie de episodios agudos. La confianza y las esperanzas se debilitan; normalmente resulta difícil dar una explicación de lo que pasa, no se ve el final de todo ello y la propia percepción —la sensación de la propia identidad— se ve perturbada por los cambios producidos en el cuerpo y en su comportamiento. La restricción de las actividades, aunque a veces es considerable, no suele llegar, sin embargo, a producir la incapacidad total hasta un momento ya muy avanzado en el curso de la enfermedad. La legitimación o aceptación por parte de los demás puede resultar más difícil cuando se trata de alguien que vive con un cierto grado de independencia, entre otras razones porque no es posible suspender las obligaciones indefinidamente; por eso, se impone la necesidad de aceptar de alguna manera la nueva situación. Finalmente, la persistencia de los problemas descubre implícitamente que existen limitaciones en las posibilidades del tratamiento médico, por lo que muchas veces se aceptan con reservas las recomendaciones del profesional de la salud, quien tropieza además con dificultades complementarias. La frecuencia de las situaciones crónicas puede ser alta, pero su incidencia es relativamente baja; por eso la experiencia normal hace referencia más bien a una gama de problemas que se presentan en un reducido número de pacientes. Esto ha sido uno de los factores que han contribuido al desarrollo de la especialización médica y a la concentración de los medios de asistencia en grandes instituciones, como los hospitales. Las mismas decisiones clínicas resultan más problemáticas, pues el desconocimiento del avance de la enfermedad crónica hace que el diagnóstico sea más difícil; en muchas ocasiones hay que posponer las conclusiones definitivas, y, sin embargo, puede ser necesario actuar a pesar de esta ausencia de seguridad.

Las exigencias son distintas en otros aspectos importantes. Así, el impacto de la situación sobre el individuo, aunque considerable, no llega a ser tan abrumador que le obligue a prescindir de todo lo demás. La situación clínica se ha de considerar en el contexto de la vida, pues oscila como ella, entre el hogar y el trabajo. Los síntomas que reflejan deficiencias o discapacidades exigen, por derecho propio, que se hagan esfuerzos para conseguir una mejoría. También la sensibilidad queda sometida a prueba; prácticamente todos tienen que padecer en un momento u otro una enfermedad aguda, de forma que no resulta demasiado difícil imaginarse a uno mismo en la situación del paciente, pero el conocimiento personal de una dolencia crónica es mucho menos frecuente. Finalmente, el alcance multidimensional de los problemas que se presentan en las personas afectadas por una enfermedad crónica, tiende a propiciar un enfoque basado en las necesidades, lo que da lugar a consecuencias potencialmente inflacionarias en los servicios de salud y en los servicios sociales. Por eso, suele ser más difícil y controvertido llegar a formular una política; entre los distintos problemas presentados por los individuos afectados hay que elegir aquellos a los que se va a dar respuesta.

Un marco de referencia unificado

Los desafíos que se plantean a la asistencia sanitaria son ahora distintos por el hecho de que la enfermedad crónica va pasando a ocupar una posición predominante. Los propios pacientes, los profesionales de la salud encargados de atenderles, y los planificadores y organizadores que tratan de adaptarse a las variadas necesidades que van surgiendo —cada uno a su manera—, encuentran dificultades para adaptarse a las consecuencias de la enfermedad. La confusión compartida por los tres grupos se debe fundamentalmente a la ausencia de un esquema o marco conceptual con los que puedan relacionarse las experiencias. Estas limitaciones en la comprensión son un obstáculo a la hora de mejorar la información pertinente, y esto a su vez impide que se progrese en la búsqueda de respuestas válidas.

Planos de la experiencia

Los principales acontecimientos en la evolución de una enfermedad son los siguientes:

(i) *Algo anormal ocurre en el individuo*; puede estar presente en el momento de nacer o adquirirse más tarde. Una cadena de circunstancias causales, la “etiología”, da lugar a cambios en la estructura o funcionamiento del cuerpo, la “patología”. Los cambios patológicos pueden hacerse patentes o no; en caso afirmativo, se describen como “manifestaciones”, que, en lenguaje médico, suelen designarse normalmente como “síntomas y signos”. Estos rasgos son los componentes del modelo clínico de enfermedad, como ya se indicó en la introducción.

(ii) *Alguien se da cuenta de lo que ocurre*; en otras palabras, se exterioriza el estado patológico. En la mayoría de los casos el propio individuo toma conciencia de las manifestaciones de la enfermedad, normalmente conocidas con el nombre de “enfermedad clínica”. Sin embargo, hay que tener también en cuenta otros dos tipos de experiencias.

(a) En no pocos casos, ocurre que se presentan síntomas que no pueden relacionarse en un momento dado con ningún proceso de enfermedad subyacente. Desde luego, hay algo que aflora al exterior, aun cuando no se sepa cuál es su razón. La mayoría de los profesionales sanitarios atribuirían dichos síntomas a un trastorno —todavía sin identificar— de alguna estructura o proceso corporal esencial.

(b) En contraste con lo anterior, puede detectarse alguna anomalía de la que el propio “paciente” no es consciente. Esta patología sin síntomas constituye a veces una enfermedad subclínica, que hoy en día se va detectando más a medida que aumentan los programas de reconocimiento. También puede ocurrir que sea un familiar o algún otro quien llame la atención sobre las manifestaciones de la enfermedad.

Desde el punto de vista del comportamiento, el individuo ha tomado conciencia o se ha visto obligado a tomar conciencia de que está enfermo. Su enfermedad es el preludeo que anuncia la existencia de *deficiencias*, anomalías en la estructura y apariencia corporal, y en el funcionamiento de un órgano o sistema, como consecuencia de alguna causa. Las deficiencias representan perturbaciones o nivel de un órgano.

(iii) *El rendimiento o conducta del individuo pueden verse alterados* como consecuencia de esta toma de conciencia, bien de forma refleja

o por una decisión consciente. Puede ocurrir que haya que renunciar a algunas de las actividades habituales, y de esta forma se objetiviza la experiencia. Son también significativas las respuestas psicológicas ante la presencia de la enfermedad, que forman parte de lo que se denomina conducta enfermiza, y los fenómenos enfermizos, es decir, una serie de pautas de enfermedad que se manifiestan en la conducta del individuo que trata de responder a lo que otros esperan de él por el hecho de estar enfermo. Estas experiencias representan *discapacidades*, que reflejan las consecuencias de las deficiencias desde el punto de vista del rendimiento funcional y de la actividad del individuo. Las discapacidades representan perturbaciones al nivel de la persona.

(iv) *O bien la propia toma de conciencia, o bien el cambio en la conducta o comportamiento a que da lugar*, pueden colocar al individuo en una situación de desventaja en relación con otros, adquiriendo así la experiencia una dimensión social. Este plano refleja la respuesta de la sociedad a la experiencia del individuo ya sea que se exprese mediante actitudes, como generando un estigma, o a través del comportamiento, pudiendo plasmarse en instrumentos específicos, como sería la legislación. Estas experiencias representan la *minusvalía*, las desventajas que se producen como consecuencia de la deficiencia y la discapacidad. La relación explícita con el valor concedido al rendimiento o status de un individuo hace lógicamente que éste sea el plano más problemático de las consecuencias de la enfermedad.

Cada uno de los tres últimos planos de esta secuencia — exteriorización, objetivación y socialización — merece ahora una consideración más detallada. A esto seguirá un examen a fondo de las interrelaciones entre los conceptos suyacentes, con algunos ejemplos para que se vean más claramente las distinciones.

Def.

Deficiencia

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

Hay que insistir en dos aspectos de esta definición. En primer lugar, el término “deficiencia” es más amplio que el de “trastorno” en cuanto que incluye también las pérdidas; por ejemplo, la pérdida de

una pierna es una deficiencia, pero no un “trastorno”. En segundo lugar, al tratar de llegar a un acuerdo sobre terminología con otras organizaciones internacionales, ha sido preciso introducir algunos cambios en las definiciones que aparecían en un borrador preliminar de este manual¹. En esta redacción provisional, se consideraba que las limitaciones funcionales formaban parte de la discapacidad, mientras que ahora se han asociado a las deficiencias; este cambio permite resolver cuestiones de límites entre una y otra que originalmente quedaban poco claras.

La deficiencia representa la desviación de alguna norma en el estado biomédico del individuo; la determinación de sus elementos constitutivos recae, en primer lugar, en aquellos que están cualificados para emitir un juicio sobre el funcionamiento físico y mental según modelos generalmente aceptados. La deficiencia se caracteriza por pérdidas o anomalías que pueden ser temporales o permanentes, e incluye la existencia o aparición de una anomalía, defecto o pérdida en una extremidad, órgano, tejido u otra estructura corporal, o un defecto en un sistema funcional o mecanismo del cuerpo, incluyendo los sistemas de la función mental. Aunque influya en la descripción de la identidad en un momento dado, no hay que dejar de recalcar que la deficiencia no tiene necesariamente que ir unida a una serie de rasgos asociados.

Por tanto, la deficiencia no se subordina a su etiología, al cómo apareció o se desarrolló la situación; incluye tanto situaciones innatas como adquiridas, como puede ser una anomalía genética o las consecuencias de un accidente de tráfico. La utilización del término “deficiencia” no indica necesariamente que haya una enfermedad o que se deba considerar que el individuo está enfermo. De la misma manera, la desviación de la norma no tiene por qué ser percibida necesariamente por el individuo que tiene la deficiencia, como podrá entenderse claramente después de lo que hemos dicho sobre la exteriorización. Por el mismo motivo, un concepto de deficiencia latente constituye una contradicción en los términos — el individuo que está expuesto a la acción de un agente etiológico extraño o que es portador del mismo no tiene una deficiencia; la deficiencia se sigue solamente cuando el agente ha desencadenado una reacción en el cuerpo de forma que se ponga en marcha el proceso patológico.

1. Wood, P.H.N. (1975) *Classification of impairments and handicaps* (Unpublished document WHO/ICD9/REV. CONF/75.15).

Def.

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.

Al constituir el eslabón entre la deficiencia y la minusvalía, es muy probable que el concepto de discapacidad parezca más bien vago, variable o arbitrario. Sin embargo, como ya se ha indicado, la limitación funcional se considera ahora como un aspecto de la deficiencia, y con ello deberían quedar resueltas la mayor parte de las dificultades. La deficiencia se refiere a las funciones propias de cada parte del cuerpo; por ello tiende a ser una noción algo idealista, que refleja una posibilidad en términos absolutos. La discapacidad, por el contrario, se refiere a actividades complejas o integradas que se esperan de la persona o del cuerpo en conjunto, como pueden ser las representadas por tareas, aptitudes y conductas.

La discapacidad representa una desviación de la norma desde el punto de vista de la actuación como individuo, a diferencia de la del órgano o mecanismo. Lo característico de este concepto son los excesos o defectos en relación con la conducta o actividad que, normalmente, se espera y que pueden ser temporales o permanentes, reversibles o irreversibles, progresivos o regresivos. La característica fundamental es la objetivación. Este es 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. En otras palabras, la discapacidad toma forma al tiempo que el individuo toma conciencia de un cambio en su identidad. Entre las expectativas habituales se incluye la de un funcionamiento integrado de lo físico, lo psicológico y lo social, y no es realista esperar que se dé una separación clara entre los aspectos médicos y sociales de la actividad. Por ejemplo, las incapacidades físicas y las conductas socialmente desviadas son transgresiones de lo que se espera del individuo; las importantes diferencias existentes entre ellas se refieren al valor que se concede a tales desviaciones y a las sanciones que consiguientemente se pueden aplicar; estas valoraciones tienen más que ver con el concepto de minusvalía que con el de discapacidad.

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.

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 este concepto hay tres características importantes que deben tenerse presentes:

- (i) Se concede un valor a la desviación de una norma estructural, funcional o de actuación, bien por parte del propio individuo o de sus semejantes en el grupo con que se relaciona.
- (ii) La valoración depende de las normas culturales, de tal manera que una persona puede ser minusválida en un grupo y en otro no —el tiempo, lugar, status y rol son todos ellos elementos con los que hay que contar.
- (iii) De primera instancia, la valoración suele ser en desventaja del individuo afectado.

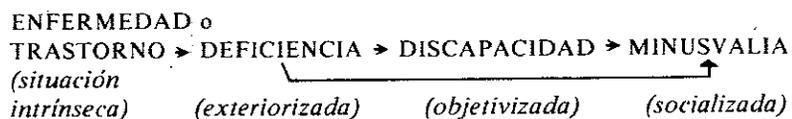
La condición de minusválido hace referencia a otras personas, de ahí la importancia de los valores sociales existentes, los cuales, a su vez, están influenciados por la organización institucional de la sociedad. Así, las actitudes y respuestas de los minusválidos desempeñan un papel fundamental en la modelación del concepto de sí mismo y

en la delimitación de las posibilidades de un individuo que es potencialmente minusválido, al que le queda un margen de libertad muy reducido para poder determinar o modificar su propia realidad. En este contexto es importante tener en cuenta que la sociedad responde de distinta manera según las deficiencias sean visibles o invisibles y las desventajas graves o ligeras.

La minusvalía se caracteriza por una discordancia entre la actuación o status 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. La esencia de una valoración negativa por parte de la comunidad es la discriminación, pero, sin embargo, el concepto es esencialmente neutro por lo que se refiere a sus orígenes. De modo que la intención del propio individuo no tiene una repercusión inmediata; la desventaja puede presentarse cuando el individuo se desvía a pesar de sus propios deseos, pero puede aparecer también cuando la desviación pasa inadvertida o es producto de su propia decisión. Dentro del concepto se pueden incluir también fenómenos como el "invalidismo" o dependencia excesiva de una institución.

Integración de conceptos

Las ideas expuestas pueden quedar relacionadas de la siguiente manera:



Aunque esta representación gráfica puede dar la impresión de que hay una progresión lineal sencilla a lo largo de toda la secuencia, la situación es en realidad 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. De esto se concluye que pueden darse disparidades importantes en el grado en que los distintos elementos de la secuencia se separan de sus normas respectivas, y, como consecuencia de ello, no se puede suponer que haya una consonancia en los grados de discapacidad y de minusvalía. Por ejemplo, un individuo con artritis reumatoide puede tener sólo una discapacidad ligera y, sin embargo, tener una importante desventaja, 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.

Hay otros dos fenómenos que contribuyen a que la situación sea todavía más complicada. En primer lugar, algunas discapacidades pueden retrasar o mascarar el desarrollo o reconocimiento de otras capacidades; así, una deficiencia del lenguaje puede dificultar la expresión de otras cualidades relacionadas, como, por ejemplo, la inteligencia. En segundo lugar, puede darse un grado variable de influencia en dirección contraria a la de la secuencia. Así, el hecho de tener determinadas minusvalías puede dar lugar, como consecuencia de la conducta enfermiza, no sólo a distintas discapacidades, sino también, en ciertas ocasiones, a la deficiencia de algunas facultades. Como ya se ha hecho notar, cada uno de los conceptos es en gran parte independiente de sus orígenes, por lo cual no se debe excluir la posibilidad de estos fenómenos secundarios.

La gran ventaja de presentar los conceptos de esta manera es que así se aprecia una secuencia, en la solución de problemas, teniendo la intervención en el nivel de un solo elemento la posibilidad de modificar los elementos siguientes. Esto es de especial importancia en relación con los objetivos de este manual, pues la secuencia puede resul-

tar también valiosa como medio para detectar los déficit de información. Quizá sea de utilidad ver nuevos ejemplos de cómo se expresan estos 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 subnormalidad 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 trata 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.

Aplicación de los conceptos

Antes de intentar aplicar este marco de referencia conceptual a las consecuencias de la enfermedad, es necesario considerar dos dificultades con ello relacionadas.

Terminología

Una razón importante de que en la sociedad falte información sobre los discapacitados que las distintas organizaciones que se ocupan del tema no han llegado a elaborar una definición conjunta y sin ambigüedades de en qué consiste el estado de discapacidad, la deficiencia y la limitación². También se dan incoherencias en la identificación de los problemas, como ha resaltado en un estudio sobre la necesidad de definiciones: "La palabra discapacidad se refiere a una anormalidad que dificulta en cierta manera una función. Un diagnóstico completo debe describir la discapacidad, la anormalidad subyacente, y la causa de la anormalidad. Los padres suelen pensar en la discapacidad, mientras que los médicos hablan muchas veces de las anormalidades o de sus causas, y esto puede dar lugar a malentendi-

2. Townsend, P. (1967) *The disabled in society*. London, Greater London Association for the disabled.

dos”³. La mayoría de los términos que se prestan a confusión se han utilizado en su acepción de sentido común tanto en contextos escritos como hablados. El problema de fondo está en que los conceptos relacionados con la discapacidad y la situación de desventaja no se han estudiado suficientemente y, en consecuencia, no se ha creado un lenguaje sistemático sobre estas cuestiones.

Dos iniciativas de la Organización Mundial de la Salud han contribuido a cambiar esta situación. La primera tuvo lugar en 1975-76, cuando se aprobó en principio el marco de referencia conceptual propuesto en el proyecto preliminar de este manual. La segunda, desarrollada sobre esta base en los años siguientes, ha conseguido que se llegue a un acuerdo sobre la utilización de los términos más importantes en una serie de organizaciones internacionales. La nomenclatura escogida ha encontrado amplia difusión.

Aunque a veces se exagera la importancia de las distinciones semánticas, la piedra de toque de una nomenclatura es ver si con ella se consiguen beneficios prácticos. Esto sería posible en el caso de que una descripción más clara de los procesos descubriera hasta qué punto y en qué forma se pueden solucionar los problemas. Se ha prestado mucha atención a la selección de los términos descriptivos utilizados en este manual, con el objetivo de hacer más claras las diferencias de tipo conceptual. Este esfuerzo se puede apreciar en dos niveles:

(i) Evitar la utilización de una misma palabra para designar una deficiencia, una discapacidad y una minusvalía. En la conversación coloquial se ha observado una tendencia hacia el eufemismo, lo que significa una mitigación en la terminología, por ejemplo, en el caso del retraso mental que pasó primero a llamarse discapacidad mental y luego minusvalía mental(*). Con esto lo único que se consigue es que las diferencias resulten más borrosas; la desventaja experimentada por individuos con deficiencias psicológicas puede ser diferente, por lo cual resulta inadecuado aplicar a una minusvalía el calificativo de “mental”. Los adjetivos descriptivos “mental” y “físico” pueden aplicarse correctamente a las deficiencias, pero su utilización en

3. Mitchell, R.G. Editorial. *Develop. Med. Child. Neurol.*, 15, 1973 279-280.

(*) En castellano la evolución no se corresponde con la que aquí se menciona y depende mucho de los diversos países de nuestra habla donde de hecho se manejan términos como «deficiencia mental», «subnormalidad», «retraso mental», «minusvalía psíquica», etc. (Nota del editor).

relación con las discapacidades es poco precisa y, si se trata de minusvalías, completamente inadecuada. Puede que sea inútil esperar que se vaya a invertir esta tendencia a utilizar los términos con poca precisión, pero al menos cuando se trata de una exposición rigurosa conviene ser fieles a la lógica de la terminología para dar así más fuerza al marco de referencia conceptual.

(ii) Además de buscar términos descriptivos diferentes, parece conveniente utilizar 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.

Quizá se comprenda mejor con unos ejemplos:

<u>Deficiencia</u>	<u>Discapacidad</u>	<u>Minusvalía</u>
— del lenguaje	para hablar	} de orientación
— del órgano de la audición	para escuchar	
— del órgano de la visión	para ver	
— músculo esquelética	{ para arreglarse para alimentarse de ambulación	{ de independencia física de movilidad
— psicológica	de la conducta	de integración social

Para las deficiencias concretas, se han utilizado siempre que ha sido posible la nomenclatura y clasificación empleadas por las organizaciones internacionales que se ocupan de temas afines, como por ejemplo la Internacional Society for Prosthetics and Orthotics (Sociedad Internacional de Prótesis y Ortesis).

Desviación de las normas

Los tres conceptos —deficiencia, discapacidad y minusvalía— relacionados con las consecuencias de la enfermedad dependen todos

ellos de la desviación de las normas. La determinación del grado de desviación existente depende a su vez de la definición de la norma en cuestión, pudiendo especificarse implícita o explícitamente. Hay tres posibles formas de hacer esta definición:

(i) Para los aspectos cuantitativos, como por ejemplo la altura del cuerpo, puede servir de ayuda la utilización de los conceptos estadísticos de "lo normal" y sus desviaciones. Sin embargo, aunque este enfoque puede servir para indicar la conformidad con un tipo, se dan algunas limitaciones y no cabe duda de que los métodos estadísticos apenas sirven cuando la norma se refiere a un valor. Los conceptos estadísticos resultan atractivos porque parece que no tienen relación con un valor, lo cual atrae a muchos profesionales de la Salud con formación científica. Este deseo de objetividad se ve favorecido por la ilusión de que las nociones corrientes de causalidad utilizadas en la ciencia son normativas, como si representaran relaciones de hecho o conexiones contingentes entre los fenómenos. La verdad es que hasta la misma noción de lo que debe considerarse como agente causal en una enfermedad tiene relación con una visión normativa del organismo normal o sano.

(ii) Los puntos de vista normativos, como los que acabamos de mencionar, están determinados por su referencia a un ideal. Esta aproximación a la norma se relaciona implícitamente con los fenómenos de umbral. Hasta cierto punto se puede acotar la situación si se formulan algunos criterios normalizados, que sirvan para asignar los fenómenos a la clase que les corresponda según se conformen o no al ideal. Estos métodos se pueden aplicar en el campo de la deficiencia a los fenómenos no cuantificados y a la mayor parte de las discapacidades.

(iii) Adentrándose un poco más en la teoría de la desviación, quedan todavía otras normas que están determinadas por las respuestas de la sociedad. Tienen importancia en relación con algunas discapacidades y con la mayor parte de las minusvalías. En general, resulta más difícil organizar estas normas en categorías repetibles a no ser que se recurra a métodos engorrosos y muy arbitrarios como, por ejemplo los que se utilizan para decidir si una persona tiene derecho a percibir un subsidio. Sin embargo, la particular importancia de las normas sociales en este contexto es que nos indican que las percepciones de un individuo —su convicción de que tiene un problema— o la identidad que otras personas atribuyen al individuo pueden dar lugar a una situación desventajosa.

Existe otro problema que se deriva de la misma naturaleza de las

normas. Las deficiencias o desventajas individuales concretas no son en cuanto tales universales, si bien cuando se consideran en conjunto raro será el que no se desvíe algo de la norma. La definición social de los problemas es la que nos permite resolver las dificultades, pues la orientación del valor hace referencia al interés social; así, en un contexto social, una enfermedad que afecte a los animales salvajes normalmente no creará muchas preocupaciones, mientras que las enfermedades que afectan a los animales domésticos suscitan mayor interés. Por eso, las desviaciones de la norma se deben considerar de tal manera que los puntos de vista se atemperan con la consideración de la posibilidad y conveniencia de una intervención para restaurar la norma. Y ahora es el momento de hacer otra advertencia. Últimamente se ha puesto de moda hablar de minusvalía social, tratando de llamar la atención sobre problemas como la pobreza y las viviendas precarias, fuera del contexto de sus influencias directas sobre la salud. Aunque sea lógico mirar con simpatía todo intento por combatir la miseria social, esta devaluación del concepto de minusvalía no sirve de nada pues confunde la identificación de experiencias específicas relacionadas con la salud y de los medios que podrían servir para controlarlas.

Medición

Para medir las consecuencias de la enfermedad hay que verificar primero quienes están afectados. El proceso de comprobación de quienes tienen discapacidades y minusvalías es de por sí un tanto dudoso, al menos en cuanto proposición absoluta, debiendo tenerse en cuenta dos cuestiones fundamentales. La primera se refiere al sentido en que se dice que un individuo tiene una discapacidad o minusvalía. Esto debería haber quedado aclarado con las definiciones de los conceptos, y es de esperar que estas ideas sirvan para rebatir a los que tratan de descartar el esquema como si se tratara de un intento de clasificar lo inclasificable. La segunda cuestión, que está en la base de la primera, se refiere a los motivos por los que se hace la verificación, pues todo intento por clarificar las ideas en este sentido puede dar lugar a las protestas de quienes opinan que la categorización y la clasificación estigmatizan. Sin embargo, con esta actitud se excluye la posibilidad de realizar un intento coherente de cambiar la situación actual; mientras no se determinen unas categorías, no se puede empezar un cómputo; y hasta tanto no se haga el recuento es imposible saber cuál es la magnitud de los problemas y hacer un uso adecuado de los recursos para intentar controlarlos.

Para superar las dificultades, ha habido que elaborar tres esquemas distintos de clasificación, complementarios de la CIE, uno por cada uno de los tres conceptos principales. Estas clasificaciones tienen la intención de facilitar el estudio de algunas de las consecuencias de la enfermedad. Están concebidas como sistemas de codificación mediante los cuales los detalles de las historias clínicas individuales podrán adoptar forma numérica standard. Con esto será posible recurrir a la forma más elemental de medición: contar cuántos hay dentro de cada categoría. A su vez, estos recuentos pueden asociarse más tarde con los problemas relacionados, para así conseguir una simplificación en la preparación de tabulaciones estadísticas de los datos considerados en su conjunto. De esta manera, las clasificaciones se convierten en un ejemplo ilustrativo del marco de referencia conceptual subyacente, pero hasta cierto punto su valor se puede considerar con independencia del de las elaboraciones teóricas. Esto quiere decir que las clasificaciones deben evaluarse de la misma forma que la CIE, es decir, ¿sirven para conseguir información válida para los usuarios?

En la Introducción aparecen algunas orientaciones sobre la adquisición de datos compatibles con estas clasificaciones, y al final de cada uno de los siguientes capítulos se incluyen sugerencias sobre la valoración y la asignación. Sin embargo, ahora es el momento de hacer una descripción más detallada de los principios que sirven de fundamento para el desarrollo de las tres clasificaciones.

Clasificación de las deficiencias

Es probable que a muchos médicos les resulte extraño pensar en términos de un eje de deficiencias, pues se trata de una cuestión interdisciplinar. En muchos sentidos se puede decir que hay una relación casi inversa entre la CIE y el código de deficiencias (DE). Así, mientras que la CIE admite un conjunto considerable de causas, como en el caso de las enfermedades respiratorias y cardiovasculares, el código DE les concede un espacio relativamente limitado porque las consecuencias funcionales de estos estados de salud son mucho más limitadas. De forma semejante, las consecuencias funcionales de una amputación son virtualmente idénticas, tanto si se trata de algo debido a un trauma como a un defecto congénito, y por eso sólo se presenta una única serie de categorías de codificación; hay que recurrir a la CIE para aplicar distinciones de causa. Sin embargo, el caso

de las amputaciones puede servir también de ejemplo para ver cómo las partes de la CIE no llegan a proporcionar el detalle suficiente para su aplicación clínica, un problema que se presenta también con otros trastornos de las extremidades. Se ha intentado considerar con cierto detalle la diversidad de las consecuencias funcionales de estas afecciones, aunque para ello ha sido necesario recurrir a un cuarto dígito.

La estructura básica del código DE está formada por dos dígitos más un dígito decimal como suplemento; como indicamos más arriba, en algunas partes se sugiere también la utilización de un cuarto dígito. Se ha intentado distribuir el espacio taxonómico de acuerdo con la frecuencia e importancia de los distintos tipos de deficiencia. Por su forma, el código recuerda a la Clasificación Internacional de Enfermedades, en el sentido de que es jerárquico y de que el significado se mantiene aunque el código se utilice solo de forma abreviada. También, y una vez más igual que ocurre con los términos de las enfermedades utilizados en la CIE, la mejor forma de entender las deficiencias es considerándolas como fenómenos de umbral; en relación con una categoría determinada, todo lo que se precisa es un juicio en el sentido de si se da la deficiencia o no. Para llegar a elaborar un único código exhaustivo ha sido necesario establecer compromisos a costa de la especificidad y purismo taxonómico y en beneficio de la simplicidad, por lo que es evidente que ciertos aspectos que han tenido que quedar excluidos; quizá las omisiones más importantes sean las funciones individuales complejas, como el saltar y el arrastrarse. La clasificación tenía que simplificar los detalles, y la preocupación predominante ha sido la de intentar localizar los aspectos más importantes que puedan tener repercusiones en la intervención o ayuda que el individuo pueda necesitar. Desde el momento en que las deficiencias son múltiples, la especificidad pierde importancia. Sin embargo, para poder tener en cuenta la especificidad en los casos deseados, se ha ofrecido una opción siempre que ha sido posible; se puede codificar (codificación múltiple) cada una de las deficiencias individuales o, por el contrario, utilizar categorías especiales de combinación, señaladas con un asterisco en el caso de que la información deba quedar reducida a una única categoría. Otra posibilidad es la utilización del código para identificar la deficiencia que más limitación produce. Todo ello por analogía con el concepto de causa subyacente en relación con la CIE. En este sentido, la función fundamental del grado de detalle ofrecido es definir el contenido de las clases. Es competencia del usuario el decidir con que grado de detalle se hace el registro, de forma que la situación se asemeje a la

existente en el caso de la CIE: definición de las subclases por especificación bastante detallada, pero tabulación de datos agregados con clases más amplias, como los capítulos de la CIE.

Otro problema es que hay ciertas categorías del código DE y de la CIE que parecen superponerse. Esto ocurre especialmente en relación con los síntomas, pero la dificultad puede quedar superada si se tienen en cuenta los objetivos de las dos clasificaciones. Cuando se trata de situaciones que requieren una atención médica, se precisa acudir a la CIE. Si se trata de estudiar las razones por las que las personas establecen contacto con un sistema de asistencia sanitaria, se podría recurrir o al código DE o a la CIE, según cuáles sean los términos de referencia del estudio. Para hacer una evaluación de la eficacia de un sistema de asistencia sanitaria harían falta dos registros con el código DE, uno que indicase el estado inicial y otra que reflejara la situación después del contacto mantenido con el sistema. Sin embargo, lo más probable es que el código DE se utilice como indicador de necesidades no satisfechas. En estas circunstancias, podría muy bien uno limitarse a considerar las deficiencias relativamente permanentes, eliminando los estados transitorios y otros episodios triviales mediante criterios de gravedad y duración (como, por ejemplo, que las anotaciones mediante el código DE sólo se registren en el caso de deficiencias que se hayan dado durante un determinado período de tiempo o que se sigan dando incluso después de un tratamiento médico). Finalmente, una clasificación de deficiencias puede considerarse en muchos sentidos como una clasificación de los problemas relacionados con la salud que pueden acaecer a los individuos. Por ello el código DE tiene importancia en relación con los sistemas de registro de datos sobre problemas y puede ser valioso para los que están interesados en informatizar el tratamiento de tales datos, y que necesitan darles salida gráfica y plenamente interactiva con el ordenador.

Clasificación de las discapacidades

En el proyecto preliminar de este manual se propuso un esquema reducido que permitía registrar las discapacidades de forma un tanto arbitraria, por medio de un dígito suplementario de código DE. Se comprobó que era inadecuado para muchos casos. En consecuencia, el nuevo código de discapacidad (DI) tiene mayor amplitud y en él quedan incluidas las conductas y actividades más importantes de la

vida diaria. El criterio decisivo en la concepción de esta clasificación ha sido la posibilidad de registrar la interacción entre el individuo y su entorno de forma que se pueda apreciar sus capacidades; esto se puede complementar con la clasificación de minusvalías como medio para determinar hasta qué punto se realizan esas capacidades. Quizá el objetivo ideal del código DI sería llegar a presentar un perfil de las capacidades funcionales del individuo, resultado del conocimiento de las discapacidades existentes, de forma que la descripción detallada del entorno hiciera posible la perfecta adaptación a las capacidades del individuo. Por ejemplo, en el caso de un puesto de trabajo en una fábrica que ocupara dos plantas y que tuviera lavabos solamente en una de ellas, haría falta una descripción por separado de cada planta para poder lograr la adecuación a las capacidades funcionales (residuales) de los posibles empleados. Si se consiguiera esto, el código DI podría utilizarse como medio de selección que se aplicaría no sólo a la colocación adecuada en un puesto de trabajo en casos de rehabilitación profesional, sino también a la elección de escuela, alojamiento de los discapacitados, identificación de los ancianos en situación vulnerable y otros objetivos relacionados.

Teniendo en cuenta estas consideraciones hubo que prescindir de muchos de los detalles que se dan en las valoraciones convencionales, como, por ejemplo, aquellos relacionados con las actividades de la vida diaria. Sólo así podría llegarse a establecer un método que fuera de fácil aplicación y se limitara a las funciones más básicas o cruciales. Es posible que los actuales procedimientos de valoración no puedan prescindir de su complejidad pero, como ocurre con el código DE, el detalle adicional podría encajar en el código DI más bien como un medio de clarificación del contenido de las clases más amplias. En las circunstancias actuales, es comprensible que el código DI tenga menos desarrollo que los esquemas que se refieren a la deficiencia y a la minusvalía. Sin embargo, por su forma se presta a futuras ampliaciones en el caso de que el contacto con la realidad vaya descubriendo nuevas necesidades. La estructura básica del código está representada por dos dígitos, con la posibilidad de un dígito decimal suplementario, pero hasta el momento presente no se ha llegado siquiera a utilizar del todo los nueve capítulos principales. Una vez más hay que decir que la forma taxonómica se parece a la de la CIE en cuanto que es jerárquica, que conserva el sentido aún en el caso de que el código se utilice de forma abreviada —esta característica es esencial para poder combinar las circunstancias individuales y ambientales—. Sin embargo, se da una diferencia importante en rela-

ción con la CIE y con el código DE: las discapacidades no son fenómenos de umbral; reflejan fallos en la realización de algo, de manera que hay que contar con que puede haber una serie de grados distintos de rendimiento. Por eso se ha ofrecido la posibilidad de registrar el grado de discapacidad por medio de un dígito suplementario. Además, los que se dedican a la rehabilitación consideran que el poder emitir un pronóstico tiene un valor potencial, por lo que se ha tenido en cuenta este aspecto y se ha facilitado otro dígito suplementario.

Dimensiones de la desventaja

Antes de pasar a ocuparnos de la clasificación de las minusvalías, hay que considerar más detenidamente la naturaleza de la desventaja. Todo intento de medir directamente los valores está lleno de dificultades. Sin embargo, se pueden señalar algunas adquisiciones fundamentales que se relacionan con la existencia y supervivencia del hombre en cuanto ser social y que se espera encontrar en los individuos de prácticamente todas las culturas. Todo individuo que no llegue a tener un desarrollo normal en cualquiera de estas dimensiones de la existencia se encuentra, *ipso facto*, en situación de desventaja en relación a sus semejantes. El grado de desventaja asociado a esa escasez de desarrollo puede variar según las distintas culturas, pero casi sin excepción se da una valoración negativa. Entre estas adquisiciones fundamentales se encuentran la capacidad del individuo para:

- (I) Orientarse en relación con su entorno y poder responder ante sus exigencias.
- (II) Mantener una existencia independiente en relación con las necesidades físicas más inmediatas de su cuerpo, incluyendo entre ellas la alimentación y la higiene personal.
- (III) Desplazarse eficazmente dentro de su entorno.
- (IV) Ocupar su tiempo en la forma que es normal para su sexo, edad y cultura, dentro de lo cual se incluiría el tener una ocupación (como, por ejemplo, cultivar la tierra, llevar una casa o cuidar a los hijos) y el poder realizar actividades físicas como el juego y otras formas de diversión.
- (V) Participar y mantener relaciones sociales con otros.
- (VI) Conservar la independencia y la actividad socioeconómica por medio del trabajo o la explotación de las posesiones materiales, como pueden ser los recursos naturales, el ganado o los cultivos.

Estas seis dimensiones se pueden denominar roles de supervivencia. La clasificación de minusvalías se basa en este análisis. Sin embargo, antes de describir este esquema, hay que considerar algunos otros puntos.

El único valor que se da por supuesto en este análisis es que la existencia y la supervivencia son necesarias y buenas. Tratándose de problemas relacionados con la salud, parece innecesario justificar esta proposición. Los roles de supervivencia tienen la ventaja de que en gran medida son transculturales; de hecho, los problemas de orientación, la dependencia física, la inmovilidad, las limitaciones en la ocupación, el aislamiento social y la pobreza son los problemas más importantes y más frecuentes de los que tienen deficiencias o discapacidades, incluso en las sociedades urbanizadas e industrializadas con un apreciable superávit de riqueza material. Los roles de supervivencia no agotan ni mucho menos las dimensiones de la minusvalía, y habría que tener en cuenta otras situaciones de desventaja. La jerarquía de las necesidades de Maslow⁴ puede constituir un útil marco de referencia conceptual para comprender estos problemas. Los tres planos inferiores son las necesidades fisiológicas, de seguridad y de carácter social, y a ellos se refiere principalmente la clasificación de las minusvalías, por lo general en ese orden. A continuación vienen las necesidades del ego y de reconocimiento del status, ocupando el nivel más alto la autorrealización. Maslow asegura que el hombre se ve motivado a satisfacer las necesidades en un orden predeterminado; el individuo deja de sentirse motivado una vez que ha conseguido satisfacer una necesidad, pero las necesidades de orden superior se dejan de lado mientras no están atendidas otras necesidades más básicas. Estas distinciones jerárquicas pueden ser de utilidad a la hora de determinar las prioridades. Una consecuencia clara de este análisis es el predominio de los roles de supervivencia. Sin embargo, resulta más difícil medir estas necesidades superiores, y no sirve de mucho centrar la atención en problemas más difíciles cuando se dejan de lado necesidades más básicas. Por esta razón la clasificación prácticamente no se ocupa más que de las desventajas que tienen algo que ver con los roles de supervivencia. Quienes tengan interés en estudiar estos aspectos con más detalle podrán, sin duda, elaborar sus propios esquemas suplementarios.

A estas alturas convendría aclarar algo que da lugar a muchas

4. Maslow, A.H. (1954) *Motivation and personality*. New York. Harper & Row.

confusiones. Se ha equiparado frecuentemente la desventaja con la dependencia. Desde luego, la dependencia tiene a su favor el hecho de que resulta bastante fácil de definir y, por lo tanto, de medir. Además, una autosuficiencia fundamental en relación con las realizaciones de carácter físico y material tiene su importancia, entre otras cosas porque el depender de otros implica limitarles de alguna manera su productividad y su tiempo. Este aspecto se ve complicado en muchas sociedades en las que los cambios en el número de personas que integran la familia, la movilidad geográfica y las obligaciones dentro de la familia han hecho que la respuesta a la dependencia se haga de forma colectiva más que individual —problema que se ve complicado por los cambios demográficos que han dado lugar al aumento de la proporción de personas que corren más riesgos, los ancianos—. El principal obstáculo para englobar la desventaja dentro del término “dependencia” es que no refleja las necesidades sociales cuya solución puede significar por sí sola un paso importante hacia la superación de muchas de las desventajas asociadas con irremediables necesidades fisiológicas y de seguridad. Por debajo de ello está el hecho de que la característica principal de las sociedades altamente integradas es la extrema dependencia del individuo respecto de los demás, tanto por lo que se refiere a las relaciones sociales como a las oportunidades de encontrar una ocupación y a la autosuficiencia económica. La realidad es que el hombre es un ser social; las relaciones sociales mantenidas por el individuo son tan esenciales para su supervivencia como puede serlo la capacidad a la hora de satisfacer sus necesidades fisiológicas. De esta manera, la situación del hombre se podría considerar con toda propiedad como una situación de interdependencia. Además, con esto se logra resaltar otro aspecto importante: si se reduce la desventaja en una dimensión, puede que resulte más tolerable la desventaja en otro sentido.

La ausencia de una diferenciación clara y aplicable ha servido para perpetuar la confusión entre discapacidad y minusvalía. En el pasado, el sistema de identificación de la minusvalía se basaba normalmente en la comprobación de la existencia de una discapacidad y de su gravedad. Quizá no sea del todo irracional llegar a la conclusión de que existe una desventaja partiendo del hecho de que se dan determinadas discapacidades, pero al obrar así estamos declarando implícitamente que admitimos una interpretación de los valores y de la interrelación entre la desventaja y la naturaleza y gravedad de la discapacidad. Por eso existe el peligro de que el objetivo de la acción

social se reduzca con demasiada facilidad solamente a la discapacidad. Estamos ante una respuesta reduccionista, que incluye la minusvalía dentro de la discapacidad, y puede dar lugar a que se mantengan puntos de vista no demasiado sensibles ante otras dimensiones de la desventaja, y a que se cometan injusticias. Como ejemplo de esta falta de equidad se pueden mencionar las diferencias habituales, aunque inaceptables, existentes en la retribución económica ofrecida a los que tienen alguna discapacidad según cuál sea la causa de su deficiencia: posiblemente sea el sentimiento de culpabilidad el que pueda explicar por qué normalmente se asignan haberes superiores a los mutilados de guerra. Hay también una tendencia a concentrarse excesivamente en la discapacidad que se produce como consecuencia de deficiencias físicas, en detrimento de la que se debe a deficiencias psicológicas.

La dificultad está en que la medición se puede convertir con demasiada facilidad en determinante de la actividad. Por ejemplo, las mediciones de los cocientes de inteligencia (CI) han determinado muchas veces las oportunidades educativas ofrecidas prescindiendo de la relación con las necesidades, el potencial educativo o cualquier otra cosa que no fuera la existencia de edificios e instituciones para atender a las categorías identificadas de esa manera. Algo muy parecido ha ocurrido con la discapacidad. Desde un punto de vista administrativo, puede resultar más sencillo realizar la comprobación y control del nivel de la discapacidad; se comprende fácilmente la necesidad de contar con criterios de medición que permitan reconciliar las necesidades frecuentemente encontradas de la sociedad y del individuo. Sin embargo, la discapacidad repercute en la desventaja sólo de forma indirecta y por eso es importante delimitar con toda claridad los objetivos. Aunque la minusvalía sea el problema social que más preocupa, no todos los que tienen alguna restricción en su actividad tienen que estar necesariamente en situación de desventaja —pues la restricción de la actividad no se puede considerar *per se* como un fenómeno sociológico—. Hay una diferencia clara entre discapacidad y minusvalía, tanto conceptualmente como en lo que se refiere a los medios de intervención, y los obstáculos metodológicos no son razón suficiente para obligar a que la acción social en relación con la desventaja venga determinada por las mediciones de la discapacidad por sí sola. Como prueba de esto se propone una clasificación de minusvalías que puede ser un instrumento para estudiar directamente la desventaja.

Clasificación de las minusvalías

Después de señalar el problema, es preciso explicar por qué el código (M) de minusvalías ha adoptado la forma que tiene. Un intento de clasificación de variables nominales es relativamente fácil. La exigencia fundamental es que la clasificación sea exhaustiva. En contextos médicos, la segunda exigencia de la lógica más elemental —que las clases sean exclusivas— resulta más problemática, pues en un mismo individuo pueden darse más de una enfermedad, deficiencia o discapacidad. Sin embargo, esta dificultad se puede superar bien mediante la codificación múltiple o mediante soluciones convencionales como las categorías de combinación o reglas de que se basen en conceptos como el de causa subyacente u otros similares. En una clasificación de variables nominales se puede introducir una jerarquización identificando las semejanzas y agrupándolas. Un ejemplo serían los distintos ejes de la CIE, basada en la etiología, el sistema, la localización y la naturaleza. Las deficiencias y discapacidades se pueden clasificar de forma semejante.

La propiedad esencial de las variables nominales es que las clases son mutuamente exclusivas. Cuando se trata del concepto de minusvalía, la situación es muy distinta. Aunque las manifestaciones son limitadas, las consecuencias se refieren a un conjunto más complejo que es difícil de dividir. Desde el punto de vista de la desventaja, las consecuencias son que un individuo no puede seguir desempeñando los roles a los que está acostumbrado o conseguir desempeñar otros a los que en otras condiciones podría aspirar. Sirviéndose de estos roles se pueden señalar dimensiones o componentes de la desventaja, pero la interacción existente entre éstos es tal que hay que reflejarlos todos sin que por ello dejen de ser distintos. Por eso, la primera tarea cuando se quiere construir una taxonomía de la minusvalía es determinar las dimensiones que se desean clasificar. Ya se ha tratado de esto en la sección anterior, en la que se reconocía que, dada la dificultad de medir los valores, lo mejor es estudiarlos por un procedimiento indirecto. Así, el código M hace la clasificación atendiendo, no a los individuos o a sus atributos, sino a las circunstancias en que probablemente se encontraran las personas discapacitadas —circunstancias que normalmente situarán a estos individuos en situación de desventaja en comparación con sus semejantes, teniendo en cuenta las normas imperantes en la sociedad. Es necesario reconocer entonces que lo que nos afecta son los grados de estas dimensiones—. Así pues, dentro de cada dimensión se puede establecer una graduación de

circunstancias, y por tanto hay que determinar la situación del individuo en relación con cada una de ellas. En consecuencia, el código no es jerárquico en el sentido habitual de la palabra, y la abreviación sólo es posible prescindiendo arbitrariamente de algunas de las dimensiones —a diferencia del compromiso entre los distintos ejes o funciones, que es lo que ocurre en la CIE. De la misma manera, un intento de síntesis sería presuntuoso y contraproducente; para ello habría que introducir un juicio de valor en un terreno que es peligrosamente subjetivo.

Se apreciarán más claramente estas características si se examina el código M. Entonces se podrá ver que, considerada como descriptor, cualquier división del código M es un medio para resumir la situación semicuantitativamente, más que para designar categorías discretas. Se ha reducido al mínimo la superposición entre categorías en las distintas dimensiones, pero no ha sido posible eliminarla del todo. Así, un individuo que tiene que guardar cama no sólo está inmóvil sino que se halla en completa dependencia de los demás. Teóricamente sería posible eliminar la superposición, pero en la práctica ha parecido más conveniente considerar cada dimensión por separado, por los motivos mencionados más arriba. Se ha puesto especial interés en la forma de ordenación y distribución de los estados de las distintas dimensiones. No basta con que las categorías tengan un significado en sí mismas, hace falta que sea posible distinguir entre ellas mediante procedimientos no muy complicados y a la vez seguros. Por estas razones no ha sido posible siempre cubrir todo el espectro y utilizar los nuevos dígitos disponibles. Hay que reconocer en este punto el valor de conceptos tales como el de necesidades a intervalo crítico⁵, que se ha adoptado en la dimensión de independencia física y supera con mucho a otras distinciones más arbitrarias, como, por ejemplo, las que se basan en la duración del tiempo durante el cual se necesita ayuda. Sólo los intentos prácticos de clasificación permitirán ver hasta qué punto se han conseguido los objetivos propuestos y si la ordenación dentro de cada dimensión ha sido la adecuada.

Probablemente surgirán otros problemas. En primer lugar, hay tres formas distintas de considerar las desventajas: subjetivamente, por el propio individuo; por sus allegados, y por la comunidad en su

5. Isaacs, B., & Neville, Y. (1975) *The measurement of need in old people*. (Scottish Health Service Studies, No. 34) Edinburgh, Her Majesty's Stationery Office.

conjunto. En segundo lugar, hay una cierta ambigüedad en la forma de entender la minusvalía respecto a terceros —es decir, la minusvalía de un individuo que no tiene ninguna deficiencia pero sufre una situación de desventaja debido a las limitaciones que le imponen una enfermedad crónica o una discapacidad en el seno de la familia—. La dificultad radica en que, si se toma la definición de minusvalía al pie de la letra, no se puede tener en cuenta a estas personas dentro de dicho contexto, pues su desventaja no es consecuencia de su propia deficiencia o discapacidad. En tercer lugar, debe quedar claro, después de todo lo que hemos dicho, que no es posible que un esquema concebido para ser utilizado a escala internacional se corresponda exactamente con los criterios que sirven para determinar el derecho de una persona a recibir un subsidio.

SECCION 2

CLASIFICACION DE DEFICIENCIAS

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

(Nota: "Deficiencia" es un término más genérico que "trastorno" en cuanto que cubre también las pérdidas; por ejemplo, la pérdida de una pierna es una deficiencia, no un trastorno).

Características La deficiencia se caracteriza por pérdidas o anomalías que pueden ser temporales o permanentes, entre las que se incluye la existencia o aparición de una anomalía, defecto o pérdida producida en un miembro, órgano, tejido u otra estructura del cuerpo, incluidos los sistemas propios de la función mental. La deficiencia representa la exteriorización de un estado patológico, y, en principio, refleja perturbaciones a nivel del órgano.

RELACION DE CATEGORIAS DE DEFICIENCIAS DE DOS DIGITOS

1 DEFICIENCIAS INTELECTUALES

Deficiencias de la inteligencia (10-14)

- 10 Retraso mental profundo
- 11 Retraso mental grave
- 12 Retraso mental moderado
- 13 Otro retraso mental
- 14 Otra deficiencia de la inteligencia

Deficiencias de la memoria (15-16)

- 15 Amnesia
- 16 Otra deficiencia de la memoria

Deficiencias del pensamiento (17-18)

- 17 Deficiencia del curso y forma de los procesos de pensamiento
- 18 Deficiencia del contenido del pensamiento

Otras deficiencias intelectuales (19)

- 19 Otra deficiencia intelectual

- 2 **OTRAS DEFICIENCIAS PSICOLOGICAS**
- Deficiencias del estado de consciencia y vigilia (20-22)**
- 20 Deficiencia de la claridad de consciencia y de la calidad de la experiencia consciente
- 21 Deficiencia intermitente de la consciencia
- 22 Otra deficiencia de los estados de consciencia y vigilia
- Deficiencias de percepción y atención (23-24)**
- 23 Deficiencia de percepción
- 24 Deficiencia de atención
- Deficiencias de las funciones emotiva y volitiva (25-28)**
- 25 Deficiencia de los impulsos
- 26 Deficiencia de emoción, afecto y humor
- 27 Deficiencia de volición
- 28 Deficiencia de las funciones psicomotrices
- Deficiencias de pautas de conducta (29)**
- 29 Deficiencias de pautas de conducta
- 3 **DEFICIENCIAS DEL LENGUAJE**
- Deficiencias de las funciones del lenguaje (30-34)**
- 30 Deficiencia grave de la comunicación
- 31 Deficiencia de comprensión y uso del lenguaje
- 32 Deficiencia de funciones extralingüísticas y sublingüísticas
- 33 Deficiencia de otras funciones lingüísticas
- 34 Otra deficiencia del aprendizaje
- Deficiencias del habla (35-39)**
- 35 Deficiencia de la producción de la voz
- 36 Otras deficiencias de la función de la voz
- 37 Deficiencia de la forma del habla
- 80

- 38 Deficiencia del contenido del habla
- 39 Otra deficiencia del habla
- 4 **DEFICIENCIAS DEL ORGANOS DE LA AUDICION**
- Deficiencias de la sensibilidad auditiva (40-45)**
- 40 Deficiencia total o profunda del desarrollo de la audición
- 41 Pérdida de audición bilateral profunda
- 42 Deficiencia auditiva profunda en un oído acompañada de deficiencia moderadamente grave del otro
- 43 Deficiencia auditiva bilateral moderadamente grave
- 44 Deficiencia auditiva profunda en un oído acompañada de deficiencia moderada o menor del otro
- 45 Otras deficiencias de la sensibilidad auditiva
- Otras deficiencias auditivas y del órgano de la audición (46-49)**
- 46 Deficiencia de la discriminación del habla
- 47 Otras deficiencias de la función auditiva
- 48 Deficiencia de la función vestibular y de equilibrio
- 49 Otra deficiencia funcional del órgano de la audición
- 5 **DEFICIENCIAS DEL ORGANOS DE LA VISION**
- Deficiencias de la agudeza visual (50-55)**
- 50 Ausencia de ojo
- 51 Deficiencia visual profunda de ambos ojos
- 52 Deficiencia visual profunda en un ojo acompañada de baja visión en el otro
- 53 Deficiencia visual moderada de ambos ojos
- 54 Deficiencia visual profunda de un ojo
- 55 Otra deficiencia de la agudeza visual
- Otras deficiencias visuales y del órgano de la visión (56-58)**
- 56 Deficiencia del campo visual

57	Otra deficiencia visual
58	Otra deficiencia del órgano de la visión
6	DEFICIENCIAS VISCERALES
	Deficiencia de los órganos internos (60-66)
60	Deficiencia mecánica y motriz de los órganos internos
61	Deficiencia de la función cardiorrespiratoria
62	Deficiencia de la función gastrointestinal
63	Deficiencia de la función urinaria
64	Deficiencia de la función reproductora
65	Defecto en los órganos internos
66	Otra deficiencia de los órganos internos
	Deficiencias de otras funciones especiales (67-69)
67	Deficiencia de los órganos sexuales
68	Deficiencia de la masticación y deglución
69	Deficiencias relacionadas con el olfato y otras funciones especiales
7	DEFICIENCIAS MUSCULO ESQUELETICAS
	Deficiencias de las regiones de la cabeza y del tronco (70)
70	Deficiencias de las regiones de la cabeza y del tronco
	Deficiencias mecánicas y motrices de las extremidades (71-74)
71	Deficiencia mecánica de las extremidades
72	Parálisis espástica de más de una extremidad
73	Otra parálisis de la extremidad
74	Otra deficiencia motriz de la extremidad
	Deficiencias de extremidades (75-79)
75	Defecto transversal de las partes proximales de las extremidades

82

76	Defecto transversal de las partes distales de las extremidades
77	Defecto longitudinal de las partes proximales de la extremidad superior
78	Defecto longitudinal de las partes proximales de la extremidad inferior
79	Defecto longitudinal de las partes distales de las extremidades
8	DEFICIENCIAS DESFIGURADORAS
	Desfiguramiento de las regiones de la cabeza y del tronco (80-83)
80	Deficiencia en la región de la cabeza
81	Deformidad estructural en las regiones de la cabeza y del tronco
82	Otro desfiguramiento de la cabeza
83	Otro desfiguramiento del tronco
	Desfiguramiento de las extremidades (84-87)
84	Insuficiencia de diferenciación de las partes
85	Otra malformación congénita
86	Otros desfiguramientos de carácter estructural
87	Otro desfiguramiento
	Otras deficiencias desfiguradoras (88-89)
88	Orificio anormal
89	Otra deficiencia desfiguradora
9	DEFICIENCIAS GENERALIZADAS, SENSITIVAS Y OTRAS
	Deficiencias generalizadas (90-94)
90	Deficiencia múltiple
91	Deficiencia grave de la continencia
92	Propensión indebida a traumas

- 93 Deficiencia metabólica
- 94 Otra deficiencia generalizada
- Deficiencias sensitivas (95-98)**
- 95 Deficiencia sensitiva de la cabeza
- 96 Deficiencia sensitiva del tronco
- 97 Deficiencia sensitiva de las extremidades superiores
- 98 Otra deficiencia
- Otras deficiencias (99)**
- 99 Otra deficiencia

I DEFICIENCIAS INTELECTUALES

Entre las deficiencias intelectuales se incluyen las de inteligencia, memoria y pensamiento. Se excluyen las deficiencias del lenguaje y del aprendizaje (30-34)

DEFICIENCIAS DE LA INTELIGENCIA (10-14)

Incluye: Perturbaciones del ritmo y grado de desarrollo de las funciones cognitivas —así, la percepción, la atención, la memoria y el pensamiento— y su deterioro como consecuencia de procesos patológicos

- 10 Retraso mental profundo**
C.I.: por debajo de 20
Sujetos que pueden responder a un adiestramiento de habilidades en la utilización de piernas, manos y mandíbulas
- 11 Retraso mental grave**
C.I.: 20-34
Sujetos que pueden beneficiarse de un adiestramiento sistemático de hábitos
- 12 Retraso mental moderado**
C.I.: 35-49
Sujetos que pueden aprender pautas simples de comunicación, hábitos elementales de salud y seguridad y habilidades manuales sencillas, pero que no progresan en la lectura funcional ni en la aritmética
- 13 Otro retraso mental**
- 13.0 *Retraso mental ligero*
C.I.: 50-70
Sujetos que pueden adquirir habilidades prácticas y aptitudes aritméticas y de lectura funcionales si reciben una educación especial y a los que puede orientarse hacia la integración social
- 13.8 *Otro*
- 13.9 *Sin especificar*
- 14 Otra deficiencia de la inteligencia**
- 14.0 *Demencia global*

- Demencia que afecta a todas las funciones y habilidades cognitivas
Incluye: Deterioro de los mecanismos cognitivos como consecuencia de lesión o trauma cerebral
- 14.1 *Demencia lacunar o desigual*
Con conservación parcial de algunas funciones y habilidades cognitivas
- 14.2 *Otras demencias sin especificar*
- 14.3 *Pérdida de las habilidades aprendidas*
- 14.8 *Otra*
- 14.9 *Sin especificar*

DEFICIENCIAS DE LA MEMORIA (15-16)

- 15 **Amnesia**
Incluye: Pérdida parcial o completa de la memoria para lo concerniente a acontecimientos pasados, e incapacidad para registrar, retener o recuperar nueva información
- 15.0 *Amnesia retrógrada*
Memoria disminuida para los acontecimientos previos a determinado hecho plenamente identificado
- 15.1 *Deficiencia de memoria a largo plazo*
- 15.2 *Deficiencia de memoria inmediata*
Incluye: Amnesia anterógrada, capacidad disminuida para adquirir nueva información
- 15.3 *Amnesia psicógena*
Pérdida de memoria sin una pauta regular
- 15.4 *Deficiencia de memoria para las formas*
- 15.5 *Deficiencia de memoria para las palabras*
- 15.6 *Deficiencia de memoria para las figuras*
- 15.8 *Otra*
- 15.9 *Sin especificar*
- 16 **Otra deficiencia de la memoria**
La memoria incluye la capacidad para registrar, retener y reproducir información.
Incluye: Recuerdos falsos y distorsionados del contenido de la memoria
- 16.0 *Confabulación*
- 16.1 *Ilusiones de la memoria*
- 16.2 *Criptomnesia*

- Recuerdos de hechos o acontecimientos sin reconocer su carácter pasado
- 16.3 *Otra distorsión del contenido de la memoria*
- 16.4 *Falta de memoria*
- 16.8 *Otra*
- 16.9 *Sin especificar*

DEFICIENCIAS DEL PENSAMIENTO (17-18)

- 17 **Deficiencia del curso y forma de los procesos de pensamiento**
Incluye: Perturbaciones que afectan a la velocidad y organización de los procesos de pensamiento, y a la capacidad de formar secuencias lógicas de ideas
- 17.0 *Deficiencia de conceptualización o abstracción*
Hace referencia a la capacidad de interpretar el significado de lo que se percibe para integrar percepciones, establecer relaciones significativas entre percepciones y hacer abstracciones
- 17.1 *Deficiencia de pensamiento lógico*
Hace referencia a la capacidad para poner en relación jerárquica las ideas
- 17.2 *Lentitud de pensamiento*
- 17.3 *Aceleración del pensamiento*
- 17.4 *Perseveración*
Incluye: "Atascarse", repetir frases y el retorno constante al mismo tema
- 17.5 *Pensamiento circunstancial*
- 17.6 *Ideas obsesivas*
- 17.7 *Fuga de ideas*
Incluye: Asociación de palabras por su sonido o rima
- 17.8 *Otra*
Incluye: Incoherencia de los procesos de pensamiento
- 17.9 *Sin especificar*
- 18 **Deficiencia de contenido del pensamiento**
Incluye: Restricción de contenido del pensamiento, énfasis y preocupación excesiva o irreal por un determinado conjunto de ideas con exclusión del examen crítico de las mismas, y creencias falsas no susceptibles de corrección mediante un argumento lógico y una comprobación de la realidad.

- 18.0 *Pobreza de contenido del pensamiento*
 18.1 *Ideas sobrevaloradas*
 18.2 *Delirios paranoicos*
 Un delirio es una falsa creencia, impermeable a la fuerza de la razón y no compartida por otros de educación y base cultural similares. Un delirio paranoico o idea de referencia paranoica es un delirio en el que el sujeto cree que las cosas que suceden en su entorno guardan una especial relación con él.
 18.3 *Delirios depresivos*
 Incluye: Delirios de culpa y de empobrecimiento
 18.4 *Delirios de celos*
 18.5 *Delirios de grandeza*
 18.6 *Delirios fantásticos*
 18.7 *Delirios hipochondriacos y nihilistas*
 18.8 *Otros delirios*
 18.9 *Otra y sin especificar*

OTRAS DEFICIENCIAS INTELECTUALES (19)

- 19 **Otra deficiencia intelectual**
 Incluye: Deficiencias de las funciones teórico prácticas allí donde se produce una perturbación de las funciones corticales que están en la base del reconocimiento y manipulación intencional de los objetos
 19.0 *Agnosia*
 Capacidad perturbada para reconocer objetos en ausencia de deficiencias de memoria, consciencia y pensamiento
 19.1 *Apraxia*
 Capacidad perturbada para llevar a cabo movimientos intencionales en ausencia de deficiencias de consciencia, memoria, pensamiento y motricidad
 19.2 *Discalculia (incluye acalculia)*
 Capacidad perturbada para contar y operar con números en ausencia de deficiencias de consciencia, memoria y pensamiento
 19.3 *Deficiencia de apertura a nuevas ideas*
 19.4 *Interpretación errónea*
 Una interpretación errónea es una falsa construcción de un suceso hecha por el sujeto
 19.8 *Otra*
 19.9 *Sin especificar*

2 OTRAS DEFICIENCIAS PSICOLÓGICAS

Las deficiencias psicológicas se han interpretado de forma tal que incluyen la interferencia con las funciones básicas constitutivas de la vida mental. Para los fines de este proyecto, las funciones que se relacionan como disminuidas son aquellas que indican normalmente la presencia de mecanismos neurofisiológicos y psicológicos básicos. El nivel de organización de estas funciones es el que se registra habitualmente en un examen clínico del sistema nervioso central y en la comprobación del "estado mental". Además, se incluyen también algunas funciones psicológicas más complejas relacionadas con los impulsos, el control emocional y la comprobación de la realidad.

Desde un punto de vista convencional, a síntomas tales como las alucinaciones y los delirios se los juzga íntimamente relacionados con lo que aquí se ha definido como deficiencias. Para los fines de la clasificación, pueden considerarse como la consecuencia de la deficiencia de ciertos procesos psicológicos esenciales, que normalmente deben existir aunque todavía desconozcamos en gran medida su naturaleza. Por ejemplo, a los síntomas de ansiedad grave puede considerárselos como una deficiencia de mecanismos de control autónomo de respuesta; y otro tanto puede decirse del afecto depresivo morbo y del afecto hipomaniaco. De modo similar, las alucinaciones se derivan presumiblemente de una deficiencia de mecanismos diferenciadores entre el yo y el no-yo, mientras que los delirios indican deficiencia de mecanismos análogos relativos a la comprobación de la realidad. Para los fines que se propone la clasificación, los

síntomas se han incluido entre las deficiencias siempre y cuando de algún complejo mecanismo psicológico subyacente se infiera una deficiencia.

Las interferencias con la conducta que representan complejas secuencias de interacción intencional e integrada con referencia y en respuesta al entorno y a otras personas se consideran, a los fines que aquí nos proponemos, como discapacidades en lugar de como deficiencias.

DEFICIENCIAS DE LOS ESTADOS DE CONSCIENCIA Y VIGILIA (20-22)

- 20 Deficiencia de la claridad de consciencia y de la calidad de la experiencia consciente**
 Incluye: Diversos grados de vigilia disminuida y estados caracterizados por cambios en el nivel de vigilia, combinados con una consciencia alterada del yo y del mundo circundante.
 Excluye: Deficiencia intermitente de la consciencia (21)
- 20.0 *Inconsciencia*
 Incluye: coma, sopor y estupor
- 20.1 *Obnubilación de la consciencia*
 Incluye: Síndrome transitorio o estado tras una conmoción
- 20.2 *Estrechamiento del campo de consciencia*
 Incluye: Por causas afectivas
- 20.3 *Delirium*
 Incluye: Estados crepusculares
- 20.4 *Otros estados confusionales*
 Incluye: Desorientación de tiempo, lugar y personas
- 20.5 *Estado disociativo*
- 20.6 *Estados de trance y similares*
 Incluye: Estado hipnótico
- 20.7 *Mutismo acinético*
- 20.8 *Otra*
- 20.9 *Sin especificar*
- 21 Deficiencia intermitente de la consciencia**
 Incluye: Perturbaciones paroxísticas intermitentes caracterizadas por una pérdida total o parcial de cons-

- ciencia o por estados de consciencia alterada, y toda una gama de señales y síntomas cerebrales locales
- 21.0 *Profunda interrupción intermitente de la consciencia*
 Incluye: Epilepsia con una frecuencia de un ataque o más por día
- 21.1 *Severa interrupción intermitente de la consciencia*
 Incluye: Epilepsia con una frecuencia de un ataque o más por semana
- 21.2 *Moderada interrupción intermitente de la consciencia*
 Incluye: Epilepsia con una frecuencia de un ataque o más por mes
- 21.3 *Benigna interrupción intermitente de la consciencia*
 Incluye: Epilepsia con una frecuencia de menos de un ataque al mes
- 21.4 *Perturbación intermitente de la consciencia*
 Incluye: Epilepsia psicomotriz
- 21.5 *Otros tipos de ataques*
 Incluye: El petit mal
- 21.6 *Otras interrupciones intermitentes de la consciencia*
 Incluye: Síncope y crisis atónicas de muy corta duración
- 21.7 *Estados de fuga*
- 21.8 *Otra*
- 21.9 *Sin especificar*
- 22 Otra deficiencia de los estados de consciencia y vigilia**
 Incluye: Deficiencia del ciclo sueño/vigilia, afectando ambas perturbaciones a la cantidad, calidad y pauta de los procesos de sueño y vigilia y deficiencias del control autonómico de las funciones corporales que se ven influidas por el ciclo del sueño
- 22.0 *Dificultad para dormirse*
- 22.1 *Despertar prematuro del sueño*
 Incluye: Insomnio SAI
- 22.2 *Hipersomnia*
 Exceso en el dormir
- 22.3 *Otras deficiencia de la pauta de sueño/vigilia*
 Incluye: Narcolepsia
- 22.4 *Enuresis nocturna*
- 22.5 *Otra actividad anormal durante el sueño*
 Incluye: Somnolencia y sonambulismo

- 22.6 *Otras deficiencias del ciclo sueño/vigilia*
- 22.7 *Sueño*
Incluye: Somnolencia
- 22.8 *Otra*
Incluye: Deficiencia de conciencia (que es una respuesta indiferenciada al estímulo)
- 22.9 *Sin especificar*

DEFICIENCIAS DE PERCEPCION Y ATENCION (23-24)

Incluye: Perturbaciones de las funciones que posibilitan a los sujetos asimilar a través de los sentidos, a procesar la información sobre su propio cuerpo y su entorno, y centrarse selectivamente sobre aspectos o partes concretas de dicha información

23 Deficiencia de percepción

- 23.0 *Deficiencia de la intensidad de percepción*
Incluye: Cambios en el grado en que las calidades y atributos de los objetos se perciben como vívidas y dejan su impronta en la mente
 - 23.00 Embotamiento uniforme de la percepción
 - 23.01 Embotamiento selectivo de la percepción
Incluye: Embotamiento en el caso de modalidades específicas
 - 23.02 Agudización uniforme de la percepción
 - 23.03 Agudización selectiva de la percepción
Incluye: Hipersensibilidad al ruido
 - 23.08 Otra
 - 23.09 Sin especificar
- 23.1 *Distorsión de la percepción*
Incluye: Ilusiones, representaciones mentales perturbadas en que el contenido objetivo de datos sensoriales recibidos a través de diferentes modalidades se ve distorsionado: algo que se ve y oye es experimentado: algo que se ve u oye es experimentado como si fuese otra cosa
Excluye: Despersonalización (23.30)
 - 23.10 Ilusiones ópticas
 - 23.11 Ilusiones acústicas
 - 23.12 Ilusiones táctiles
 - 23.13 Ilusiones cinestésicas

- 23.14 Ilusiones de otras modalidades sensoriales
- 23.15 Ilusiones mixtas
Incluye: Imaginación pareidólica
- 23.18 Otra
- 23.19 Sin especificar
- 23.2 *Percepción falsa*
Incluye: Alucinaciones y pseudoalucinaciones, representaciones mentales falsas o anormales no basadas en datos sensoriales objetivos
 - 23.20 Alucinaciones visuales
 - 23.21 Alucinaciones auditivas
 - 23.22 Alucinaciones táctiles
 - 23.23 Alucinaciones olfativas
 - 23.24 Alucinaciones gustativas
 - 23.25 Otra alucinación
 - 23.26 Pseudoalucinaciones
Incluye: Aquellas que se dan en cualquier modalidad sensorial
 - 23.27 Estado alucinatorio oniroide o de ensoñación
 - 23.28 Otra
 - 23.29 Sin especificar
- 23.3 *Perturbación de la conciencia corporal*
 - 23.30 Despersonalización
Sensación de alienación del propio cuerpo y sensación de que la propia relación con el entorno circundante (y viceversa) está alterada
 - 23.31 Desrealización
Alteración de la sensación de realidad/irrealidad y familiaridad/falta de familiaridad que acompañan a la percepción de los objetos
Incluye: Experiencias "déjà vu", "jamais vu" y "déjà vécu"
 - 23.32 Alteración del esquema corporal
Incluye: Sensaciones de miembro fantasma
 - 23.38 Otra
 - 23.39 Sin especificar
- 23.4 *Perturbaciones de la percepción del tiempo y del espacio*
Incluye: Sensaciones de inmovilidad temporal, micropsia y macropsia
- 23.5 *Deficiencia de la comprobación de la realidad*
Incluye: Pérdida de la capacidad para distinguir entre fantasía y realidad

- 23.8 *Otra*
 23.9 *Sin especificar*
- 24 Deficiencia de la atención**
 Incluye: Perturbaciones de la intensidad, alcance y movilidad de la atención, siendo esta última una respuesta diferenciada a un estímulo determinado
- 24.0 *Propensión a distraerse*
 24.1 *Concentración deficiente*
 24.2 *Reducción de los límites de la atención*
 24.3 *Capacidad disminuida para desplazar el centro de atención*
 Incluye: Atención fija
 24.4 *Instantes ausentes*
 Incluye: Interrupción o falta de atención repentinas de una duración de unos segundos o algo más mientras se está hablando (puede deberse a un bloqueo mental o a una alucinación)
- 24.5 *Falta de atención*
 24.6 *Deficiencia del estado de alerta*
 Incluye: Capacidad disminuida para estar alerta, puesta en evidencia por la expresión facial, la forma de hablar o la postura adoptada
- 24.8 *Otra*
 24.9 *Sin especificar*

**DEFICIENCIAS DE LAS FUNCIONES EMOTIVA Y VOLITIVA
 (25-28)**

Hacen referencia a las funciones que contribuyen a predisponer a la acción y a la conducta intencional

- 25 Deficiencia de los impulsos**
 Incluye: Aumento, disminución o alteraciones de los patrones de diversas conductas relativas a necesidades o instintos fisiológicos básicos
 Excluye: Deficiencia de volición (27)
- 25.0 *Disminución del apetito*
 Incluye: Anorexia
 25.1 *Aumento del apetito*
 Incluye: Hiperorexia y bulimia
 25.2 *Deficiencia de la función heterosexual*

- Incluye: Homosexualidad y falta de interés por la relación o contacto con sujetos del sexo opuesto
- 25.3 *Disminución de la libido*
 Incluye: Pérdida de la libido
 25.4 *Otras deficiencias de la actividad sexual*
 En presencia de la libido normal
 Incluye: Otras perturbaciones de la actividad sexual
 Excluye: Deficiencia de la función reproductora (64) y de los órganos sexuales (67)
- 25.40 *Impotencia*
 25.41 *Eyaculación precoz*
 25.42 *Frigidez*
 25.48 *Otra*
 25.49 *Sin especificar*
- 25.5 *Dependencia alcohólica*
 Incluye: Alcoholismo
 25.6 *Otra drogodependencia*
 Incluye: Drogadicción
 25.7 *Otro deseo vehemente patológico*
 Incluye: Estados de vehementes deseos patológicos consecuencia de la dependencia de sustancias y del abuso de alcohol
- 25.8 *Otra*
 25.80 *Incapacidad para perseguir objetivos*
 25.81 *Deficiencia de motivación*
 25.88 *Otra*
- 25.9 *Sin especificar*
- 26 Deficiencia de emoción, afecto y humor**
 Incluye: Perturbaciones de la intensidad y calidad de los sentimientos y de sus connotaciones somáticas, y perturbaciones de la duración y estabilidad de los estados sensibles
 Excluye: Afecto patológico que lleva a la reducción del campo de consciencia (20.3)
- 26.0 *Ansiedad*
 Incluye: Mirada o postura tensa, preocupada, mirada aprensiva temerosa, tono de voz asustadizo y estremecimiento
 Excluye: Estremecimiento SAI (74.90)
 26.00 *Ansiedad patológica*
 Incluye: Ansiedad flotante

- 26.01 Ansiedad fóbica
Incluye: Ataques de pánico
- 26.08 Otra
- 26.09 Sin especificar
- 26.1 *Depresión*
Incluye: Anhedonia, y rasgos tales como mirada triste y lánguida, lágrimas, tono melancólico de voz, suspiros profundos y estrangulamiento de la voz al hablar de temas deprimentes
- 26.2 *Otro embotamiento del afecto*
Incluye: Apatía, cara o voz inexpresivas, embotamiento uniforme cualquiera que sea el tema de conversación, indiferencia frente a cuestiones conmovedoras y aplanamiento afectivo
- 26.3 *Gran excitación*
Incluye: El sujeto es un maniaco, o arroja cosas, corre o brinca, agita los brazos frenéticamente, chilla o grita
- 26.4 *Otra excitación*
Incluye: Euforia, júbilo, hipomanía y muestras de alegría o risas inmotivadas
Excluye: Excitación psicomotriz (28.2)
- 26.5 *Irritabilidad*
Incluye: Estallidos de ira
- 26.6 *Inestabilidad emotiva*
Incluye: Inestabilidad de humor, cambio de un estado de ánimo a otro y propensión a atravesar períodos de depresión o júbilo
- 26.7 *Incongruencia de afecto*
Incluye: Manifestación emotiva incongruente con el motivo y afecto ambivalente
- 26.8 *Otra*
 - 26.80 "Reacción catastrófica"
 - 26.81 Intento de controlar la demostración de afecto
Incluye: Intento de sofocar las lágrimas o manifestaciones de ira o de simular un afecto adecuado desde un punto de vista social
 - 26.82 Desasosiego
 - 26.83 Sentimientos de culpa
 - 26.84 Inmadurez emocional
 - 26.85 Malestar emocional SAI
 - 26.88 Otra

- 26.9 *Sin especificar*
Incluye: Perturbación emocional SAI deficiencia emocional NCOP
- 27 **Deficiencia de volición**
Incluye: Perturbaciones de la capacidad para exhibir una conducta intencional y para el control de las acciones propias
Excluye: Rasgos obsesivos (29.5) y mutismo (30.0)
- 27.0 *Falta de iniciativa*
Incluye: Deficiencia de las manifestaciones de acciones independientes o espontáneas y de la autodeterminación (esta última incluye la expresión de opiniones personales tales como la crítica espontánea o el desacuerdo —no el negativismo, 27.3—, actos relevantes como el cerrar una puerta o levantar un objeto del suelo, formular preguntas y hacer peticiones o demandas)
- 27.1 *Limitación de intereses*
Incluye: Pérdida de interés
- 27.2 *Conformismo excesivo*
Incluye: Cooperación excesiva acompañada de elementos de pasividad y sumisión automática
- 27.3 *Negativismo*
- 27.4 *Ambitendencia*
- 27.5 *Compulsiones*
Incluye: Rituales
- 27.6 *Deficiencia del control de impulsos*
Incluye: Actos impulsivos
- 27.8 *Otra*
Incluye: Deficiencia de adaptabilidad y otras deficiencias de cooperación (por ejemplo, respuestas engañosas tales como respuestas consistentemente negativas y frecuentes autocontradicciones o apariencia de engañar conscientemente)
Excluye: Fatigabilidad
- 27.9 *Sin especificar*
- 28 **Deficiencia de las funciones psicomotrices**
Incluye: Perturbaciones de la velocidad, ritmo y calidad de los movimientos voluntarios manteniéndose intacto el aparato neuromotor

- Excluye: Movimientos involuntarios de la cara (70.21), cabeza (70.31) y cuerpo (70.54), y manierismos faciales
- 28.0 *Lentitud*
 Incluye: Lentitud del tempo psíquico, reducción del ritmo o velocidad de los movimientos voluntarios y retrasos en la respuesta a preguntas o en la iniciación de tareas o movimientos solicitados (así, andar con una lentitud anormal, tardanza en la realización de movimientos, lentitud al hablar con largas pausas antes de responder o entre una y otra palabra, y reducción de los movimientos faciales)
 Excluye: Habla ininteligible (35.5)
- 28.1 *Otros tipos de actividad baja*
 Incluye: Hipoactividad, estados de semiestupor y reducción del alcance de los movimientos voluntarios (así, sentarse anormalmente erguido, ausencia casi total de movimientos voluntarios, "no hacer nada" e inmovilidad de la cara)
 Excluye: Estupor (20.0)
- 28.2 *Excitación psicomotriz*
- 28.3 *Hipercinesia infantil*
- 28.4 *Otra hiperactividad*
 Incluye: Verborrea, ir y venir por la habitación sin descanso y no sentarse ni un minuto
- 28.5 *Fatigabilidad*
 Fatiga excesiva para los esfuerzos realizados
 Incluye: Disminución anormal de la viveza o velocidad de respuesta o iniciativa
 Excluye: Somnolencia (22.7) y fatiga generalizada (94.6)
- 28.8 *Otros*
- 28.9 *Sin especificar*

DEFICIENCIAS DE PAUTAS DE CONDUCTA (29)

Hace referencia a pautas habituales de conducta que pueden interferir con el ajuste y funcionamiento a nivel social. Dichas pautas de conducta pueden presentarse ya desde la adolescencia y a lo largo de la mayor parte de la vida adulta (así, por ejemplo, en trastornos de la personalidad), o pueden deberse a secuelas persistentes debidas a enfermedades

neurológicas o mentales. Por lo general, se manifiestan como rasgos acusados de la personalidad

- 29 **Deficiencia de pautas de conducta**
- 29.0 *Susplicacia*
- 29.1 *Retraimiento social*
 Incluye: Evitación activa de toda comunicación verbal o no verbal con otra gente, o de hallarse en presencia de otras personas (por ejemplo, evitar cualquier tipo de actividad social que se desarrolle fuera de la casa como visitar familiares o amigos, salir con amigos o participar en juegos)
- 29.2 *Timidez excesiva*
 Incluye: Sensibilidad y vulnerabilidad excesivas, y cualquier otra deficiencia de la capacidad para relacionarse con los demás
- 29.3 *Hipocondría*
- 29.4 *Preocupación*
 Excluye: Ansiedad (26.0)
- 29.5 *Rasgos obsesivos*
 Incluye: Inseguridad, indecisión y tendencia a la repetición
- 29.6 *Otras fobias*
 Incluye: Agorafobia
- 29.7 *Hostilidad*
 Incluye: Agresividad, falta de cooperación, enfado, abierta hostilidad, descontento, antagonismo, amenazas o violencia (pegar o atacar a otros)
- 29.8 *Otra*
- 29.80 Rasgos histriónicos
- 29.81 Perplejidad
 Incluye: Desconcierto
- 29.82 Autolesiones
 Incluye: Golpearse la cabeza, reabrirse heridas y dañarse los ojos
- 29.83 Otros rasgos de destructividad
 Incluye: Dañar el mobiliario y romper páginas, revistas o ropa
- 29.84 Búsqueda de atención
 Incluye: No poder prescindir de la compañía de (otros) adultos
- 29.85 Conducta solitaria
- 29.86 Otra

- 29.9 *Sin especificar*
Incluye: Trastorno de la personalidad NCOP

3 DEFICIENCIAS DEL LENGUAJE

Las deficiencias del lenguaje hacen referencia a la comprensión y utilización del lenguaje y a sus funciones asociadas, incluido el aprendizaje.

DEFICIENCIAS DE LAS FUNCIONES DEL LENGUAJE (30-34)

- 30 Deficiencia grave de la comunicación**
- 30.0 *Deficiencia funcional grave de la comunicación*
Incluye: Mutismo
- 30.1 *Trastornos centrales combinados del habla y la función visual acompañados de deficiencia grave de la comunicación*
Incluye: Autismo
- 30.2 *Deficiencia de los centros superiores del habla junto con incapacidad para comunicar*
Incluye: Disfasia grave
- 30.3 *Otra disfasia*
- 30.4 *Otra deficiencia grave de comunicación debida a lesión cerebral*
- 30.5 *Otra interferencia total o grave de la comunicación*
- 30.8 *Otra deficiencia de los centros superiores del habla*
- 30.9 *Sin especificar*
- 31 Deficiencia de comprensión y uso del lenguaje**
- 31.0 *Trastornos centrales de la función visual con incapacidad para comunicar*
Incluye: Dislexia grave

- 31.1 *Otra dislexia*
 31.2 *Otros trastornos centrales de la función visual*
 31.3 *Deficiencia de vocabulario*
 31.4 *Deficiencia de sintaxis*
 31.5 *Deficiencia de la función semántica*
 31.8 *Otra*
 31.9 *Sin especificar*
- 32 Deficiencia de funciones extralingüísticas y sublingüísticas**
 32.0 *Deficiencia de funciones extralingüísticas*
 Incluye: Imitación (reproducción de sonidos sin comprenderlos)
 32.1 *Deficiencia del procesado, modelado y retención de estímulos auditivos en el aspecto temporal y en la integración de formas*
 32.8 *Otra deficiencia de las funciones sublingüísticas*
 32.9 *Sin especificar*
- 33 Deficiencia de otras funciones lingüísticas**
 33.0 *Deficiencia de utilización de otros sistemas de lenguaje*
 Incluye: Deletrear con los dedos y lenguaje de signos
 33.01 *Deficiencia de retroalimentación del que escucha*
 Incluye: Ausencia de señales normalmente emitidas por el escucha (por ejemplo, asentir con la cabeza y frases como "Entiendo..." y "¡Ah! ¿sí?")
 33.2 *Otra deficiencia de la expresión facial*
 Incluye: Aumento, reducción o inadecuación de la cantidad o variedad de la expresión facial (así, eludir la mirada, mirar hacia arriba y quedarse con la mirada anormalmente fija)
 Excluye: Perturbación de la expresión facial (70.23)
 33.3 *Otra deficiencia del lenguaje corporal*
 Incluye: Pantomima, gestos, pautas idiosincráticas o involuntarias de movimiento corporal y perturbación de la postura, orientación y tono (así, postura anormalmente reclinada, relajada, incómoda, inadecuada o acurrucada), orientación del cuerpo que predispone a la incomunicación (por ejemplo, situado frente a su interlocutor en un ángulo de

90°), gestos anormalmente limitados, tensión muscular anormal, agitación (por ejemplo, desasosiego, inquietud, ir y venir o frecuentes movimientos innecesarios) y movimientos catatónicos (ecopraxia; flexibilidad cerea, "Mitgehen" y ecolalia)

Excluye: Lentitud de los movimientos del cuerpo (28.0), estereotipos y manierismos posturales (70.5), negativismo (27.3) y ambitendencia (27.4)

- 33.4 *Otra deficiencia de la comprensión del lenguaje verbal*
 33.5 *Otra deficiencia de la comprensión del lenguaje*
 Incluye: El lenguaje no verbal
 33.6 *Otra deficiencia de formulación del lenguaje oral*
 33.7 *Otra deficiencia de formulación del lenguaje*
 Incluye: El lenguaje gráfico
 33.8 *Otra*
 33.9 *Sin especificar*

34 Otras deficiencias del aprendizaje

Excluye: Aquellas relacionadas con la deficiencia de inteligencia (10-14) y deficiencia de apertura a nuevas ideas (19.3)

- 34.0 *Retraso de la comprensión y uso del lenguaje en cuanto a estímulo auditivo*
 34.1 *Retraso de la comprensión y uso del lenguaje en cuanto a estímulo visual*
 34.2 *Dificultades de lectura*
 34.3 *Otra deficiencia de lectura*
 34.4 *Deficiencias de escritura*
 Incluye: Escritura en espejo
 34.5 *Otra dificultad específica del aprendizaje*
 Un niño con dificultades específicas de aprendizaje es aquel que tiene una inteligencia media o por encima de la media y que no presenta síntomas de trastornos motores importantes, pérdida neurosensorial, trastorno emocional primario o desventaja ambiental, y que muestra dificultades al entender o utilizar un lenguaje hablado o escrito que se manifiestan por trastornos al escuchar, pensar, leer, escribir, deletrear o hacer operaciones aritméticas
 34.8 *Otra*
 34.9 *Sin especificar*

DEFICIENCIAS DEL HABLA (35-39)

- 35 Deficiencia de la producción de la voz**
 35.0 *Utilización de voz sustitutiva*
 Incluye: Laringe artificial
 35.1 *Otra deficiencia de la laringe*
 35.2 *Otra pérdida total de la producción de voz*
 35.3 *Disartria grave*
 35.4 *Otro tipo de disartria*
 35.5 *Habla ininteligible*
 Incluye: Lentitud al articular, mascullar, comerse sílabas y otros defectos que dificultan la comprensión del habla
 Excluye: Deficiencias de la forma del habla (37)
 35.6 *Otra deficiencia del control neurológico*
 Incluye: Parálisis de la laringe
 35.7 *Otra deficiencia de los órganos del habla*
 35.8 *Otra*
 35.9 *Sin especificar*
- 36 Otras deficiencias de la función de la voz**
 36.0 *Otra deficiencia de la "gramática" no verbal*
 Incluye: Falta de cambios del timbre y sonoridad para amplificar el significado
 Excluye: Empleo deficiente de los gestos (33.3)
 36.1 *Deficiencia de modulación de voz*
 Incluye: Tono de voz carente de expresividad y monótono
 36.2 *Deficiencia de timbre*
 36.3 *Voz anormalmente baja*
 36.4 *Otra deficiencia de sonoridad*
 36.5 *Otra deficiencia de entonación*
 36.6 *Deficiencia de la calidad de voz*
 Incluye: Voz áspera, velada
 36.7 *Deficiencia de otras cualidades de la voz*
 36.8 *Otra*
 36.9 *Sin especificar*
- 37 Deficiencia de la forma del habla**
 37.0 *Deficiencia de la fluidez del habla*
 Incluye: Tartamudeo y farfuleo
 37.1 *Deficiencia de la presión del habla*

104

- Incluye: Habla más profusa de lo normal, habla demasiado rápida
 37.2 *Otra deficiencia de las pautas del habla*
 Incluye: Deficiencia de frecuencia, ritmo e intensidad
 37.3 *Otra deficiencia de la fonación*
 37.4 *Otra deficiencia de la resonancia*
 37.5 *Deficiencia de coherencia*
 Incluye: Gramática distorsionada, falta de conexión lógica, observaciones repentinas fuera de lugar y respuestas sin venir a cuento
 37.6 *Habla no social*
 Incluye: Hablar, murmurar o musitar en voz alta o fuera de contexto
 37.7 *Otra deficiencia en la forma de conversar*
 Incluye: Hablar simultáneamente o fuera de turno
 37.8 *Otra*
 37.9 *Sin especificar*
- 38 Deficiencia del contenido del habla**
 Excluye: Perseveración (17.4) y fuga de ideas (17.7)
 38.0 *Empleo idiosincrático de palabras o frases*
 Incluye: Empleo de neologismos
 38.1 *Otra forma inadecuada de habla*
 Incluye: Uso excesivo de acertijos, rimas, bromas, canciones y palabras que no vienen a cuento
 38.2 *Otra deficiencia de humor*
 Incluye: Otros tipos de humor inadecuado o falta de humor aunque se presenten ocasiones favorables en la conversación
 38.3 *Deficiencia de longitud del lenguaje*
 Incluye: Habla anormalmente larga o circunstanciada y personas difíciles de interrumpir
 38.4 *Otra deficiencia de la cantidad del habla*
 Incluye: Limitación de la facultad de hablar (no responder con frecuencia, o limitar la respuesta al mínimo necesario, o no hacer frases o comentarios adicionales)
 38.5 *Pobreza de contenido del habla*
 38.8 *Otra*
 38.9 *Sin especificar*
- 39 Otras deficiencias del habla**

105

4 DEFICIENCIAS DEL ORGANISMO DE LA AUDICION

Las deficiencias del órgano de la audición no sólo hacen referencia al oído, sino también a las estructuras y funciones asociadas a él. La subclase más importante de las deficiencias del órgano de la audición está integrada por las deficiencias relacionadas con la función del oído.

DEFICIENCIAS DE LA SENSIBILIDAD AUDITIVA (40-45)

Terminología: El término "sordo" debe aplicarse sólo a aquellos individuos cuya deficiencia de oído es tan severa que no pueden beneficiarse de ninguna amplificación. La sensibilidad auditiva viene determinada por el nivel medio de umbral auditivo, medido en decibelios (dB), para estímulos tonales puros de 500, 1.000 y 2.000 hertzios (Hz) con referencia a ISO: R389-1970. Normalmente se establece una distinción entre los siguientes niveles de deficiencia auditiva:

- Pérdida total de audición
- Deficiencia auditiva profunda más de 91 dB (ISO)
- Deficiencia auditiva grave 71-91 dB (ISO)
- Deficiencia auditiva moderadamente grave 56-70 dB (ISO)
- Deficiencia auditiva moderada 41-55 dB (ISO)
- Deficiencia auditiva ligera 26-40 dB (ISO)

Codificación: En los casos en que la deficiencia auditiva sea asimé-

trica debe clasificarse a tenor del lado menos disminuido

40 Deficiencia total o profunda del desarrollo de la audición

Aquellas personas que han perdido o no han tenido nunca la capacidad de oír y entender las palabras aún cuando se amplifiquen, habiendo sufrido esta pérdida con anterioridad a cumplir los 19 años

Incluye: Sordomudez

41 Pérdida de audición bilateral profunda

41.0 *Pérdida de audición bilateral total*

41.1 *Pérdida de audición en un oído, deficiencia profunda en el otro*

41.2 *Deficiencia auditiva bilateral profunda*

41.3 *Otra deficiencia auditiva profunda de un oído especificado como el mejor de los dos*

41.9 *Sin especificar*

Incluye: Sordera bilateral SAI, pérdida profunda de audición SAI

Excluye: Deficiencia auditiva profunda en la que sólo se menciona un oído y no se especifica que sea el mejor (44.3 y 44.7)

42 Deficiencia auditiva profunda en un oído acompañada de deficiencia moderadamente grave en el otro

42.0 *Pérdida total de audición en un oído, deficiencia auditiva grave del otro*

42.1 *Pérdida total de audición en un oído, deficiencia auditiva moderadamente grave del otro*

42.2 *Deficiencia auditiva profunda de un oído, deficiencia auditiva grave del otro*

42.3 *Deficiencia auditiva profunda de un oído, deficiencia auditiva moderadamente grave del otro*

42.4 *Otra deficiencia auditiva grave de un oído especificado como el mejor de los dos*

108

43 Deficiencia auditiva bilateral moderadamente grave

43.0 *Deficiencia auditiva bilateral grave*

43.1 *Deficiencia auditiva grave de un oído, deficiencia auditiva moderadamente grave del otro*

43.2 *Deficiencia auditiva bilateral moderadamente grave*

43.3 *Otra deficiencia auditiva moderadamente grave de un oído especificado como el mejor de los dos*

43.8 *Dureza de oído bilateral SAI*

43.9 *Sin especificar*

Incluye: Deficiencia auditiva bilateral SAI, dureza de oído SAI, sordera psicogénica

Excluye: Deficiencia auditiva moderadamente grave en que sólo se menciona un oído y no se especifica que sea el mejor (45.1 y 45.3)

44 Deficiencia auditiva profunda de un oído acompañada de deficiencia moderada o menor del otro

44.0 *Pérdida total de audición en un oído, deficiencia auditiva moderada en el otro*

44.1 *Pérdida total de audición en un oído, pérdida ligera de audición en el otro*

44.2 *Pérdida total de audición en un oído, ninguna deficiencia auditiva en el otro*

44.3 *Pérdida total de audición en un oído, deficiencia auditiva en el otro no precisada*

44.4 *Deficiencia auditiva profunda en un oído, deficiencia auditiva moderada en el otro*

44.5 *Deficiencia auditiva profunda de un oído, deficiencia auditiva ligera en el otro*

44.6 *Deficiencia auditiva profunda en un oído, ninguna deficiencia auditiva en el otro*

109

- 44.7 *Deficiencia auditiva profunda en un oído, deficiencia auditiva en el otro no precisada*
- 44.9 *Sin especificar*
Incluye: Sordera SAI en un oído
- 45 Otra deficiencia de la sensibilidad auditiva**
- 45.0 *Deficiencia auditiva grave en un oído, deficiencia auditiva moderada o ligera en el otro*
- 45.1 *Deficiencia auditiva grave en un oído, deficiencia auditiva en el otro no presente o no precisada*
- 45.2 *Deficiencia auditiva moderadamente grave en un oído, deficiencia auditiva en el otro moderada o ligera*
- 45.3 *Deficiencia auditiva moderadamente grave en un oído, deficiencia auditiva en el otro no presente o no precisada*
- 45.4 *Deficiencia auditiva bilateral moderada*
- 45.5 *Deficiencia auditiva moderada en un oído, deficiencia auditiva ligera en el otro*
- 45.6 *Deficiencia auditiva moderada en un oído, deficiencia auditiva en el otro no presente o no precisada*
- 45.7 *Deficiencia auditiva bilateral ligera*
- 45.8 *Deficiencia auditiva ligera en un oído, deficiencia auditiva en el otro no presente o no precisada*
- 45.9 *Sin especificar*
Incluye: Deficiencia auditiva SAI

OTRAS DEFICIENCIAS AUDITIVAS Y DEL ORGANISMO DE LA AUDICION (46-49)

- 46 Deficiencia de discriminación del habla**
Distorsión de la función auditiva en la que el problema básico consiste en la discriminación y el reconocimiento, y comprende la distorsión auditiva no explicable en términos de sensibilidad neurosensorial. Se evalúa mediante la audiometría verbal (discriminación de palabras monosilábicas en ambiente silencioso, con el habla a un nivel adecuado

- de sonido), si bien es una función de la sensibilidad auditiva y puede calcularse a partir del tono puro del umbral auditivo, por lo que con frecuencia no se distingue
Excluye: Deficiencias acompañadas de deficiencia de la sensibilidad auditiva
- 46.0 *Deficiencia de discriminación bilateral profunda (por debajo del 40% correcto)*
- 46.1 *Deficiencia de discriminación bilateral grave (40-49% correcto)*
- 46.2 *Deficiencia de discriminación bilateral moderadamente grave (50-59% correcto)*
- 46.3 *Deficiencia de discriminación bilateral moderada (60-79% correcto)*
- 46.4 *Deficiencia de discriminación bilateral ligera (80-90% correcto)*
- 46.5 *Deficiencia de discriminación unilateral profunda (por debajo del 40% correcto)*
- 46.6 *Deficiencia de discriminación unilateral grave o moderadamente grave (40-59% correcto)*
- 46.7 *Deficiencia de discriminación unilateral moderada o ligera (60-90% correcto)*
- 46.8 *Otra e inespecificada deficiencia de discriminación bilateral*
Incluye: Aquella en que la corrección no está cuantificada pero si especificada como bilateral
- 46.9 *Otra y sin especificar*
Incluye: Aquella en que la corrección no está cuantificada
- 47 Otra deficiencia de la función auditiva**
- 47.0 *Deficiencias de la conducción del sonido NCOP*
- 47.1 *Deficiencias neurosensoriales NCOP*
- 47.2 *Tinnitus*
- 47.3 *Otra deficiencia auditiva subjetiva*
- 47.4 *Deficiencias mixtas de la función auditiva*
- 47.8 *Otra deficiencia de la función auditiva*
- 47.9 *Sin especificar*

- 48 Deficiencia de la función vestibular y de equilibrio**
- 48.0 *Vértigos*
Incluye: Mareos
- 48.1 *Deficiencia de la función del laberinto*
- 48.2 *Deficiencias de locomoción debidas a las funciones del vestíbulo o del cerebelo*
- 48.3 *Otra deficiencia de la función del cerebelo y de coordinación*
- 48.4 *Otra deficiencia de la función vestibular*
- 48.5 *Propensión a caerse*
Incluye: Las que sobrevienen de repente mientras se camina, dando origen a la tendencia a caminar agarrándose al mobiliario al tiempo que se rechaza cualquier ayuda humana
Excluye: Caídas impulsivas
- 48.6 *Caídas impulsivas*
Incluye: El anciano impulsivo que se levanta y trata de caminar, pero acaba por perder el equilibrio y caer (es decir, puede caminar pero requiere supervisión porque existe el riesgo de que caiga)
- 48.7 *Otra deficiencia de pérdida del equilibrio*
- 48.8 *Otra*
Excluye: Deficiencia de coordinación de las extremidades
- 48.9 *Sin especificar*
- 49 Otra deficiencia funcional del órgano de la audición**
- 49.0 *Defecto del oído interno*
- 49.1 *Deformidad del oído interno*
- 49.2 *Derrame auditivo*
Incluye: Otorrea
- 49.3 *Irritación auditiva*
Incluye: Dermatitis y dolor de oídos
- 49.4 *Otras infecciones aurales*
- 49.5 *Defecto del oído medio*
- 49.6 *Deformidad del oído medio*

- 49.7 *Deformidad del oído externo*
Incluye: Defecto y desfiguramiento
- 49.8 *Otra deficiencia del oído externo*
- 49.9 *Otra y sin especificar*

5 DEFICIENCIAS DEL ORGANISMO DE LA VISION

Las deficiencias del órgano de la visión no sólo hacen referencia al ojo sino también a las estructuras y funciones asociadas a él, incluidos los párpados. La subclase más importante de las deficiencias del órgano de la visión se halla integrada por las deficiencias específicas de la función de la visión

DEFICIENCIAS DE LA AGUDEZA VISUAL (50-55)

- Alcance** El grado de deficiencia puede reducirse mediante el recurso a ayudas compensadoras; los errores de refracción que pueden corregirse del todo mediante el uso de gafas o lentes de contacto no se consideran por lo general como una deficiencia visual. No obstante, la identificación de tales sujetos se ha tenido en cuenta en la categoría 57.0
- Terminología** Son varios los significados que se atribuyen al término "ceguera", sobre todo en el contexto de las definiciones legales. Con el fin de evitar la ambigüedad se propone en el cuadro la nomenclatura de deficiencias visuales por la que se ha optado, especificándose asimismo en ella los términos sinónimos

TERMINOLOGIA PARA LAS DEFICIENCIAS DE AGUDEZA VISUAL

Categoría de visión OMS	Grado de deficiencia	Agudeza visual (con la mejor corrección posible)	Sinónimos y definiciones alternativas
VISION NORMAL	Ninguna	0,8 o mejor (5/6, 6/7,5, 20/25 o mejor)	Alcance de visión normal
	Ligera	menos de 0,8 (< 5/6, 6/7,5 o 20/25)	visión casi normal
VISION DISMINUIDA	Moderada	menos de 0,3 (< 5/15, 6/18 ó 6/20 ó 20/80 ó 20/70)	visión disminuida moderada
	Grave	menos de 0,12 (< 5/40, 6/48 o 20/160) (< 0,1, 5/50, 6/60 o 20/200)*	visión gravemente disminuida — ceguera legal en ciertos países — cuenta los dedos a 6 m. o menos
CEGUERA**	Profunda	menos de 0,05 (< 5/100, 3/60 o 20/400)	visión profundamente disminuida o ceguera moderada — ceguera en CIE-9; cuenta los dedos a menos de 3 m. — cuenta dedos SA1
	Casi total	menos de 0,02 (< 5/300, 1/60 o 3/200)	ceguera grave o casi total cuenta dedos a 1 m. o menos o movimientos de la mano a 5 m. o menos, o movimientos de la mano SA1, o percepción de la luz
	Total	no hay percepción de la luz	ceguera total (ausencia de ojo incluida)

* Este nivel alternativo de agudeza visual es menos preciso: en las tablas sin líneas a 0,16 y 0,12 significa realmente < 0,2

** Uno o ambos ojos

Codificación 1. El grado de deficiencia puede variar para los dos ojos de un sujeto. Desafortunadamente, no se da una coherencia en la identificación de estas diferencias: a veces se registra la capaci-

dad de ambos ojos, a veces sólo la del que se especifica como mejor o peor, y a veces sólo la de un ojo sin entrar en más pormenores. Tras la categoría 55 se añade un cuadro de referencia

2. La ausencia de un ojo se clasifica aparte de otras deficiencias profundas de la función visual. La distinción se hace porque el sujeto con un ojo solo tiene además una deficiencia de su apariencia física, es decir, tiene una deficiencia desfiguradora
3. Como indica el cuadro de referencia, se tienen en cuenta todas las posibles combinaciones de deficiencias de la agudeza visual; la codificación múltiple dentro de esta sección es, pues, innecesaria

50 Ausencia de ojo

50.0 *Ausencia de ambos ojos*

50.1 *Ausencia de un ojo, deficiencia visual total del otro*

50.2 *Ausencia de un ojo, deficiencia visual casi total del otro*

50.3 *Ausencia de un ojo, deficiencia visual profunda del otro*

50.4 *Ausencia de un ojo, deficiencia visual grave del otro*

50.5 *Ausencia de un ojo, deficiencia visual moderada del otro*

50.6 *Ausencia de un ojo, deficiencia visual ligera del otro*

50.7 *Ausencia de un ojo, ninguna deficiencia visual en el otro*

50.8 *Otra ausencia de un ojo*

Incluye: Ausencia de un ojo cuando el grado de visión del otro no se haya especificado

50.9 *Sin especificar*

51 Deficiencia visual profunda de ambos ojos

(véase cuadro añadido después de la categoría 55)

51.0 *Deficiencia visual total de ambos ojos*

51.1 *Deficiencia visual total de un ojo, deficiencia visual del otro casi total*

- 51.2 *Deficiencia visual total de un ojo, deficiencia visual profunda del otro*
- 51.3 *Deficiencia visual casi total de ambos ojos*
- 51.4 *Deficiencia visual casi total de un ojo, deficiencia visual profunda del otro*
- 51.5 *Otras deficiencias visuales casi totales de un ojo especificado como el mejor*
- 51.6 *Deficiencia visual profunda de ambos ojos*
- 51.7 *Otra deficiencia visual profunda de un ojo especificado como el mejor*
- 51.9 *Sin especificar*
 Incluye: Ceguera (bilateral) SAI
 Excluye: Deficiencia visual profunda en la que sólo se menciona un ojo, el cual no se especifica como el mejor (54.2, 54.5 y 54.8)

52 Deficiencia visual profunda de un ojo con visión disminuida en el otro
 (véase cuadro después de la categoría 55)

- 52.0 *Deficiencia visual total de un ojo, deficiencia visual grave del otro*
- 52.1 *Deficiencia visual total de un ojo, deficiencia visual moderada del otro*
- 52.2 *Deficiencia visual casi total de un ojo, deficiencia visual grave del otro*
- 52.3 *Deficiencia visual casi total de un ojo, deficiencia visual moderada del otro*
- 52.4 *Deficiencia visual profunda de un ojo, deficiencia visual grave del otro*
- 52.5 *Deficiencia visual profunda de un ojo, deficiencia visual moderada de otro*
- 52.6 *Otra deficiencia visual grave de un ojo especificado como el mejor*
- 52.9 *Sin especificar*
 Incluye: Ceguera (categoría OMS) de un ojo y visión baja SAI del otro

53 Deficiencia visual moderada de ambos ojos
 (véase cuadro después de la categoría 55)

- 53.0 *Deficiencia visual grave de ambos ojos*
- 53.1 *Deficiencia visual grave de un ojo, deficiencia visual moderada del otro*
- 53.2 *Deficiencia visual moderada de ambos ojos*
- 53.3 *Otra deficiencia visual moderada de un ojo especificado como el mejor*
- 53.8 *Visión disminuida de ambos ojos SAI*
- 53.9 *Sin especificar*
 Incluye: Deficiencia visual bilateral SAI, visión disminuida SAI
 Excluye: Deficiencia visual moderada en la que sólo se menciona un ojo, el cual no está especificado como el mejor (55.2, 55.5 y 55.8)

54 Deficiencia visual profunda de un ojo
 (véase cuadro después de la categoría 55)

- 54.0 *Deficiencia visual total de un ojo, deficiencia visual ligera del otro*
- 54.1 *Deficiencia visual total de un ojo, ninguna deficiencia visual en el otro*
- 54.2 *Deficiencia visual total de un ojo, deficiencia visual del otro no precisada*
- 54.3 *Deficiencia visual casi total de un ojo, deficiencia visual ligera del otro*
- 54.4 *Deficiencia visual casi total de un ojo, ninguna deficiencia visual en el otro*
- 54.5 *Deficiencia visual casi total de un ojo, deficiencia visual del otro no precisada*
- 54.6 *Deficiencia visual profunda de un ojo, deficiencia visual ligera del otro*
- 54.7 *Deficiencia visual profunda de un ojo, ninguna deficiencia visual en el otro*
- 54.8 *Deficiencia visual profunda de un ojo, deficiencia visual del otro no precisada*

- 54.9 *Sin especificar*
Incluye: Ceguera de un ojo SAI
- 55 **Otra deficiencia de la agudeza visual** (ver el cuadro más abajo)
- 55.0 *Deficiencia visual grave de un ojo, deficiencia visual ligera del otro*
- 55.1 *Deficiencia visual grave de un ojo, ninguna deficiencia visual en el otro*
- 55.2 *Deficiencia visual grave de un ojo, deficiencia visual del otro no precisada*
- 55.3 *Deficiencia visual moderada de un ojo, deficiencia visual ligera del otro*
- 55.4 *Deficiencia visual moderada de un ojo, ninguna deficiencia visual en el otro*
- 55.5 *Deficiencia visual moderada de un ojo, deficiencia visual del otro no precisada*
- 55.6 *Ligera deficiencia visual de ambos ojos*
- 55.7 *Deficiencia visual ligera de un ojo, ninguna deficiencia visual en el otro*
- 55.8 *Deficiencia visual ligera de un ojo, deficiencia visual del otro no precisada*
- 55.9 *Sin especificar*
Incluye: Deficiencia (unilateral) de visión SAI, pérdida de visión SAI

CUADRO DE REFERENCIA PARA LA CLASIFICACION DE LAS DEFICIENCIAS DE AGUDEZA VISUAL*

Grado de deficiencia del ojo mejor	Grado de deficiencia del otro ojo						sin espec.
	total	casi t.	profun.	grave	moder.	liger.	
Total	51.0						
casi total	51.1	51.3					51.5
profundo	51.2	51.4	51.6				51.7
grave	52.0	52.2	52.4	53.0			52.6
moderado	52.1	52.3	52.5	53.1	53.2		53.3
ligero	54.0	54.3	54.6	55.0	55.3	55.6	
ninguno	54.1	54.4	54.7	55.1	55.4	55.7	
mejor ojo no especific.	54.2	54.5	54.8	55.2	55.2	55.8	

* Excluye los casos en que falta un ojo (50) o aquellos en que sólo se especifican categorías de visión OMS (51.9, 53.8, 54.9).

OTRAS DEFICIENCIAS VISUALES Y DEL ORGANISMO DE LA VISION (56-58)

Excluye: Trastornos centrales de la función visual (30.1, 31.0 y 31.2)

- 56 **Deficiencia del campo visual**
- Excluye: Deficiencias acompañadas de deficiencias de la agudeza visual (50-55)
- 56.0 *Deficiencia total de los campos visuales* (diámetro del campo 0º)
- 56.1 *Deficiencia casi total de los campos visuales* (diámetro del campo 5º o menos)
- 56.2 *Deficiencia profunda de los campos visuales* (diámetro del campo 10º o menos)
- 56.3 *Deficiencia grave de los campos visuales* (diámetro del campo 20º o menos)
- 56.4 *Deficiencia moderada de los campos visuales* (diámetro del campo 60º o menos)
- 56.5 *Deficiencia ligera de los campos visuales* (diámetro del campo 120º o menos)
- 56.6 *Visión en túnel SAI*
- 56.7 *Hemianopsia*
- 56.8 *Otra deficiencia unilateral del campo visual*
- 56.9 *Otra y sin especificar*
- 57 **Otras deficiencias visuales**
- 57.0 *Llevar lentes correctoras* (con la consiguiente visión normal o casi normal)
- 57.1 *Astigmatismo*
- 57.2 *Deficiencia de acomodación visual*
- 57.3 *Diplopía*
Incluye: Estrabismo
- 57.4 *Otra deficiencia de la motilidad ocular y de la visión binocular*
Incluye: Nistagmo

- 57.5 *Deficiencia de la visión de colores*
- 57.6 *Deficiencia de la visión nocturna*
- 57.7 *Deficiencia de visión subjetiva*
Incluye: Ambliopía, distorsiones, moscas volantes y pérdida visual momentánea
Excluye: Visión borrosa, dolor de ojos y tensión intraocular (58.7)
- 57.8 *Otra deficiencia de la visión*
Incluye: Sensibilidad a la luz
- 57.9 *Sin especificar*
- 58 Otra deficiencia ocular**
- 58.0 *Secreción ocular*
Incluye: Secreción lacrimal excesiva, lacrimo
- 58.1 *Otra infección ocular*
- 58.2 *Insensibilidad del ojo*
- 58.3 *Ojo seco*
Incluye: Ojo irritado
- 58.4 *Deformidad del globo del ojo*
Incluye: Desfiguramiento y exoftalmos
Excluye: Ausencia del globo del ojo (50)
- 58.5 *Deformidad del párpado*
Incluye: Blefaritis, párpados vuelta hacia dentro, ptosis y deficiencia o desfiguramiento de los párpados
- 58.6 *Otra deficiencia del párpado*
- 58.7 *Deficiencia mal definida del órgano de la visión*
Incluye: Visión borrosa, dolor de ojo, fatiga ocular
- 59.8 *Otra deficiencia del órgano de la visión*
- 58.9 *Sin especificar*

6 DEFICIENCIAS VISCERALES

Entre las deficiencias viscerales se incluyen las de los órganos internos y de otras funciones especiales. El conjunto de trastornos subyacentes que pueden dar lugar a estas deficiencias es muy considerable, extendiéndose sobre grandes secciones de la CIE. No obstante, las consecuencias funcionales de tales trastornos son mucho más limitadas. Por ejemplo, las enfermedades cardiovasculares y respiratorias ocupan un total de 129 categorías en dos capítulos de la CIE, pero sus consecuencias funcionales comunes pueden identificarse globalmente dentro de una sola categoría de dos dígitos de la clasificación de deficiencias.

DEFICIENCIAS DE LOS ORGANOS INTERNOS (60-66)

- 60 Deficiencias mecánicas y motrices de los órganos internos**
- 60.0 *Obstrucción traqueobronquial*
- 60.1 *Obstrucción esofágica o gástrica*
- 60.2 *Obstrucción intestinal*
- 60.3 *Otra deficiencia mecánica de los órganos internos*
Excluye: Obstrucción urinaria (63.4) y obstrucción genital (66.5)
- 60.4 *Parálisis del diafragma*
- 60.5 *Otra deficiencia funcional motriz o análoga de los órganos internos*
Excluye: Parálisis de la laringe (35.6)

- 60.8 *Combinaciones de las anteriores*
60.9 *Sin especificar*
- 61 Deficiencia de la función cardiorrespiratoria**
Excluye: Síncope (21.6), manifestaciones periféricas clasificables como desfiguramientos de la cabeza (82) y de las extremidades (84-87) tales como la cianosis, el edema y la gangrena (99.1-99.3)
- 61.0 *Cortedad de respiración*
Incluye: Disnea, ortopnea e insuficiencia respiratoria
- 61.1 *Otra perturbación de respiración*
Incluye: Estridor y respiración sibilante
- 61.2 *Otros ruidos anormales*
Incluye: Sóplos cardíacos y sonidos anormales en el tórax
- 61.3 *Dolor torácico a causa de esfuerzo físico*
- 61.4 *Otro dolor en el pecho*
- 61.5 *Otro tipo de intolerancia al ejercicio*
Incluye: Claudicación intermitente
Excluye: Fatiga (94.6) y dolor en los brazos al hacer esfuerzo físico (97.3)
- 61.6 *Perturbación del ritmo cardíaco*
Incluye: Arritmia, bloqueo cardíaco, palpitación y taquicardia
- 61.7 *Tos o esputos*
- 61.8 *Otra deficiencia de la función cardiorrespiratoria*
Incluye: Hemoptisis
Excluye: Sometido a intervención correctora o protésica o a intervención quirúrgica (65.0)
- 61.9 *Sin especificar*
- 62 Deficiencia de la función gastrointestinal**
Excluye: Deficiencia de masticación y deglución
- 62.0 *Intolerancia a los alimentos*
Incluye: Náusea
Excluye: Intolerancia a determinadas dietas (93.2) y anorexia (25.0)
- 62.1 *Vómitos y regurgitación*
- 62.2 *Flatulencia*
Incluye: Borborigmos, eructos e hipo
- 62.3 *Dolor abdominal*
Incluye: Cólico intestinal y cólico biliar
- 62.4 *Estreñimiento*
- 62.5 *Diarrea*

- 62.6 *Colon irritable*
- 62.7 *Otra deficiencia de la función intestinal*
Incluye: Hipermotilidad gastrointestinal, síndrome "dumping" y despeño diarreico
- 62.8 *Otra deficiencia de la función gastrointestinal*
Incluye: Hemorroides y hemorragia rectal, mucosidad y dolor
Excluye: Deficiencia grave de la continencia (91)
- 62.9 *Sin especificar*
Incluye: Incontinencia fecal SAI
- 63 Deficiencia de la función urinaria**
- 63.0 *Cólico renal*
- 63.1 *Otra deficiencia de la función renal*
Incluye: Insuficiencia renal
Excluye: Diálisis renal (94.0) y trasplante (65.60)
- 63.2 *Frecuencia de micción*
Incluye: Poliuria
- 63.3 *Incontinencia refleja*
Pérdida involuntaria de orina debido a actividad refleja anormal en la médula espinal con ausencia de la sensación normalmente asociada con el deseo de miccionar
Incluye: Vejiga automática
- 63.4 *Incontinencia por rebosamiento*
Pérdida involuntaria de orina cuando la presión intravesical sobrepasa la presión uretral máxima debido a una elevación de la presión intravesical como consecuencia de la distensión de la vejiga sin existir actividad del detrusor
Incluye: Obstrucción de salida de la micción y de la próstata
- 63.5 *Incontinencia por imperiosidad miccional*
Pérdida involuntaria de orina asociada con un fuerte deseo de miccionar; puede ser motriz, asociada con contracciones no inhibidas del detrusor, o sensorial, no asociada a ondas no inhibidas
- 63.6 *Incontinencia de esfuerzo*
Pérdida involuntaria de orina a través de la uretra cuando la presión intravesical sobrepasa la presión uretral máxima sin existir actividad del detrusor
- 63.7 *Otra deficiencia de la micción*
Incluye: Disuria
- 63.8 *Otra deficiencia de la función urinaria*
Excluye: Deficiencia grave de la continencia (91)

- 63.9 *Sin especificar*
- 64 Deficiencia de la función reproductora**
Excluye: Deficiencia de los órganos sexuales (67), impotencia (25.40) y frigidez (25.42)
- 64.0 *Sometido habitualmente a procedimientos contraceptivos*
Incluye: Consumo de píldoras contraceptivas, dispositivos intrauterinos *in situ* y post-vasectomía
- 64.1 *Esterilidad*
Excluye: Deficiencias de los genitales internos (65.8 y 66.5)
- 64.2 *Subfertilidad*
Incluye: Aquellas infertilidades no debidas a esterilidad
- 64.3 *Dispareunia*
Excluye: La asociada a flujos vaginales (67.3)
- 64.4 *Indeterminación sexual*
Incluye: Hermafroditismo
Excluye: Las de origen psicológico (25.2)
- 64.5 *Dismenorrea*
- 64.6 *Menorragia*
Incluye: Hemorragia vaginal y pérdida menstrual excesiva
- 64.8 *Otra perturbación de la función menstrual*
- 64.9 *Otra y sin especificar*
- 65 Defecto en los órganos internos**
- 65.0 *Defecto en el árbol traqueobranquial*
Excluye: Defecto en la laringe (35.1)
- 65.1 *Defecto en el pulmón*
- 65.2 *Defecto en el corazón*
- 65.20 *Sometido a intervención correctora o protésica o a intervención quirúrgica*
Excluye: Marcapaso (94.0)
- 65.21 *Anormalidades del desarrollo cardíaco (así, comunicación interventricular)*
- 65.22 *Lesiones valvulares adquiridas*
- 65.28 *Otra*
- 65.29 *Sin especificar*
- 65.3 *Defecto en el esófago y el estómago*
- 65.4 *Defecto en el intestino y el recto*
- 65.5 *Defecto en la vesícula, el hígado o el bazo*
- 65.6 *Defecto en el riñón*
- 65.60 *Relacionado con trasplante renal*
- 65.68 *Otra*

- 65.69 *Sin especificar*
- 65.7 *Defecto en la vejiga*
- 65.8 *Defecto en los genitales internos*
- 65.9 *Otra y sin especificar*
- 66 Otras deficiencias de los órganos internos**
Excluye: Orificios artificiales y anormales (88)
- 66.0 *Anormalidad de los vasos sanguíneos del tórax y del abdomen*
Incluye: Aneurisma de la aorta
- 66.1 *Hemorragia de los órganos internos*
Incluye: Pulmonar, intratorácica, gastrointestinal e intradominal
Excluye: Epistaxis (69.3), hemoptisis (61.8) y hemorragia rectal (62.8)
- 66.2 *Trasposición de vísceras*
Incluye: Situs inversus
- 66.3 *Vísceras accesorias*
Incluye: Bazo supernumerario
- 66.4 *Otra anomalía estructural de las vísceras*
Excluye: Deficiencias (65)
- 66.5 *Otra deficiencia de los genitales internos*
Incluye: Obstrucción tubárica
Excluye: Deficiencia (65.8) y posición defectuosa (67.4, 67.5)
- 66.8 *Otra deficiencia de los órganos internos*
- 66.9 *Sin especificar*

**DEFICIENCIAS DE OTRAS FUNCIONES
ESPECIALES (67-69)**

- 67 Deficiencia de los órganos sexuales**
- 67.0 *Ausencia de pezones*
- 67.1 *Hipertrofia de mamas*
- 67.2 *Otras deficiencias de pezones y mamas*
- 67.3 *Secreción genital*
Incluye: Uretritis, vaginitis y secreción y irritación de la uretra o la vagina
- 67.4 *Prolapso*
Incluye: Procidencia
- 67.5 *Otra posición defectuosa de los órganos sexuales internos*
Incluye: Testículo sin descender

- 67.6 *Otra deformidad o deficiencia de los genitales externos*
Incluye: Hipospadias
- 67.7 *Otra deficiencia de los genitales externos*
- 67.8 *Otra deficiencia de los órganos sexuales*
- 67.9 *Sin especificar*
- 68 Deficiencia de masticación y deglución**
Excluye: Deficiencia de mandíbula (70) y deficiencias dento-faciales (80)
- 68.0 *Llevar habitualmente prótesis dental*
- 68.1 *Carencia total de dientes*
Incluye: Edentación
Excluye: Si se lleva prótesis (68.0)
- 68.2 *Otro defecto de los dientes*
Incluye: Caries o descomposición
Excluye: Si se lleva prótesis (68.0)
- 68.3 *Dolor de piezas dentarias*
- 68.4 *Deficiencia de salivación*
Incluye: Sequedad de boca
- 68.5 *Otras deficiencias de la función salival*
- 68.6 *Otra deficiencia de la masticación*
- 68.7 *Otra deficiencia de la deglución*
- 68.8 *Otra*
- 68.9 *Sin especificar*
- 69 Deficiencias relativas al olfato y otras funciones especiales**
- 69.0 *Deficiencia del olfato y del gusto*
- 69.1 *Deficiencia del olfato*
- 69.2 *Deficiencia del gusto*
- 69.3 *Excreción nasal*
Incluye: Epistaxis y rinorrea
- 69.4 *Obstrucción nasal*
- 69.5 *Otra deficiencia de la función nasal*
Excluye: Defecto nasal (80.6) y deformidad nasal (81.0)
- 69.8 *Deficiencia de otras funciones especiales*
Excluye: Deficiencia del sueño (22)
- 69.9 *Sin especificar*

7 DEFICIENCIAS MUSCULOESQUELETICAS

En términos generales, las deficiencias músculoesqueléticas se han interpretado como un reflejo de la disposición del cuerpo y de sus partes visibles. Entre los defectos del esqueleto se incluyen las perturbaciones de origen mecánico y motriz de la cara, cabeza, cuello, tronco y extremidades, así como las deficiencias de estas últimas. Con frecuencia ha habido que recurrir a un cuarto dígito para conseguir el grado de detalle deseado

Excluye: Ciertas deficiencias más notoriamente desfigurantes (80-87)

DEFICIENCIAS DE LAS REGIONES DE LA CABEZA Y EL TRONCO (70)

- 70 Deficiencias de las regiones de la cabeza y el tronco**
Excluye: La mayoría de las deficiencias y desfiguramientos (80-83)
- 70.1 *Deficiencia mecánica y motriz de la mandíbula*
- 70.10 Trismo
- 70.11 Maloclusión
- 70.12 Prognatismo
- 70.13 Infradesarrollo de la mandíbula inferior
- 70.14 Otra alteración del desarrollo de la mandíbula
- 70.15 Otra disfunción de la mandíbula
Incluye: Chasquidos

- 70.18 Otros
- 70.19 Sin especificar
- 70.2 *Deficiencia mecánica y motriz de la cara*
 - 70.20 Parálisis facial
 - Incluye: Paresia facial
 - 70.21 Movimientos faciales involuntarios
 - Incluye: Tics y movimientos masticatorios
 - 70.22 Otros manierismos faciales
 - Incluye: Estereotipos y claros movimientos idiosincráticos o repetitivos de significado confuso no clasificables como tics o automatismos (por ejemplo, repetición constante de movimientos o posturas como frotarse y gesticular)
 - 70.23 Otra perturbación de la expresión facial
 - Excluye: Deficiencia de la expresión facial (33.2)
 - 70.28 Otra
 - 70.29 Sin especificar
- 70.3 *Otra deficiencia mecánica y motriz de la cabeza*
 - 70.30 Deficiencia mecánica de la cabeza
 - 70.31 Movimiento anormal de la cabeza
 - Incluye: Titubeo
 - 70.32 Otra deficiencia motriz de la cabeza
 - 70.38 Otra
 - Incluye: Deficiencias mecánicas y motrices de la cabeza
 - 70.39 Sin especificar
- 70.4 *Deficiencia mecánica y motriz del cuello*
 - 70.40 Tortícolis
 - 70.41 Otra deficiencia mecánica del cuello
 - 70.42 Otra deficiencia motriz del cuello
 - 70.48 Otra
 - Incluye: Deficiencias mecánicas y motrices del cuello
 - 70.49 Sin especificar
- 70.5 *Deficiencia de la postura*
 - 70.50 Desviación de la columna
 - Incluye: Cifosis, lordosis y escoliosis
 - 70.51 Defecto de las vértebras
 - 70.52 Otra deficiencia de la columna
 - 70.53 Otro defecto de la columna
 - 70.54 Movimientos involuntarios del cuerpo

- Incluye: Discinesia y distonia
- Excluye: Los de las extremidades (74)
- 70.55 Manierismos posturales
 - Incluye: Extraños movimientos o actos estilizados (normalmente idiosincráticos sugerentes de un significado o propósito especial) y estereotipos (repetición constante de movimientos o posturas tales como balancearse, frotarse y asentir)
 - Excluye: Otras deficiencias del lenguaje corporal (33.3)
- 70.58 Otra
- 70.59 Sin especificar
- 70.6 *Deficiencias del físico*
 - 70.60 Enanismo
 - Incluye: Estatura corta
 - Excluye: Defecto generalizado del esqueleto (70.65)
 - 70.61 Gigantismo
 - Incluye: Estatura desproporcionadamente alta
 - 70.62 Otra deficiencia de la estatura
 - 70.63 Emaciación
 - Incluye: Delgadez excesiva
 - 70.64 Obesidad
 - 70.65 Defecto generalizado del esqueleto
 - Incluye: Acondroplasia
 - 70.68 Otra
 - 70.69 Sin especificar
- 70.7 *Otra deficiencia mecánica y motriz del tronco*
 - 70.70 Deficiencia de pelvis que impide potencialmente el parto normal
 - Incluye: Estrechez pélvica
 - Excluye: Deficiencia de la pelvis (75.4 y 78.0-78.2)
 - 70.71 Otra deficiencia de las estructuras óseas del tronco NCOP
 - 70.72 Otra anomalía de tejidos en la región del tronco NCOP
 - 70.78 Otra
 - 70.79 Sin especificar
- 70.8 *Otra deficiencia de la cabeza y de la región del tronco NCOP*
 - Incluye: Plasticidad reducida o reducción de las funciones físicas asociadas con el envejecimiento
- 70.9 *Sin especificar*

DEFICIENCIAS MECANICAS Y MOTRICES DE LAS EXTREMIDADES (71-74)

Al igual que en otras partes de esta sección, se distingue entre las deficiencias mecánicas y las motrices. La distinción es análoga a la existente entre el estado físico de una pieza mecánica y sus componentes por un lado, y a la de la fuente de energía y su transmisión por otro.

En esta sección determinados términos tienen un significado específico:

Extensión de la afectación: *Completo*, si se halla afectada toda una extremidad

Incompleto, si sólo lo está una parte de la extremidad

Grado de la afectación: *Total*, si se carece por completo del atributo

Parcial, si hay una reducción del atributo

71 Deficiencia mecánica de las extremidades

La siguiente subclasificación de un cuarto dígito indicativo de la naturaleza de las deficiencias mecánicas se sugiere para su utilización con las categorías 71.0-71.7

- 0 Pérdida total del movimiento, con o sin deformidad, bilateral
Incluye: Anquilosis y fijación especificada, como bilateral
- 1 Otra pérdida total del movimiento
Incluye: Anquilosis y fijación
- 2 Inestabilidad bilateral
Incluye: Articulación laxa especificada como bilateral
- 3 Otra inestabilidad
Incluye: Articulación laxa
- 4 Otra deformidad bilateral, incluida la desviación del eje
Excluye: Con fijación (0, *supra*)
- 5 Otra deformidad
Excluye: Con fijación (1, *supra*) o si es congénita (84)

6 Otras restricciones o pérdida del movimiento bilateral
Incluye: Rigidez asociada a deficiencia mecánica bilateral

Excluye: Contractura congénita

7 Otras restricciones o pérdida del movimiento
Incluye: Dislocación y rigidez asociada a deficiencia mecánica

8* Deficiencias mixtas (por ejemplo, las clasificables de otra forma en 1 *supra* en un lado, y en 7 *supra* en otro)

9 Sin especificar

71.0 Deficiencia mecánica del hombro y el brazo

71.1 Deficiencia mecánica del codo y el antebrazo

71.2 Deficiencia mecánica de la muñeca y el carpo

Excluye: Las deficiencias que también afecten a la mano (71.3)

71.3 Deficiencia mecánica del metacarpo y la mano

Incluye: Las deficiencias que también afecten a la muñeca y el carpo

71.4 Deficiencia mecánica del dedo

Incluye: Deficiencia del pulgar

Excluye: Las deficiencias de dedo en que la mano sufre también disminución (71.3)

71.5 Deficiencia mecánica de la cadera y el muslo

71.6 Deficiencia mecánica de la rodilla y la pierna

71.7 Deficiencia mecánica del tobillo y el pie

Incluye: Deficiencia de las articulaciones subastragalinas, tarsales y metatarsales

Excluye: Dedos de los pies (71.90 y 71.91)

71.8 Deficiencias mecánicas mixtas y otras de la extremidad superior

Excluye: Deficiencias clasificables en 71.08*, 71.18*, 71.28*, 71.38* y 71.48*

71.80* Deficiencia mecánica en más de una región de una extremidad o extremidades superiores

Incluye: Síndrome hombro-mano

71.81* Deficiencia del brazo en un lado acompañada de deficiencia del antebrazo en el otro

71.82* Deficiencia del brazo en un lado acompañada de deficiencia de la muñeca o la mano en el otro

- 71.83* Deficiencia del brazo en un lado acompañada de deficiencia de un dedo en el otro
- 71.84* Deficiencia del antebrazo de un lado acompañada de deficiencia de la muñeca o la mano en el otro
- 71.85* Deficiencia de antebrazo de un lado acompañada de deficiencia de dedos en el otro
- 71.86* Deficiencia de muñeca o mano en un lado acompañada de deficiencia de dedos en el otro
- 71.88* Otras deficiencias mecánicas mixtas de la extremidad superior
- 71.89 Otras deficiencias mecánicas de la extremidad superior y sin especificar
- 71.9 **Deficiencia mecánica mixta y otra de la extremidad inferior**
Excluye: Deficiencias clasificables en 71.58*, 71.68*, 71.78* y 71.8
- 71.90 Deficiencia mecánica bilateral de los dedos de los pies
- 71.91 Otra deficiencia mecánica de los dedos de los pies
- 71.92 Deficiencia de las extremidades inferiores debida a desigual longitud de las mismas NCOP
- 71.93 Otra deficiencia mecánica de la extremidad inferior y sin especificar
Incluye: Deficiencia de la marcha SAI
- 71.94* Deficiencia de cadera o muslo en un lado acompañada de deficiencia de la rodilla o pierna en el otro
- 71.95* Deficiencia de cadera o muslo en un lado acompañada de deficiencia en el tobillo, pie o dedos en el otro
- 71.96* Deficiencia de rodilla o pierna en un lado acompañada de deficiencia de tobillo, pie o dedos en el otro
- 71.97* Otra deficiencia mecánica mixta de la extremidad inferior
- 71.98* Deficiencia mecánica mixta de la extremidad superior e inferior
- 71.99 Deficiencia mecánica de la extremidad sin especificar
- 72 **Parálisis espástica de más de una extremidad**
Incluye: Hemiplegia, paraplegia y tetraplegia
- 72.0 *Parálisis espástica completa de las extremidades superior e inferior del mismo lado, afectando al habla*

- Incluye: Hemiplegia (espástica) en el lado dominante o afectando al habla
- 72.1 *Otro tipo de parálisis espástica completa de las extremidades superior e inferior en un mismo lado*
- 72.2 *Otro tipo de parálisis espástica de las extremidades superior e inferior de un mismo lado*
Incluye: Hemiparegia (espástica)
- 72.3 *Parálisis bilateral completa de las extremidades inferiores*
Incluye: Paraplegia (espástica)
- 72.4 *Otro tipo de parálisis espástica bilateral de las extremidades inferiores*
Incluye: Paraparesia (espástica)
- 72.5 *Parálisis espástica de tres extremidades*
- 72.6 *Parálisis completa de las cuatro extremidades*
Incluye: Tetraplegia (espástica)
- 72.7 *Otro tipo de parálisis espástica de las cuatro extremidades*
Incluye: Tetraparesia (espástica)
- 72.8 *Otro tipo de parálisis espástica de más de una extremidad*
- 72.9 *Sin especificar*
- 73 **Otra parálisis de la extremidad**
La siguiente subclasificación de cuatro dígitos indicativa de la naturaleza de la parálisis se sugiere para su utilización con las categorías 73.0-73.9
- 0 **Parálisis espástica completa**
Excluye: Parálisis clasificable en 72.0, 72.1, 72.3 y 72.6
- 1 **Otro tipo de parálisis espástica clasificable en 72.2, 72.4, 72.5 y 72.8**
Excluye: Parálisis.
- 2 **Parálisis flácida total completa**
- 3 **Otro tipo de parálisis flácida total**
- 4 **Parálisis flácida parcial completa**
- 5 **Otro tipo de parálisis flácida**
- 6 **Otra debilidad de la extremidad**
- 7 **Fatiga de la extremidad**
- 9 **Sin especificar**
- 73.0 *Parálisis bilateral de las extremidades superiores*
- 73.1 *Parálisis de la extremidad superior dominante*
- 73.2 *Otro tipo de parálisis de la extremidad superior*

- 73.3 *Parálisis bilateral de las extremidades inferiores*
Excluye: Parálisis clasificable en 72.3 y 72.4
- 73.4 *Otro tipo de parálisis de la extremidad inferior*
- 73.5 *Parálisis de las extremidades superior e inferior de un mismo lado*
Excluye: Parálisis clasificable en 72.0, 72.1 y 72.2
- 73.6 *Parálisis de tres extremidades*
Excluye: Parálisis clasificable en 72.5
- 73.7 *Parálisis de las cuatro extremidades*
Excluye: Parálisis clasificable en 72.6 y 72.7
- 73.8 *Otro tipo de parálisis*
- 73.80 Parálisis espástica completa
- 73.81 Otro tipo de parálisis espástica
Incluye: Paresia espástica o parálisis SAI
- 73.82 Parálisis flácida total completa
- 73.83 Otro tipo de parálisis flácida
- 73.84 Parálisis flácida parcial completa
- 73.85 Otro tipo de parálisis flácida
Incluye: Parálisis flácida SAI
- 73.86 Otra debilidad de las extremidades
- 73.87 Fatiga de las extremidades
Excluye: Fatiga SAI (94.5)
- 73.9 *Sin especificar*

- 74 Otra deficiencia motriz de las extremidades**
Excluye: Rigidez asociada a deficiencia mecánica (71)
La siguiente subclasificación de un cuarto dígito indicativo de la naturaleza de la deficiencia se sugiere para su utilización con esta categoría:
- 0 Rigidez o agarrotamiento completo
- 1 Otro tipo de rigidez o agarrotamiento
- 2 Movimiento anormal, completo
Incluye: Temblor
- 3 Otro movimiento anormal
- 4 Falta de coordinación completa
- 5 Otra falta de coordinación
- 6 Otra deficiencia de la destreza
- 7 Otra
- 8* Mixto (por ejemplo, la clasificable a la vez en el 0 y en el 5 anteriores)
- 9 Sin especificar

- 74.0 *Otra deficiencia motriz bilateral de las extremidades superiores*
- 74.1 *Otra deficiencia motriz de la extremidad superior dominante*
- 74.2 *Otra deficiencia motriz de extremidad superior*
- 74.3 *Otra deficiencia motriz bilateral de las extremidades inferiores*
- 74.4 *Otra deficiencia motriz de la extremidad inferior*
- 74.5 *Otra deficiencia motriz de las extremidades superiores e inferiores del mismo lado*
- 74.50 Hemibalismo
- 74.6 *Otra deficiencia motriz que afecta a tres o cuatro extremidades*
- 74.8 *Otra deficiencia motriz*
- 74.9 *Sin especificar*
- 74.92 Temblor SAI
- 74.97 Cojera SAI
Excluye: Deficiencia de marcha SAI (71.93)

DEFECTOS DE LAS EXTREMIDADES (75-79)

Excluye: Otras malformaciones congénitas de las extremidades (84 y 85)

- Alcance** Los *defectos transversales* (75-76) se presentan básicamente como un muñón resultado de una amputación; puede deberse a un defecto de formación de las partes o ser consecuencia de una intervención quirúrgica. Estas deficiencias comprenden aquellas previamente designadas como peromelia o defectos transversales terminales. Un defecto se identifica normalmente por el nivel en que termina la extremidad (la parte más próxima que falta), bien entendido que todos los elementos distales del citado nivel están también ausentes
Excluye: Los casos en que el defecto no es completo al mismo nivel a todo lo largo de la extremidad (cuando es probablemente más longitudinal que transversal)
- Defectos longitudinales* (77-79). Todos los defectos del esqueleto de una extremidad que no sean del tipo transversal deben incluirse en la categoría longitudinal,

aunque por la misma razón casi todos son debidos a un defecto de formación de las partes. Entre estas deficiencias se incluyen las designadas previamente como ectromelias o defectos longitudes terminales, transversales, intercalares y longitudinales. Todos los huesos o partes de huesos ausentes que faltan se hallan citados; aquéllos cuya falta no se menciona se entiende que estan presentes

Terminología La Sociedad Internacional de Prótesis y Ortesis (ISPO) ha elaborado una nomenclatura preferida y recomendado una serie de abreviaturas para la descripción de los niveles adecuados, habiéndose incorporado éstos a la clasificación

- Codificación**
- 1 Tras la categoría 79 se adjunta un cuadro de referencia en el que se indica la equivalencia entre la nomenclatura preferida y las existentes con anterioridad
 - 2 Los términos "completo" e "incompleto" se emplean de forma consistente a lo largo de toda la clasificación para indicar la extensión de una deficiencia; "completo" denota que se halla afectada la totalidad de la parte, e "incompleta" es aquella en que no se halla afectada la totalidad. No obstante, en la práctica pueden encontrarse los términos "total" y "parcial", y en este contexto deben interpretarse como equivalentes a "completo" e "incompleto" respectivamente
 - 3 La ISPO recomienda encarecidamente que se especifiquen plenamente los defectos, lo que hace necesario una codificación múltiple. Como consecuencia de ello, sólo se ha incorporado una gama muy limitada de categorías combinatorias para otros usuarios
 - 4 El grado de detalle deseable varía en relación con la estructura de la parte afectada. Así pues, en las partes proximales, sobre todo en las que tienen que ver con huesos largos, lo que tiene un mayor interés es el nivel del defecto. Por el contrario, en las partes distales, con mayor diferenciación transversal, lo que tiene un mayor interés es el radio que manifiesta el defecto. Esta es la razón de que se hayan elaborado subclasificaciones distintas para los defectos de las

partes proximales —75, 77, 78— y para los de las partes distales, 76 y 79

75. Defectos transversales de las partes próximas de las extremidades

(véase cuadro tras la categoría 79)

Incluye: Los de brazo, carpo, pierna y tarso

Se recomienda la siguiente subclasificación de cuatro dígitos indicativa del alcance del defecto para su utilización con esta categoría

- 0 Defecto completo, derecho
- 1 Otro defecto completo
Incluye: Izquierdo, bilateral* y lado sin especificar
- 2 Defecto incompleto, tercio superior derecho
- 3 Otro defecto incompleto, tercio superior
- 4 Defecto incompleto, tercio medio derecho
- 5 Otro defecto incompleto, tercio medio
- 6 Defecto incompleto, tercio inferior derecho
- 7 Otro defecto incompleto, tercio inferior
- 8 Otro defecto incompleto, derecho
Incluye: Defecto incompleto de carpo o tarso, derecho
- 9 Otro defecto incompleto, o de extensión no especificado

75.0 Defecto transversal del hombro (H)

Incluye: Amputación a nivel de la cintura escapular

Excluye: Defectos en los que sólo falta una parte del hombro (77)

Desarticulación del hombro (75.1)

75.1 Defecto transversal del brazo (Br)

Incluye: Desarticulación del hombro

75.2 Defecto transversal del antebrazo (An)

Incluye: Desarticulación del codo

75.3 Defecto transversal del carpo (Ca)

Incluye: Desarticulación de la muñeca

75.4 Defecto transversal de la pelvis (Pel)

Incluye: Amputación a nivel de la mitad de la pelvis

75.5 Defecto transversal del muslo (Mu)

Incluye: Desarticulación de la cadera

75.6 Defecto transversal de la pierna (Pi)

Incluye: Desarticulación de la rodilla

75.7 Defecto transversal del tarso (Ta)

- Incluye: Desarticulación del tobillo
- 75.8* *Defectos transversales en múltiples lugares en partes proximales de las extremidades*
- 75.9 *Localización sin especificar en partes proximales de las extremidades*
Incluye: Defecto de la extremidad superior (ES) (transversal)
Defecto de la extremidad inferior (EI) (transversal)
Defecto de mano o pie SAI
- 76 Defecto transversal de las partes distales de las extremidades**
(véase cuadro después de la categoría 79)
Incluye: Los casos en que los ejes radiales son identificables en mano o pie
Para su utilización con esta categoría se sugiere el siguiente código de un cuarto dígito indicativo del alcance del defecto
- 0 Defecto de todos los ejes radiales
 - 1 Defecto del primer eje radial completo
 - 2 Otro defecto del primer eje radial
 - 3 Defecto del segundo eje radial, completo
 - 4 Otro defecto del segundo eje radial
 - 5 Defecto del tercer eje radial, completo
 - 6 Otro defecto del tercer eje radial
 - 7 Defecto del cuarto eje radial, completo
 - 8 Otro defecto del cuarto eje radial
 - 9 Defecto del quinto eje radial o de eje radial sin especificar
- 76.0 *Defecto transversal del metacarpo, derecho (MC)*
- 76.1 *Otro defecto transversal del metacarpo*
- 76.2 *Defecto transversal de las falanges de los dedos, derecho (FA)*
- 76.3 *Otro defecto transversal de las falanges de los dedos*
- 76.4 *Defecto transversal del metatarso, derecho (MT)*
- 76.5 *Otro defecto transversal del metatarso*
- 76.6 *Defecto transversal de las falanges de los dedos de los pies, derecho (FA)*
- 76.7 *Otro defecto transversal de las falanges de los dedos de los pies*
- 76.8* *Defectos transversales en múltiples lugares de las extremidades*
Incluye: Defecto en múltiples lugares en las partes distales

- de las extremidades, y defectos transversales mixto de partes proximales y distales de las extremidades
- 76.9 *Localización sin especificar*
- 77 Defecto longitudinal de las partes proximales de la extremidad superior**
(véase cuadro después de la categoría 79)
Incluye: Las del brazo y el carpo
La siguiente subclasificación de cuatro dígitos indicativa del alcance del defecto se sugiere para su utilización con esta categoría, así como con la 78
- 0 Defecto completo, derecho
 - 1 Otro tipo de defecto completo
 - 2 Defecto incompleto, derecho
 - 3 Otro defecto incompleto
 - 8 Otro
 - 9 Extensión sin especificar
- 77.0 *Defecto longitudinal de la escápula (Es)*
- 77.1 *Defecto longitudinal de la clavícula (Cl)*
- 77.2 *Defecto longitudinal del húmero (Hu)*
- 77.3 *Defecto longitudinal del radio (Ra)*
- 77.4 *Defecto longitudinal del cúbito (Cu)*
- 77.5 *Defecto longitudinal de los elementos radiales del carpo (Ca)*
- 77.6 *Defecto longitudinal de los elementos centrales del carpo*
- 77.7 *Defecto longitudinal de otros elementos del carpo*
- 77.8 *Defecto longitudinal en múltiples lugares en partes proximales de la extremidad superior*
- 77.9 *Localización sin especificar en parte proximal de la extremidad superior*
Incluye: Defecto longitudinal en la extremidad superior (ES)
- 78 Defecto longitudinal de las partes proximales de la extremidad inferior**
(véase cuadro después de la categoría 79)
Incluye: Los de la pierna y el tarso
Se sugiere para su utilización con esta categoría la misma subclasificación de cuatro dígitos que para la 77
- 78.0 *Defecto longitudinal del ilion (Il)*
 - 78.1 *Defecto longitudinal del isquion (Is)*
 - 78.2 *Defecto longitudinal del pubis (Pu)*

- 78.3 Defecto longitudinal del fémur (Fe)
- 78.4 Defecto longitudinal de la tibia (Ti)
- 78.5 Defecto longitudinal del peroné (Pe)
- 78.6 Defecto longitudinal de los elementos tibiales del tarso (Ta)
- 78.7 Defecto longitudinal de otros elementos del tarso
- 78.8* Defectos longitudinales en múltiples lugares en partes proximales de las extremidades
- 78.9 Localización sin especificar
Excluye: Defecto longitudinal en la extremidad inferior (EI) y deficiencia longitudinal SAI

- 79 Defecto longitudinal de las partes distales de las extremidades
(véase cuadro adjunto)
Incluye: Los casos en que los ejes radiales son identificables en la mano o en el pie

Para su utilización con esta categoría se sugiere la siguiente subclasificación de cuatro dígitos indicativa del alcance del defecto

- 0 Defecto de todos los ejes radiales
- 1 Defecto del primer eje radial, completo
- 2 Otro defecto del primer eje radial
- 3 Defecto del segundo eje radial, completo
- 4 Otro defecto del segundo eje radial
- 5 Defecto del tercer eje radial, completo
- 6 Otro defecto del tercer eje radial, completo
- 7 Defecto del cuarto eje radial, completo
- 8 Otro defecto del cuarto eje radial
- 9 Defecto del quinto eje radial o eje radial sin especificar
- 79.0 Defecto longitudinal del metacarpo, derecho (MC)
- 79.1 Otro defecto longitudinal del metacarpo
- 79.2 Defecto longitudinal de las falanges de los dedos, derecho (Fa)
- 79.3 Otro defecto longitudinal de las falanges de los dedos
- 79.4 Defecto longitudinal del metatarso, derecho (MT)
- 79.5 Otro defecto longitudinal del metatarso
- 79.6 Defecto longitudinal de las falanges de los dedos de los pies, derecho (Fa)
- 79.7 Otro defecto longitudinal de las falanges de los dedos de los pies

- 79.8* Defectos longitudinales en múltiples lugares de las extremidades
- 79.9 Localización sin especificar

CUADRO DE REFERENCIA PARA LA NOMENCLATURA DE LOS DEFECTOS DE LAS EXTREMIDADES

ISPO-preferida	Frantz-O'Rahilly (original)	Frantz-O'Rahilly (revisada)	Europea	Otra
DEFECTOS TRANSVERSALES (T—)				
brazo, completo	amelia, superior	amelia, superior	amelia, superior	desarticulación del hombro
muslo, completo	amelia, inferior	amelia, inferior	amelia, inferior	desarticulación de la cadera
brazo, medio (tercio)	hemimelia (A/E)	meromelia,úmero M	peromelia, medio-humeral	muñón corto por encima del hombro
muslo inferior (tercio)	hemimelia (A/K)	meromelia, fémur D	peromelia, inferior femoral	muñón largo por encima de la rodilla
antebrazo, completo	hemimelia (E-D)	meromelia, radio-cubital	peromelia al nivel del codo	desarticulación del codo
pierna, completo	hemimelia (K-D)	meromelia, tibio-peroneal	peromelia de la rodilla	desarticulación de la rodilla
antebrazo, inferior (tercio)	hemimelia parcial	meromelia, radio D, cúbito D.	peromelia, radio-cúbito inferior	desarticulación de la rodilla y aplasia parcial de radio y cúbito
pierna, superior (tercio)	hemimelia parcial	meromelia, tibia P, peroné P.	peromelia, tibio-peroneal superior	aplasia parcial de tibia y fibula
carpo, completo	aquiria			desarticulación de la muñeca
metacarpo, completo	adactilia			
falanges, completo	afalangia			

DEFECTOS LONGITUDINALES (L/)

húmero, completo	focomelia proximal			(transversal intercalar)
tibial-peroneal, completo	focomelia distal			
del cúbito, completo	paraxial completo	meromelia, del cúbito	ectromelia con aplasia axial (longitudinal intercalar)	
radial, completo: del	hemimelia, del cúbito		completa, cubital	
carpo	paraxial completo	meromelia, del radio	ectromelia con aplasia axial (longitudinal terminal)	
parcial; MC 1.2., completo;	hemimelia, del radio			
F. 2., completo				
parcial de la tibia; del	paraxial incompleto	meromelia, de la tibia M, D	ectromelia con aplasia parcial de tibia y aplasia completa de tarsos, metatarsos y falanges	
tarsos, parcial; MT 1.2. completo; F. 1.2., completo	hemimelia, de la tibia			

Nota a la Tabla: Los arriba mencionados son sólo ejemplos, detalles adicionales pueden obtenerse de "The proposed international terminology for the classification of congenital limbs deficiencies", *Developmental medicine and child neurology*, 17, Supp. 34 (1975).

8 DEFICIENCIAS DESFIGURADORAS

Entre las deficiencias desfiguradoras se incluyen aquéllas que pueden interferir o perturbar las relaciones sociales con otras personas. El concepto se ha interpretado en sentido amplio de forma que incluya las condiciones que no sean consecuencia de enfermedades específicas, tales como el desfiguramiento así como los trastornos que puedan reducir el control de las funciones corporales según la forma normal y socialmente aceptable. No obstante, deficiencias más específicamente biomédicas que pueden suscitar aversión (por ejemplo, movimientos anómalos de partes del cuerpo) se han clasificado en una de las secciones precedentes

DESFIGURAMIENTOS DE LAS REGIONES DE LA CABEZA Y DEL TRONCO (80-83)

Excluye: Las del oído (49), el ojo (58), los órganos sexuales (67), y la postura y de la configuración física (70)

80 Defecto en la región de la cabeza

80.0 *Defecto de la bóveda craneal*

80.1 *Defecto de la mandíbula superior*

80.2 *Defecto de la mandíbula inferior*

Excluye: Prognatismo e infradesarrollo de la mandíbula inferior (70.1)

80.3 *Otro defecto del cráneo*

80.4 *Fisura palatina*

80.5 *Otro defecto de la morfología facial*

- 80.6 *Defecto de nariz*
 80.8 *Otro*
 80.9 *Sin especificar*
- 81 Deformidad estructural en las regiones de la cabeza y del tronco**
- 81.0 *Deformidad de la nariz*
 81.1 *Deformidad de la forma de la cabeza*
 Incluye: Hidrocefalia, microcefalia y anormalidad de la forma del cráneo
 81.2 *Estructuras accesorias en la región de la cabeza*
 81.3 *Otras deformidades de la región de la cabeza*
 Incluye: Labios, lengua y paladar
 81.4 *Defecto en la región del cuello*
 Excluye: Defecto de las vértebras (70.51)
 81.5 *Defecto en el tórax*
 Excluye: Órganos internos (65)
 81.6 *Defecto en la pared abdominal*
 81.7 *Otro defecto en el abdomen*
 Excluye: Organos internos (65)
 81.8 *Otro*
 Incluye: Tórax en embudo
 81.9 *Sin especificar*
- 82 Otro desfiguramiento de la cabeza**
 Incluye: La cara
- 82.0 *Otro defecto de los tejidos blandos de la cabeza*
 Incluye: Atrofia
 82.1 *Hinchazón de parte de la cabeza*
 Incluye: Tumores
 82.2 *Pigmentación de la piel de la cabeza*
 Incluye: Despigmentación
 82.3 *Otros cambios de color de la cabeza*
 Incluye: Cianosis, rubefacciones, erupciones cutáneas e infecciones de la piel
 82.4 *Calvicie, parcial o completa*
 82.5 *Otra anomalía del cabello*
 82.6 *Cicatriz en la cabeza*
 82.7 *Otra anomalía de la piel de la cabeza*
 82.8 *Otro desfiguramiento de la cabeza*

- Incluye: Fealdad notoria (por ejemplo, gargolismo)
 Excluye: Deformidad de la nariz (61.0), defectos dentofaciales (80.4 y 80.5) y deformidad de la forma de la cabeza (81.1)
- 82.9 *Sin especificar*
- 83 Otro desfiguramiento del tronco**
- 83.0 *Otro defecto de los tejidos blandos del tronco*
 Incluye: Atrofia
 83.1 *Hinchazón del tronco*
 Incluye: Tumores
 Excluye: Hipertrofia de mamas (67.1)
 83.2 *Pigmentación de la piel del tronco*
 Incluye: Despigmentación
 83.3 *Otros cambios de color del tronco*
 Incluye: Erupciones e infecciones de la piel
 83.4 *Vello anormal en el tronco*
 83.5 *Cicatriz en el tronco*
 83.6 *Otra anomalía de la piel del tronco*
 Excluye: Ausencia de pezones (67.0)
 83.7 *Estructuras accesorias en el tronco*
 Excluye: Pezones accesorios (67.2)
 83.8 *Otro desfiguramiento del tronco*
 83.9 *Sin especificar*

DESFIGURAMIENTO DE LAS EXTREMIDADES (84-87)

Excluye: Defectos de las extremidades (76-79)

Se sugiere la siguiente subclasificación de cuatro dígitos indicativa de la localización de los desfiguramientos de las extremidades para su utilización en conexión con las categorías 84-87

- 0 Hombro y brazo
 1 Codo y antebrazo
 2 Muñeca y carpo
 Excluye: Desfiguramiento que afecta también a la mano (3)
 3 Metacarpo y mano
 Incluye: Desfiguramiento que afecte también a la muñeca y el carpo

- 4 Dedo
Incluye: Pulgar.
Excluye: Desfiguramiento clasificable bajo 3
- 5 Cadera y muslo
- 6 Rodilla y pierna
- 7 Tobillo, pie y dedo
- 8* Múltiple
Incluye: Las que afectan a la totalidad de una extremidad o a ambas extremidades, inferior y superior
- 9 Localización sin especificar

- 84 Insuficiencia de diferenciación de las partes**
Incluye: Insuficiencia de separación de las partes

- 84.0 *Deformidad congénita*
- 84.1 *Sinóstosis*
- 84.2 *Retracción congénita del tejido blando*
Incluye: Retracción debida a insuficiencia de diferenciación del músculo, ligamento y estructuras capsulares tales como artrogriposis, camptodactilia y dedo en gatillo
- 84.3 *Contractura muscular esquelética congénita*
Incluye: Clinodactilia
- 84.4 *Sindactilia simple*
- 84.5 *Sindactilia del tejido blando*
Incluye: Sinoniquia
- 84.6 *Sindactilia ósea*
Incluye: Fusiones, acrosindactilia, síndrome de Apert y braquisindactilia
- 84.8 *Otra*
- 84.9 *Sin especificar*

- 85 Otra malformación congénita**
Excluye: Las de los órganos internos (65 y 66)
- 85.0 *Hipoplasia de piel y uñas*
- 85.1 *Hipoplasia de estructuras musculotendinosas*
- 85.2 *Hipoplasia de estructuras neurovasculares*

- 85.3 *Otra hipoplasia*
Incluye: Hipoplasia en más de uno de los tipos de tejidos precedentes (85.0 - 85.2)
Excluye: Enanismo (70.60) y acondroplasia, y defecto generalizado del esqueleto (70.65)
- 85.4 *Crecimiento excesivo*
Excluye: Deficiencias de la configuración física (70.6) y gigantismo (70.61)
- 85.5 *Duplicaciones de la estructura ósea*
Incluye: Las de los huesos de las extremidades
- 85.6 *Otras duplicaciones*
Incluye: Las de los tejidos, como polidactilismo y mano en espejo
- 85.7 *Banda de constricción congénita*
- 85.8 *Otra*
Incluye: Aracnodactilia
- 85.9 *Sin especificar*

- 86 Otro desfiguramiento estructural**
- 86.0 *Atrofia, completa*
Incluye: Emaciación (70.63)
- 86.1 *Otro tipo de atrofia*
- 86.2 *Otro defecto del tejido blando, completa*
- 86.3 *Otro defecto del tejido blando*
- 86.4 *Hinchazón de los tejidos*
Incluye: Tumores
Excluye: El debido a líquido (86.5 y 86.6)
- 86.5 *Otra hinchazón, completa*
Incluye: Linfedema
- 86.6 *Otra hinchazón*
Incluye: Edema
- 86.7 *Estructuras accesorias*
Excluye: Dedos supernumerarios (85.6)
- 86.8 *Otro desfiguramiento estructural*
- 86.9 *Sin especificar*

- 87 Otro desfiguramiento**
- 87.0 *Pigmentación*

Incluye: Despigmentación

- 87.1 *Cianosis*
- 87.2 *Otra perturbación de la coloración de la piel*
Incluye: Hematomas, erupciones e infecciones de la piel
Excluye: Hematoma generalizado (92.4)
- 87.3 *Otra perturbación circulatoria de la piel*
Incluye: Venas varicosas
- 87.4 *Perturbación en la sudoración*
- 87.5 *Exudación*
Incluye: Exceso de escamas
- 87.6 *Cicatrices*
- 87.7 *Pilosidad anormal*
- 87.8 *Otra anomalía de la piel*
- 87.9 *Otra y sin especificar*

OTRAS DEFICIENCIAS DESFIGURADORAS (88-89)

- 88 Orificio anormal**
- 88.0 *Traqueostomía*
- 88.1 *Gastrostomía*
- 88.2 *Ileostomía*
- 88.3 *Colostomía*
- 88.4 *Otra derivación gastrointestinal*
- 88.5 *Sonda vesical*
- 88.6 *Otra derivación urinaria*
Incluye: Incontinencia extrauretral
- 88.7 *Otro orificio artificial*
- 88.8 *Otro orificio anómalo*
- 88.9 *Sin especificar*
- 89 Otra deficiencia desfiguradora**

9 DEFICIENCIAS GENERALIZADAS, SENSITIVAS Y OTRAS

DEFICIENCIAS GENERALIZADAS (90-94)

- 90 Deficiencia múltiple**
- 90.0 *Múltiple, de todas clases*
- 90.1 *Múltiple, de funciones mentales, habla y sentidos especiales*
Incluye: Asociación a deficiencias viscerales y del esqueleto
- 90.2 *Múltiple, de funciones mentales y habla*
- 90.3 *Múltiple, de sentidos especiales, víscera y esqueleto*
- 90.4 *Múltiple, de sentidos especiales*
- 90.5 *Múltiple, de víscera y esqueleto*
- 90.8 *Otras*
- 90.9 *Sin especificar*
- 91 Deficiencia grave de la continencia**
Excluye: Incontinencia refleja, por rebosamiento, por imperiosidad miccional y de esfuerzo (63)
- 91.0 *Sujeta a control por dispositivos*
Incluye: Dispositivos de adaptación y estimuladores eléctricos
Excluye: Ropa protectora especial (clasificar en su lugar adecuado en 91.1 - 91.8)

- 91.1 *Doble incontinencia con una frecuencia superior a una vez por noche y una vez por día*
 Incluye: Ensuciar (incontinencia fecal) y mojar (incontinencia de orina) con mayor frecuencia de lo especificado
- 91.2 *Otra incontinencia doble todas las noches y todos los días*
- 91.3 *Doble incontinencia con frecuencia superior a una vez cada 24 horas*
- 91.4 *Otra incontinencia doble*
- 91.5 *Incontinencia fecal con una frecuencia superior a una vez cada 24 horas*
- 91.6 *Otro tipo de incontinencia fecal con una frecuencia superior a una vez por semana*
- 91.7 *Incontinencia de orina con una frecuencia superior a una vez cada 24 horas*
- 91.8 *Otra*
- 91.9 *Sin especificar*
 Excluye: Incontinencia fecal NOS (62.9)
- 92 Susceptibilidad indebida al trauma**
 Excluye: Deficiencia intermitente de la conciencia (21) y deficiencia de la función de equilibrio (48)
- 92.0 *Trastornos hemorrágicos*
 Incluye: Tendencia a sufrir hemorragias
 Excluye: Hematomas (92.4)
- 92.1 *Fragilidad del esqueleto*
- 92.2 *Otra susceptibilidad indebida a contraer fracturas*
- 92.3 *Susceptibilidad indebida a úlceras por presión*
- 92.4 *Hematomas generalizados*
- 92.5 *Indebida insensibilidad al dolor*
- 92.6 *Otro tipo de susceptibilidad indebida de los tejidos*
 Incluye: Escorbuto
- 92.7 *Disminución de las facultades de recuperación asociadas al envejecimiento*
- 92.8 *Otra*
- 92.9 *Sin especificar*

- 93 Deficiencia metabólica**
 Excluye: Deficiencia de la configuración física (70.6) y fragilidad del esqueleto (92.1)
- 93.0 *Deficiencia de crecimiento*
 Incluye: Desarrollo y maduración insuficientes
- 93.1 *Fragilidad*
- 93.2 *Intolerancia a dietas específicas*
 Incluye: Sensibilidad al gluten
- 93.3 *Otra limitación dietética*
 Incluye: Diabetes
 Excluye: Intolerancia al alimento (62.0)
- 93.4 *Malnutrición*
- 93.5 *Pérdida de peso*
 Excluye: Emaciación (70.63)
- 93.6 *Exceso de peso*
 Excluye: Obesidad (70.64)
- 93.7 *Polidipsia*
- 93.8 *Otra*
- 93.9 *Sin especificar*
- 94 Otras deficiencias generalizadas**
 Excluye: Deficiencia de sueño (22)
- 94.0 *Dependiente de dispositivos electromecánicos para prolongar la vida*
 Incluye: Marcapaso, diálisis renal y respirador
- 94.1 *Postración intermitente*
 Incluye: La que sobreviene en los casos de asma o jaqueca
 Excluye: Vértigo (48)
- 94.2 *Algia generalizada*
- 94.3 *Fiebre*
 Incluye: Pirexia
- 94.4 *Prurito generalizado*
- 94.5 *Otro tipo de debilidad*
 Incluye: Debilidad (generalizada) SAI

- 94.6 *Fatiga generalizada*
Incluye: Fatiga SAI
Excluye: Tendencia a fatigarse (28.5)
- 94.8 *Otra*
- 94.9 *Sin especificar*

DEFICIENCIAS SENSITIVAS (95-98)

95 Deficiencia sensitiva de la cabeza

- 95.0 *Anestesia*
Excluye: Insensibilidad del ojo (58.2)
- 95.1 *Perturbación de la sudoración.*
- 95.2 *Variación de la temperatura*
- 95.3 *Algia facial*
- 95.4 *Dolor de cabeza*
- 95.5 *Otro dolor en la cabeza*
Incluye: Congestión, palpitación y tensión
Excluye: Dolor de oídos (49.3)
- 95.6 *Prurito*
- 95.7 *Entumecimiento*
Incluye: Parestesia y hormigueo
- 95.8 *Otra*
- 95.9 *Sin especificar*

96 Deficiencia sensitiva del tronco

- 96.0 *Anestesia*

- 96.1 *Perturbación de la sudoración*
- 96.2 *Variación de la temperatura*
- 96.3 *Algia en la espalda*
Incluye: Algia en el cuello y lumbago
- 96.4 *Otra algia en la región del tronco*
Excluye: Algia abdominal (62.3), algia torácica (61.3 y 61.4)
y cólico renal (63.0)
- 96.5 *Otro dolor en la región del tronco*
Incluye: Opresión y tensión
Excluye: Dolor torácico (61.3 y 61.4) y opresión del tórax al
hacer ejercicio (61.5)
- 96.6 *Prurito*
- 96.7 *Adormecimiento*
Incluye: Parestesia y hormigueo
- 96.8 *Otra*
- 96.9 *Sin especificar*
- 97 Deficiencia sensitiva de la extremidad superior**
- 97.0 *Anestesia*
- 97.1 *Perturbación de la sensibilidad profunda*
Incluye: Astereognosis
- 97.2 *Variación de la temperatura*
- 97.3 *Dolor al hacer ejercicio*
- 97.4 *Otra algia*
Incluye: Causalgia
- 97.5 *Otro dolor*
Incluye: Opresión y tensión

- 97.6 *Escozor*
- 97.7 *Adormecimiento*
Incluye: Parestesia y hormigueo
- 97.8 *Otra*
Incluye: Ardor o picores, y calambres o espasmos
- 97.9 *Sin especificar*
- 98 Otra deficiencia sensitiva**
Incluye: La de la extremidad inferior
- 98.0 *Anestesia*
- 98.1 *Perturbación de la sensibilidad profunda*
Incluye: Astereognosis
- 98.2 *Cambio de temperatura*
- 98.3 *Algia*
Incluye: Causalgia
Excluye: Dolor al hacer ejercicio (61.5)
- 98.4 *Otro dolor*
Incluye: Oposición o tensión
Excluye: Claudicación intermitente (61.5)
- 98.5 *Prurito*
Excluye: Prurito generalizado (94.4)
- 98.6 *Adormecimiento*
Incluye: Parestesia y hormigueo
- 98.8 *Otra*
Incluye: Ardor o piccores, y calambres o espasmos
- 98.9 *Sin especificar*

OTRAS DEFICIENCIAS (99)

- 99 Otra deficiencia**
- 99.0 *Embarazo*
(El embarazo se ha incluido dentro de esta clasificación porque va asociado con ciertas limitaciones funcionales)
- 99.1 *Gangrena de la extremidad superior*
- 99.2 *Gangrena de la extremidad inferior*
- 99.3 *Otro tipo de gangrena*
Incluye: Aquella que afecta a la extremidad superior e inferior.
- 99.8 *Otra*
- 99.9 *Sin especificar*
Incluye: Deficiencia SAI

ORIENTACION SOBRE LA ASIGNACION

Las deficiencias guardan semejanza con las voces de enfermedad en la CIE dado que se las concibe mejor como fenómenos de umbral; para cualquier categoría dada, lo que se hace es un juicio acerca de si la deficiencia se da o no.

La aparente gran amplitud del código puede ser motivo de desaliento a primera vista. Ahora bien, el nivel de detalle al que se desciende cumple una doble finalidad: en primer término, es un medio de definir el contenido de las clases, y, en segundo término, permite descender a niveles muy específicos a aquellos usuarios que deseen tal grado de detalle. La estructura taxonómica del código se asemeja a la de la CIE en cuanto que es jerárquica, preservando el significado incluso en los casos en que el código se utilice sólo en su forma abreviada. Así pues, el nivel de detalle a que se desee llegar queda al arbitrio del usuario.

Hasta aquí, las consecuencias más inmediatas de la enfermedad —las principales deficiencias— parece que se han hecho constar por lo general en registros. Por consiguiente, la codificación siguiendo las categorías del código DE de todo lo que se haya registrado no debería presentar dificultades insuperables. El problema principal parece que se relaciona con una infravaloración en la medida en que se hayan omitido deficiencias significativas.

En adelante, se sugiere que las nueve secciones principales del código DE se utilicen como lista de referencia aplicable a cada sujeto. Ello requeriría que el observador se hiciese una serie de preguntas: “¿Tiene esta persona una deficiencia intelectual, tiene alguna otra deficiencia psicológica, tiene una deficiencia del lenguaje?” y así sucesivamente. Entonces podría extraerse información adicional de cualquier cuestión respondida afirmativamente, a tenor de las líneas de mayor detalle contenidas en el código.

El principal aspecto al que habrá de atender en el futuro hace referencia a los criterios de identificación y a su relación con el nivel de gravedad. Las dificultades se han hecho constar bajo el epígrafe “Desviación de las normas”, en la anterior sección dentro de las *Consecuencias de la enfermedad* (pág. 65).

SECCION 3

CLASIFICACION DE LAS DISCAPACIDADES

Relación de categorías de dos dígitos

- 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 la situación
- 8 Discapacidades de una determinada aptitud
- 9 Otras restricciones de la actividad

Niveles suplementarios

Orientaciones sobre la adscripción

DISCAPACIDAD

Definición: 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.

Características: La discapacidad se caracteriza por excesos o insuficiencias en el desempeño y comportamiento en una normal actividad rutinaria, los cuales pueden ser temporales o permanentes, reversibles o irreversibles y progresivos o regresivos. Las discapacidades pueden surgir como consecuencia directa de la deficiencia o como una respuesta del propio individuo, sobre todo la psicológica, a deficiencias físicas, sensoriales o de otro tipo. La discapacidad representa la objetivación de una deficiencia y, en cuanto tal, refleja alteraciones a nivel de la persona.

La discapacidad concierne a aquellas habilidades, en forma de actividades y comportamientos compuestos, que son aceptados por lo general como elementos esenciales de la vida cotidiana. Son ejemplos de ello las alteraciones de las formas apropiadas del comportamiento personal (tales como el control de esfínteres y la destreza para lavarse y alimentarse con autonomía), del desempeño de otras actividades de la vida cotidiana y de las actividades locomotrices (como la capacidad de caminar).

**RELACION DE LAS CATEGORIAS DE
DISCAPACIDAD DE DOS DIGITOS**

1 DISCAPACIDADES DE LA CONDUCTA

Discapacidades de la conciencia (10-16)

- 10 Discapacidad de la conciencia del yo
- 11 Discapacidad en lo referente a la localización en el tiempo y en el espacio
- 12 Otra discapacidad de identificación
- 13 Discapacidad de la seguridad personal
- 14 Discapacidad en lo referente a la conducta situacional
- 15 Discapacidad en la adquisición del conocimiento
- 16 Otra discapacidad de carácter educativo

Discapacidades de las relaciones (17-19)

- 17 Discapacidad del rol familiar
- 18 Discapacidad del rol ocupacional
- 19 Otra discapacidad de la conducta

2 DISCAPACIDADES DE LA COMUNICACION

Discapacidades del hablar (20-22)

- 20 Discapacidad para entender el habla
- 21 Discapacidad para hablar
- 22 Otra discapacidad del hablar

Discapacidades para escuchar (23-24)

- 23 Discapacidad para escuchar el habla
- 24 Otra discapacidad para escuchar

Discapacidades para ver (25-27)

- 25 Discapacidad para tareas visuales de conjunto
- 26 Discapacidad para tareas visuales de detalle
- 27 Otra discapacidad para ver y actividades similares

Otras discapacidades de la comunicación (28-29)

- 28 Discapacidad para escribir
- 29 Otra discapacidad de la comunicación

3 DISCAPACIDADES DEL CUIDADO PERSONAL

Discapacidades de la excreción (30-32)

- 30 Dificultad excretoria controlada
- 31 Dificultad excretoria incontrolada
- 32 Otra discapacidad de excreción

Discapacidades de la higiene personal (33-34)

- 33 Discapacidad para bañarse
- 34 Otra discapacidad de la higiene personal

Discapacidades para arreglarse (35-36)

- 35 Discapacidad para ponerse la ropa
- 36 Otra discapacidad para arreglarse

Discapacidades para alimentarse y otras del cuidado personal (37-39)

- 37 Discapacidad en los preparativos de la comida
- 38 Otra discapacidad para alimentarse
- 39 Otra discapacidad del cuidado personal

4 DISCAPACIDADES DE LA LOCOMOCION

Discapacidades de ambulación (40-45)

- 40 Discapacidad para caminar
- 41 Discapacidad para salvar desniveles
- 42 Discapacidad para subir escaleras
- 43 Otra discapacidad para subir
- 44 Discapacidad para correr
- 45 Otra discapacidad de ambulación

Discapacidades que impiden salir (46-47)

- 46 Discapacidad para desplazarse
- 47 Discapacidad de transporte

Otras discapacidades de la locomoción (48-49)

- 48 Discapacidad para levantarse
- 49 Otra discapacidad de la locomoción

5 DISCAPACIDADES DE LA DISPOSICION DEL CUERPO

Discapacidades domésticas (50-51)

- 50 Discapacidad para proveer a la subsistencia
- 51 Discapacidad para las tareas del hogar

Discapacidades del movimiento del cuerpo (52-57)

- 52 Discapacidad para recoger
- 53 Discapacidad para alcanzar
- 54 Otra discapacidad de la función del brazo
- 55 Discapacidad para arrodillarse
- 56 Discapacidad para agacharse
- 57 Otra discapacidad del movimiento del cuerpo

Otras discapacidades de la disposición del cuerpo (58-59)

- 58 Discapacidad postural
- 59 Otra discapacidad de la disposición del cuerpo

6 DISCAPACIDADES DE LA DESTREZA

Discapacidades de la vida cotidiana (60-61)

- 60 Discapacidad para regular el entorno
- 61 Otra discapacidad de la vida diaria

Discapacidades de la actividad manual (62-66)

- 62 Discapacidad para manejar los dedos
- 63 Discapacidad para agarrar
- 64 Discapacidad para sujetar
- 65 Discapacidad del uso de la mano
- 66 Otra discapacidad de la actividad manual

Otras discapacidades de la destreza (67-69)

- 67 Discapacidad para controlar el pie
- 68 Otra discapacidad de control del cuerpo
- 69 Otra discapacidad de la destreza

7 DISCAPACIDADES DE SITUACION

Discapacidades de dependencia y resistencia (70-71)

- 70 Dependencia circunstancial
- 71 Discapacidad en la resistencia

Discapacidades ambientales (72-77)

- 72 Discapacidad relativa a la tolerancia de temperatura

- 73 Discapacidad relativa a la tolerancia de otras características climáticas
- 74 Discapacidad relativa a la tolerancia al ruido
- 75 Discapacidad relativa a la tolerancia a la iluminación
- 76 Discapacidad relativa a la tolerancia al estrés en el trabajo
- 77 Discapacidad relativa a la tolerancia de otros factores ambientales

Otras discapacidades de situación (78)

- 78 Otra discapacidad de situación

8 DISCAPACIDADES DE UNA DETERMINADA APTITUD

9 OTRAS RESTRICCIONES DE LA ACTIVIDAD

1 DISCAPACIDADES DE LA CONDUCTA

Hacen referencia a la conciencia y capacidad de los sujetos para conducirse, tanto en las actividades de la vida diaria como en la relación con otros, incluida la capacidad de aprender

Excluye: Discapacidades de la comunicación (2)

DISCAPACIDADES DE LA CONCIENCIA (10-16)

La conciencia hace referencia a tener conocimiento

10 Discapacidad de la conciencia del yo

Incluye: Perturbación de la capacidad para desarrollar o mantener una representación mental de la identidad del yo o cuerpo del sujeto ("esquema corporal") y su continuidad en el tiempo; y perturbación de la conducta resultante de la interferencia con la conciencia o sentido de la identidad y confusión (interpretación inadecuada y respuesta a acontecimientos externos, que se expresa por medio de agitación, inquietud y alboroto).

10.0 *Discapacidad transitoria de la conciencia del yo*

10.1 *Discapacidad en la orientación del esquema corporal*

Incluye: Perturbación de la representación mental del cuerpo del sujeto, tal como incapacidad de la diferenciación derecha-izquierda, experiencias de "miembro fantasma" y otros fenómenos similares

- 10.2 *Desaseo personal*
Incluye: Despreocupación por afeitarse o cuidar el estado del cabello y llevar prendas sucias
- 10.3 *Otra perturbación de la apariencia*
Incluye: Vestir o maquillarse de forma descuidada, y apariencia física muy extraña (tales como llevar "documentos secretos" y prendas de vestir o adornos especiales con un significado idiosincrático, que pueden tener que ver con delirios), de gusto muy poco apropiado o visiblemente pasado de moda
- 10.4 *Otra perturbación de la presentación del yo*
Incluye: Perturbación de la capacidad de ofrecer una imagen favorable en las situaciones sociales, tales como no prestar atención a las rutinas sociales de apoyo (por ejemplo, saludar, asistir a fiestas, dar las gracias, pedir perdón, excusarse, y reciprocidad de todo ello) y falta de "presencia" (por ejemplo, carencia total de originalidad o conformidad excesiva en el comportamiento)
Excluye: Conducta no convencional intencional (no es una discapacidad)
- 10.8 *Otra*
- 10.9 *Sin especificar*
- 11 Discapacidad en lo referente a la localización en el tiempo y el espacio**
Incluye: Perturbación de la capacidad del sujeto para localizar debidamente objetos externos, acontecimientos y a sí mismo en relación con las dimensiones de tiempo y espacio
- 11.0 *Discapacidad transitoria en lo referente a la localización en el tiempo y el espacio*
- 11.8 *Otra*
- 11.9 *Sin especificar*
- 12 Otra discapacidad de identificación**
Incluye: Perturbación de la capacidad para identificar debidamente a objetos y personas

- 12.0 *Discapacidad transitoria para identificar objetos y personas*
- 12.1 *Conducta fuera de contexto*
Conducta que es generalmente apropiada pero que no lo es a tenor del lugar, tiempo o grado de madurez
Incluye: Choque cultural (como es el caso de los inmigrantes), adoptar distintas identidades (por ejemplo, travestismo y pasar por otro, como el negro que se hace pasar por blanco), pasar por débil mental, andar rompiendo tabúes
- 12.8 *Otra*
- 12.9 **Sin especificar**
- 13 Discapacidad de la seguridad personal**
Incluye: Perturbación de la capacidad para eludir riesgos para la integridad del cuerpo del sujeto, como estar en peligro de herirse o ser incapaz de precaverse de cualquier riesgo
- 13.0 *Tendencia a causarse heridas*
Incluye: Riesgo de suicidio o de autoinfligirse heridas
- 13.1 *Discapacidad para garantizar la seguridad personal en situaciones especiales*
Incluye: Hallarse en peligro en situaciones especiales, tales como las relacionadas con los viajes y transportes, la ocupación y el tiempo libre, deporte incluido
Excluye: Discapacidad del rol ocupacional (18)
- 13.2 *Conducta potencialmente peligrosa para el sujeto mismo*
Incluye: Dejar encendido el gas o no apagar el fuego
- 13.3 *Otra conducta irresponsable*
Incluye: Tirar cerillas encendidas en la alfombra
- 13.4 *Extravíos*
- 13.5 *Otro desvarío*
Incluye: Vestirse indebidamente
- 13.8 *Otra*
- 13.9 *Sin especificar*
- 14 Discapacidad en lo referente a la conducta situacional**
Incluye: Perturbación de la capacidad para registrar y

- entender las relaciones entre los objetos y las personas en las situaciones de la vida diaria
- Excluye: Discapacidad de la seguridad personal en situaciones especiales (13.1)
- 14.0 *Discapacidad para comprender las situaciones*
 Incluye: Perturbación de la capacidad de percibir, registrar o comprender las relaciones entre cosas y personas
- 14.1 *Discapacidad para interpretar las situaciones*
 Incluye: Falsa interpretación de las relaciones entre personas y cosas y su significado
- 14.2 *Discapacidad para hacer frente a la situación*
 Incluye: Perturbación de la capacidad para realizar actividades en situaciones específicas, tales como las realizadas fuera de la casa o ante la presencia de determinados animales u otros objetos
 Excluye: Discapacidad de conducta en las situaciones de crisis (18.6)
- 14.8 *Otra*
- 14.9 *Sin especificar*
- 15 **Discapacidad en la adquisición del conocimiento**
 Incluye: Perturbación general de la capacidad para aprender, como la que puede deberse a deficiencias del intelecto o de la capacidad para aprender nuevas habilidades
- 16 **Otra discapacidad de carácter educativo**
 Incluye: Otra discapacidad para aprovecharse de las oportunidades educativas debido a la perturbación de las capacidades individuales específicas para adquirir, procesar y retener nueva información
 Excluye: Las debidas a discapacidades de la comunicación (2) y a otras discapacidades (3-7)
- 16.9 *Sin especificar*
 Incluye: Disminución de las funciones mentales SAI

DISCAPACIDADES DE LAS RELACIONES (17-19)

- 17 **Discapacidad del rol familiar**
- 17.0 *Discapacidad en la participación en actividades del hogar*
 Incluye: Perturbación en la capacidad para desarrollar actividades comunes habituales tales como comer juntos, realizar tareas domésticas, salir juntos de visita, participar en juegos y ver la televisión, y conducirse durante estas actividades, así como en la toma de decisiones sobre asuntos del hogar, como pueden ser las decisiones relativas a los hijos y al dinero
- 17.1 *Discapacidad en el rol conyugal afectivo*
 Incluye: Perturbación de la relación afectiva continuada con pareja o cónyuge heterosexual y de la comunicación (así, hablar sobre los hijos, noticias y sucesos de la vida cotidiana), de la capacidad para mostrar afecto y calor (pero excluyendo estallidos culturalmente habituales de ira o irritabilidad) y generar el sentimiento de constituir una fuente de apoyo para el otro cónyuge.
- 17.2 *Otra discapacidad del rol marital*
 Incluye: Perturbación de las relaciones sexuales con la pareja heterosexual habitual (incluida la práctica del coito y si el sujeto y su pareja hallan satisfactorias las relaciones sexuales)
- 17.3 *Discapacidad del rol parental*
 Incluye: Perturbación de la capacidad para asumir y realizar las tareas propias del cuidado de los hijos que corresponden a la posición que ocupa el sujeto en el hogar (así, dar de comer, meter en la cama o llevar al colegio, por lo que se refiere a los niños pequeños, y ocuparse de las necesidades de los hijos, en el caso de los hijos mayores) y para manifestar interés por los hijos (así, jugar con ellos, leerles un cuento e interesarse por los problemas de los hijos o por sus deberes escolares)
- 17.8 *Otra discapacidad del rol familiar*
- 17.9 *Sin especificar*

- 18 Discapacidad del rol ocupacional**
 Incluye: Perturbación de la capacidad para organizar y participar en actividades rutinarias relacionadas con la ocupación del tiempo, no limitada a la realización del trabajo
 Excluye: Discapacidades de la situación (70-79)
- 18.0 *Discapacidad en la motivación*
 Incluye: Interferencia con la capacidad de trabajar en virtud de una severa deficiencia de impulso
- 18.1 *Discapacidad en la cooperación*
 Incluye: Incapacidad para cooperar con otros y para "dar y tomar" en la interacción social
- 18.2 *Discapacidad en la rutina laboral*
 Incluye: Perturbación de otros aspectos de adaptación a la rutina laboral (como ir a trabajar regularmente y a tiempo, y observar las reglas)
- 18.3 *Discapacidad para organizar la rutina cotidiana*
 Incluye: Perturbación de la capacidad para organizar actividades de acuerdo con una secuencia temporal, y dificultad de tomar decisiones sobre temas de la vida cotidiana
- 18.4 *Otra discapacidad en la realización del trabajo*
 Incluye: Otra inadecuación en la realización y resultados del trabajo
- 18.5 *Discapacidad en actividades recreativas*
 Incluye: Falta de interés en las actividades de ocio (tales como ver la televisión, escuchar la radio, leer periódicos o libros, participar en juegos y tener hobbies) y en sucesos de carácter local y mundial (incluidos los esfuerzos por obtener información)
- 18.6 *Discapacidad del comportamiento en situaciones críticas*
 Incluye: Respuestas insatisfactorias o inadecuadas a incidentes (así, enfermedad, accidente u otros incidentes que afectan a un miembro de la familia o a otras personas), emergencias (como el fuego) y otras experiencias que normalmente requieren una rápida decisión y acción

- 18.8 *Otra discapacidad del rol ocupacional*
 Incluye: Para los sujetos que no trabajan, la perturbación del interés por conseguir un trabajo o volver al antiguo puesto, y los pasos dados para alcanzar esta finalidad
 Excluye: Otra discapacidad del rol social (19.2)
- 18.9 *Sin especificar*
- 19 Otra discapacidad de la conducta**
 Incluye: Perturbación de las relaciones interpersonales fuera del hogar
 Excluye: Discapacidad del rol ocupacional (18)
- 19.0 *Conducta antisocial*
 Incluye: Severamente inadaptado, psicópata y delincuente
- 19.1 *Indiferencia a las normas sociales aceptadas*
 Incluye: Conducta que resulta embarazosa (como hacer sugerencias o insinuaciones sexuales, o no contenerse en rascarse los genitales o en soltar ventosidades ruidosas), irrespetuosa (como cantar, hacer chistes tontos u observaciones impertinentes, o mostrar exceso de familiaridad) o histriónico (como expresar los sentimientos de forma exagerada, dramática o histriónica)
- 19.2 *Otra discapacidad del rol social*
 Incluye: Conducta manifiesta del sujeto que implique discusiones, arrogancia, ira, irritabilidad acusada u otras fricciones suscitadas en situaciones sociales fuera del propio hogar (por ejemplo, con supervisores, compañeros de trabajo o clientes, si el sujeto realiza su trabajo en el exterior; con los vecinos y otras personas de la comunidad, si el sujeto tiene un rol doméstico; con profesores, directores y compañeros de estudio, si el sujeto es un estudiante; y con los compañeros de residencia si el sujeto habita en común con otros)
 Excluye: Discapacidades de la conciencia del yo (10) y de identificación (11-12)
- 19.3 *Otra discapacidad de la personalidad*

Incluye: Otros excesos o falta de cualquier rasgo de personalidad SAI

19.4 *Otro trastorno severo de la conducta*

Incluye: Otra perturbación de la conducta que presenta problemas de control (como agresividad, destructividad, extrema hiperactividad e intento de llamar la atención) NCOP

19.5 *Otras*

19.9 *Sin especificar*

Incluye: Trastorno de la conducta SAI

2 DISCAPACIDADES DE LA COMUNICACION

Hacen referencia a la capacidad del sujeto para generar y emitir mensajes, así como para recibir y comprender mensajes

DISCAPACIDADES DEL HABLAR (20-22)

20 Discapacidad para entender el habla

Incluye: Pérdida o restricción de la capacidad para entender el significado de los mensajes verbales

Excluye: Discapacidades para escuchar (23) y dificultades coyunturales como desconocimiento de un lenguaje local

21 Discapacidad para hablar

Incluye: Pérdida o restricción de la capacidad para producir mensajes verbales audibles y para transmitir un significado a través del habla

22 Otra discapacidad del hablar

22.0 *Discapacidad para entender otros mensajes audibles*

Excluye: Discapacidades para escuchar (24)

22.1 *Discapacidad para expresarse mediante códigos de lenguaje sustitutivos*

Incluye: Pérdida o restricción de la capacidad para trans-

- mitir información mediante un código de lenguaje de signos
- 22.2 *Otra discapacidad con códigos de lenguaje sustitutos*
Incluye: Pérdida o reducción de la capacidad para recibir información mediante un código a base de lenguaje de signos
- 22.8 *Otra*
- 22.9 *Sin especificar*

DISCAPACIDADES PARA ESCUCHAR (23-24)

- 23 **Discapacidad para escuchar el habla**
Incluye: Pérdida o reducción de la capacidad para recibir mensajes verbales
- 24 **Otra discapacidad para escuchar**
Incluye: Pérdida o reducción de la capacidad para recibir otros mensajes audibles

DISCAPACIDADES PARA VER (25-27)

- 25 **Discapacidad para tareas visuales de conjunto**
Incluye: Pérdida o reducción de la capacidad para ejecutar tareas que requieren una adecuada visión distante o periférica
- 26 **Discapacidad para tareas visuales de detalle**
Incluye: Pérdida o reducción de la capacidad para ejecutar tareas que requieren una agudeza visual adecuada, como leer, reconocer rostros, escribir y efectuar manipulaciones que precisen de la vista
- 27 **Otra discapacidad para ver y actividades similares**
Excluye: Discapacidad relativa a la tolerancia a la iluminación (75)
- 27.0 *Discapacidad para la visión nocturna*
- 27.1 *Discapacidad para el reconocimiento de los colores*

- 27.2 *Discapacidad para la comprensión de mensajes escritos*
Incluye: Pérdida o reducción de la capacidad para descodificar y entender mensajes escritos
- 27.3 *Otra discapacidad para la lectura del lenguaje escrito*
Incluye: Dificultad para la velocidad o la resistencia en la lectura
- 27.4 *Discapacidad para leer otros sistemas de notación*
Incluye: Pérdida o reducción de la capacidad para leer Braille por un sujeto discapacitado en visión de cerca que anteriormente había tenido esta capacidad, o dificultad para aprender este sistema de notación para un sujeto discapacitado en visión de cerca
- 27.5 *Discapacidad para la lectura labial*
Incluye: Pérdida o reducción de la capacidad para leer los labios por un sujeto discapacitado para escuchar que anteriormente había tenido esta capacidad, o dificultad para aprender esta destreza por un sujeto discapacitado para escuchar
- 27.8 *Otra*
- 27.9 *Sin especificar*

OTRAS DISCAPACIDADES DE LA COMUNICACION (28-29)

- 28 **Discapacidad para escribir**
Incluye: Pérdida o reducción de la capacidad para codificar el lenguaje en palabras escritas y para efectuar mensajes escritos o hacer signos gráficos
- 29 **Otra discapacidad de la comunicación**
- 29.0 *Discapacidad para la comunicación simbólica*
Incluye: Pérdida o restricción de la capacidad para entender signos y símbolos asociados a códigos convencionales (por ejemplo, semáforos y señales de tráfico, pictogramas) y para leer mapas, diagramas sencillos y otras representaciones esquemáticas de objetos

- 29.1 *Otra discapacidad para la expresión no verbal*
Incluye: Pérdida o restricción de la capacidad para transmitir información mediante gestos, expresiones y procedimientos similares
- 29.2 *Otra discapacidad para la comunicación no verbal*
Incluye: Pérdida o restricción de la capacidad para recibir información mediante gestos, expresiones y procedimientos similares
- 29.8 *Otra*
- 29.9 *Sin especificar*
Incluye: Discapacidad de comunicación NOS

3 DISCAPACIDADES DEL CUIDADO PERSONAL

Hacen referencia a la capacidad del sujeto para cuidarse en lo concerniente a las actividades fisiológicas básicas, tales como la excreción y la alimentación, el cuidado propio, la higiene y el vestido

DISCAPACIDADES DE LA EXCRECION (30-32)

- 30 Dificultad excretoria controlada**
El control hace referencia a la mitigación de las consecuencias de la dificultad excretoria mediante un cierto grado de regulación ya sea mediante mecanismos de adaptación, estimuladores eléctricos, vestimenta protectora especial u otros procedimientos, de forma que resulte posible llevar una vida normal
- 30.0 *Control mediante mecanismos de adaptación*
- 30.1 *Control mediante estimuladores eléctricos*
- 30.2 *Derivación gastrointestinal*
Incluye: Ileostomía y colostomía
Excluye: Operaciones de pequeños circuitos internos (70.5)
- 30.3 *Sonda vesical permanente*
- 30.4 *Otra derivación urinaria*
Incluye: Con orificio anormal (como cistostomía)
Excluye: Operaciones de pequeños circuitos internos (70.5)

- 30.5 *Control mediante ropa protectora especial*
- 30.8 *Otro control de la dificultad excretoria*
- 30.9 *Sin especificar*
- 31 Dificultad excretoria incontrolada**
- 31.0 *Severa incontinencia doble*
Frecuencia: todas las noches y todos los días
Incluye: Ensuciar (incontinencia fecal) y mojar (incontinencia urinaria)
- 31.1 *Moderada incontinencia doble*
Frecuencia superior a una vez por semana de noche y de día
- 31.2 *Otra incontinencia doble*
- 31.3 *Otra incontinencia fecal*
- 31.4 *Otra incontinencia urinaria*
- 31.8 *Otra incontinencia incontrolada*
- 31.9 *Sin especificar*
- 32 Otra discapacidad de excreción**
- 32.0 *Asociada con la dificultad de desplazarse en el hogar*
Dificultad del individuo para ir al retrete
- 32.1 *Asociada con la dificultad de trasladarse en otros lugares*
- 32.2 *Otra dificultad para la utilización de las instalaciones sanitarias*
- 32.8 *Otra discapacidad de la excreción*
- 32.9 *Sin especificar*

DISCAPACIDADES DE LA HIGIENE PERSONAL (33-34)

- 33 Discapacidad para bañarse**
Incluye: Darse un baño completo, lavarse el cuerpo y la espalda y secarse después
- 33.0 *Asociada con la dificultad de desplazarse*
Dificultad para el sujeto en desplazarse al baño y desde el baño

- 33.1 *Otra dificultad al utilizar el baño*
- 33.2 *Dificultad al utilizar la ducha*
- 33.8 *Otra discapacidad para bañarse*
- 33.9 *Sin especificar*
- 34 Otra discapacidad de la higiene personal**
- 34.0 *Lavarse la cara*
- 34.1 *Lavarse el pelo*
Incluye: Lavarse el cuello y los oídos
- 34.2 *Cuidado de las manos*
Incluye: Lavarse y cuidarse las uñas
- 34.3 *Cuidado de los pies*
Incluye: Lavarse y cuidarse las uñas
- 34.4 *Higiene post-excreción*
- 34.5 *Higiene menstrual*
- 34.6 *Higiene dental*
- 34.7 *Cuidado específico según el sexo*
Incluye: Cepillarse el pelo y peinarse, y afeitarse
- 34.8 *Otra*
- 34.9 *Sin especificar*

DISCAPACIDADES EN EL VESTIR (35-36)

- 35 Discapacidad para ponerse la ropa**
Excluye: Calzado
- 35.0 *Ropa interior*
- 35.1 *Parte inferior del cuerpo*
Incluye: Ponerse faldas y pantalones
- 35.2 *Por encima de los hombros y brazos*
- 35.3 *Por encima de la cabeza*
Incluye: Ponerse blusas, camisas y camisones
- 35.4 *Ropa exterior*
Incluye: Ponerse ropa de trabajo, batas y prendas de abrigo

- 35.5 *Abrocharse*
Incluye: Abrocharse botones, corchetes y cremalleras
- 35.8 *Otra*
- 35.9 *Sin especificar*

36 Otra discapacidad para arreglarse

- 36.0 *Calcetería*
Incluye: Ponerse medias y calcetines
- 36.1 *Calzado*
Incluye: Ponerse zapatos y atarse los cordones
- 36.2 *Cobertura protectora de las manos*
- 36.3 *Prendas de cabeza*
- 36.4 *Cosmética*
- 36.5 *Otro aspecto del adorno personal*
- 36.8 *Otra*
- 36.9 *Sin especificar*

DISCAPACIDADES PARA ALIMENTARSE Y OTRAS DEL CUIDADO PERSONAL (37-39)

37 Discapacidad en los preparativos de la comida

- 37.0 *Servir bebidas*
Incluye: Servir el té
- 37.1 *Sujetar jarras de bebida*
- 37.2 *Repartir comida*
Incluye: servir comida
- 37.3 *Preparar comida*
Incluye: Cortar carne y untar el pan con mantequilla
- 37.4 *Utensilios de comer*
Incluye: Sujetar los cubiertos y otros utensilios de comer
- 37.8 *Otra*
- 37.9 *Sin especificar*

38 Otra discapacidad para alimentarse

- 38.0 *Beber*
Incluye: Llevarse los alimentos a la boca y consumirlos (así, tomar a sorbos)
- 38.1 *Comer*
Incluye: Llevarse los alimentos a la boca e ingerirlos
- 38.2 *Mascar*
Incluye: Masticación
- 38.3 *Tragar*
- 38.4 *Gastrostomía*
- 38.5 *Apetito escaso*
- 38.8 *Otra*
- 38.9 *Sin especificar*
- 39 Otra discapacidad del cuidado personal**
- 39.0 *Dificultad en irse a la cama*
Incluye: Dificultad en levantarse e incapacidad de tomar la decisión de irse a la cama
Excluye: Discapacidad por desplazarse (46)
- 39.1 *Dificultad en la cama*
Incluye: Dificultad para manejar las ropas de cama
- 39.8 *Otra*
- 39.9 *Sin especificar*

4 DISCAPACIDADES DE LA LOCOMOCION

Hace referencia a la capacidad del sujeto para llevar a cabo actividades características asociadas con el movimiento de un lugar a otro, de sí mismo y de los objetos

Excluye: Movilidad general y consideración del grado en que ésta puede restaurarse mediante ayudas (codificada bajo la clasificación de minusvalía), y también discapacidades derivadas de una resistencia disminuida (71)

DISCAPACIDADES DE AMBULACION (40-45)

40 Discapacidad para caminar

Incluye: Ambulación en terreno llano

Excluye: Maniobrabilidad en desniveles de terreno (41-43)

41 Discapacidad para salvar desniveles

Incluye: Maniobrabilidad en desniveles de terreno como salvar escalones ocasionales entre diferentes niveles

Excluye: Tramos de escaleras (42) y otros aspectos de la ascensión (43)

42 Discapacidad para subir escaleras
Incluye: Salvar tramos de escaleras y obstáculos artificiales como escaleras de mano
Excluye: Escalones ocasionales (41)

43 Otra discapacidad para subir
Incluye: Obstáculos naturales

44 Discapacidad para correr

45 Otra discapacidad de ambulación

DISCAPACIDADES QUE IMPIDEN SALIR (46-47)

46 Discapacidad para desplazarse
Excluye: Las relativas a la excreción (32), a bañarse (33) y al transporte (47)

46.0 Incorporarse estando echado
Incluye: Dificultad en levantarse y tumbarse en la cama
Excluye: Dificultades en acostarse y levantarse que no guardan relación con el desplazamiento en sí (39.0)

46.1 Incorporarse estando sentado
Incluye: Dificultad en sentarse y levantarse de una silla
Excluye: Dificultad asociada con el entrar o salir de los servicios (32) o entrar o salir de un coche (47.0)

46.2 Desplazamiento a pie
Incluye: Dificultad en desplazarse de pie a o desde una cama asociado con problemas manipulativos

46.3 Alcanzar una cama o una silla
Incluye: Dificultad en alcanzar una cama o una silla

46.8 Otra

46.9 Sin especificar

47 Discapacidad de transporte

47.0 Transporte personal
Incluye: Dificultades tales como entrar o salir de un coche o hacer uso de otras formas de transporte personal

47.1 Otros vehículos

Incluye: Subir y bajar del transporte público

47.2 Otra dificultad para ir de compras a lugar alejado

Incluye: Inaccesibilidad del lugar hasta el que se llega en un medio de transporte (así, imposibilidad de aparcar los vehículos lo suficientemente cerca)

Excluye: Hacer las compras en la vecindad (50.0) y falta de disponibilidad de transporte (lo que es una minusvalía)

47.7 Otra discapacidad de transporte

47.8 Otra discapacidad que impide salir de casa

47.9 Sin especificar

OTRAS DISCAPACIDADES DE LA LOCOMOCION (48-49)

48 Discapacidad para levantar

Incluye: Acarrear

Excluye: Dificultad para levantar y transportar relacionada sólo con la discapacidad para proveer a la subsistencia (50)

49 Otra discapacidad de la locomoción

Excluye: Discapacidades de movimiento del cuerpo (52-57)

5 DISCAPACIDADES DE LA DISPOSICION DEL CUERPO

Hacen referencia a la capacidad de un sujeto para llevar a cabo actividades asociadas con la disposición de las partes del cuerpo, y en ellas se incluyen actividades derivadas tales como la realización de tareas asociadas con el domicilio del sujeto

Incluye: Discapacidad de la destreza (6)

DISCAPACIDADES DOMESTICAS (50-51)

50 Discapacidad para proveer a la subsistencia

50.0 *Procurarse el sustento*

Incluye: Hacer las compras en la vecindad próxima

Excluye: Hacer las compras en lugares alejados unido a la discapacidad de transporte (47)

50.1 *Transportar el sustento*

Incluye: Disponer de provisiones en casa previo transporte de las mismas (como transportar las compras)

50.2 *Abrir recipientes*

Incluye: Abrir latas

50.3 *Preparar la comida*

Incluye: Cortar y trocear

- 50.4 *Mezclar alimentos*
Incluye: Batir
- 50.5 *Cocinar sólidos*
Incluye: Levantar y servir de cazuelas y sartenes
- 50.6 *Cocinar líquidos*
Incluye: Manejar y verter de recipientes que contienen líquidos calientes
- 50.7 *Servir la comida*
Incluye: Llevar bandejas
- 50.8 *Higiene del utillaje alimentario*
Incluye: Fregar los utensilios después de las comidas
- 50.9 *Otra y sin especificar*
- 51 Discapacidad para las tareas del hogar**
- 51.0 *Cuidado de la ropa de cama*
- 51.1 *Lavar en pequeña cantidad*
Incluye: Lavado delicado a mano (así, prendas pequeñas o delicadas)
- 51.2 *Lavar en gran cantidad*
Incluye: El lavado de prendas grandes y de la ropa blanca
- 51.3 *Secar la ropa lavada*
Incluye: Enjuagar, colgar y extender
- 51.4 *Limpiar a mano*
Incluye: Limpiar, quitar el polvo, frotar y sacar brillo
- 51.5 *Limpiar con medios auxiliares*
Incluye: Barrer y utilizar máquinas para la limpieza del suelo (así, aspiradoras)
- 51.6 *Cuidado de las personas a cargo*
Incluye: Ayudar a los hijos o a otras personas a cargo de uno en tareas como comer y vestirse
- 51.8 *Otras*
Excluye: Mover objetos (61.3) y alcanzar o estirar (53)
- 51.9 *Sin especificar*

DISCAPACIDADES DEL MOVIMIENTO DEL CUERPO (52-57)

Excluye: Las clasificables como discapacidades domésticas (50-51)

- 52 Discapacidad para recoger**
Incluye: Recoger objetos del suelo y doblarse
Excluye: Recoger y transportar pequeños objetos (61.3)
- 53 Discapacidad para alcanzar**
Incluye: Alcanzar objetos o estirarse para cogerlos
- 54 Otra discapacidad de la función del brazo**
Incluye: La capacidad de empujar o tirar con las extremidades superiores
- 55 Discapacidad para arrodillarse**
- 56 Discapacidad para agacharse**
Incluye: Encorvarse
- 57 Otra discapacidad de movimiento del cuerpo**

OTRAS DISCAPACIDADES DE LA DISPOSICION DEL CUERPO (58-59)

- 58 Discapacidad postural**
Incluye: Dificultad en conseguir o mantener posturas (así, perturbación del equilibrio)
Excluye: Las relacionadas con una resistencia limitada (71)
- 59 Otra discapacidad de la disposición del cuerpo**
Incluye: Otras dificultades en mantener las debidas relaciones entre las diferentes partes del cuerpo

6 DISCAPACIDADES DE LA DESTREZA

Hacen referencia a la destreza y habilidad de los movimientos corporales, incluidas las habilidades manipulativas y la capacidad para regular los mecanismos de control

Excluye: La capacidad para escribir o hacer signos gráficos.

DISCAPACIDADES DE LA VIDA COTIDIANA (60-61)

60 Discapacidad para regular el entorno

60.0 *Discapacidad de seguridad*

Incluye: Manejo de pestillos y otros cierres (por ejemplo, picaportes) y uso de las llaves

60.1 *Discapacidad de acceso*

Incluye: Abrir y cerrar puertas

60.2 *Fuego*

Incluye: Prender fuego y encender cerillas

60.3 *Dispositivos domésticos*

Incluye: Uso de grifos, bombas y enchufes

60.4 *Ventilación*

Incluye: Abrir ventanas

60.8 *Otra*

60.9 *Sin especificar*

- 61 Otra discapacidad de la vida cotidiana**
- 61.0 *Uso del teléfono de disco*
- 61.1 *Moneda*
Incluye: Manejo de dinero
- 61.2 *Otros movimientos delicados*
Incluye: Dar cuerda a relojes de pulsera y de pared
- 61.3 *Mover objetos*
Incluye: Coger y transportar pequeños objetos y no dejar caer objetos
Excluye: Recoger objetos (52)
- 61.4 *Manejar objetos*
Incluye: Manejar periódicos
- 61.8 *Otra*
- 61.9 *Sin especificar*

DISCAPACIDADES DE LA ACTIVIDAD MANUAL (62-66)

Excluye: Discapacidad para escribir (28)

- 62 Discapacidad para manejar los dedos**
Incluye: Capacidad para manipular con los dedos
- 63 Discapacidad para agarrar**
Incluye: Capacidad para agarrar o empuñar objetos y para moverlos
- 64 Discapacidad para sujetar**
Incluye: Capacidad para inmovilizar objetos sujetándolos
- 65 Discapacidad del uso de la mano**
Incluye: Discapacidad del zurdo en una cultura predominantemente diestra
- 66 Otra discapacidad de la actividad manual**
Incluye: Otras dificultades en la coordinación

OTRAS DISCAPACIDADES DE LA DESTREZA (67-69)

- 67 Discapacidad para controlar el pie**
Incluye: Capacidad para utilizar los mecanismos de control del pie
- 68 Otra discapacidad de control del cuerpo**
Incluye: Capacidad para utilizar otras partes del cuerpo para la regulación de los mecanismos de control
- 69 Otra discapacidad de la destreza**

7 DISCAPACIDADES DE SITUACION

Aunque algunas de las dificultades integradas en esta sección no son en sentido estricto perturbaciones de la realización de actividad (de hecho, a algunas podría mejor considerárselas deficiencias), se las incluye aquí por razones de índole práctico, en especial por lo que se refiere a la especificación recíproca del entorno (véase sección anterior en las *Consecuencias de la enfermedad*).

DISCAPACIDADES DE DEPENDENCIA Y RESISTENCIA (70-71)

70 Dependencia circunstancial

Incluye: Dependencia de equipos para conservación de la vida o de procedimientos especiales de asistencia para continuar viviendo o en actividad

70.1 *Dependiente de equipo mecánico externo*

Incluye: Dependencia de cualquier forma de máquina externa garante de la supervivencia, como máquinas para aspirar, respiradores y riñones artificiales (diálisis), o de cualquier forma de aparato electromecánico para el mantenimiento o extensión de la actividad potencial.

70.2 *Dependiente de aparatos internos para la preservación de la vida*

- Incluye: Marcapaso cardíaco
- 70.3 *Dependiente de otros aparatos internos*
Incluye: Prótesis de válvulas cardíacas y prótesis articulares
- 70.4 *Dependiente de trasplante de órganos*
Incluye: Estado posterior al trasplante
- 70.5 *Dependiente de otras alteraciones del entorno interior del cuerpo*
Incluye: Operaciones quirúrgicas de corto circuito y existencia de orificios artificiales
Excluye: Extirpación de órgano sin consecuencias funcionales (así apendicectomía o colecistectomía) y orificios artificiales relacionados con la excreción (30) o la comida (38)
- 70.6 *Dependiente de una dieta especial*
Incluye: Incapacidad para comer los platos tradicionales de la cultura del sujeto
- 70.8 *Dependiente de otras formas de atención especial*
Excluye: Dependencia de la ayuda de un tercero (véase *Grados suplementarios de discapacidad*)
- 70.9 *Dependencia sin especificar*
- 71 Discapacidad en la resistencia**
- 71.0 *Discapacidad para mantener posiciones*
Incluye: Estar sentado y estar de pie
- 71.1 *Discapacidad en la tolerancia al ejercicio*
- 71.2 *Discapacidad en otros aspectos de la resistencia física*
- 71.8 *Otra discapacidad relativa a la resistencia*
- 71.9 *Sin especificar*

DISCAPACIDADES AMBIENTALES (72-77)

- 72 Discapacidad relativa a la tolerancia de temperatura**
- 72.0 *Tolerancia al frío*
- 72.1 *Tolerancia al calor*
- 72.8 *Tolerancia a otro aspecto de la ventilación*
- 72.9 *Sin especificar*

- 73 Discapacidad relativa a la tolerancia de otras características climáticas**
- 73.0 *Tolerancia a la luz ultravioleta*
Incluye: La luz solar
Excluye: Intolerancia a la iluminación intensa (75.0)
- 73.1 *Tolerancia a la humedad*
- 73.2 *Tolerancia a los extremos de la presión barométrica*
Incluye: Intolerancia de la presurización asociada al vuelo
- 73.9 *Sin especificar*
- 74 Discapacidad relativa a la tolerancia al ruido**
- 75 Discapacidad relativa a la tolerancia a la iluminación**
- 75.0 *Tolerancia a la iluminación intensa*
- 75.1 *Tolerancia a la fluctuación en la iluminación*
- 75.8 *Otra*
- 75.9 *Sin especificar*
- 76 Discapacidad relativa a la tolerancia al estrés en el trabajo**
Incluye: Discapacidad para hacer frente a la rapidez o a otros aspectos de la presión del trabajo
Excluye: La atribuible a la discapacidad del rol ocupacional
- 77 Discapacidad relativa a la tolerancia de otros factores ambientales**
- 77.0 *Tolerancia al polvo*
- 77.1 *Tolerancia a otros alérgenos*
- 77.2 *Susceptibilidad indebida a agentes químicos*
Incluye: La asociada con enfermedades del hígado, y la derivada de una exposición previa a límites tolerables de productos químicos tóxicos
- 77.3 *Susceptibilidad indebida a otras toxinas*
- 77.4 *Susceptibilidad indebida a la radiación ionizante*
Incluye: La derivada de una exposición previa a límites tolerables de irradiación
- 77.8 *Tolerancia a otros factores ambientales*
- 77.9 *Sin especificar*

OTRAS DISCAPACIDADES DE SITUACION (78)

78 Otra discapacidad de situación

Incluye: Restricciones generalizadas de la actividad derivadas de razones como delicado estado de salud del sujeto o propensión a sufrir traumas

8 DISCAPACIDADES DE UNA DETERMINADA APTITUD

La re inserción profesional requiere la evaluación de múltiples aspectos del nivel de capacidad y realización del sujeto. Entre ellos merecen citarse:

- i) Capacidades de la conducta como la inteligencia, el instinto, la motivación (incluida la actitud hacia la rehabilitación), la percepción, la conciencia (incluida la capacidad para ver posibilidades y limitaciones), la capacidad para aprender (incluida la apertura a nuevas ideas y el potencial de aprendizaje), la orientación para la forma y el espacio, la concentración (incluida la capacidad y la intensidad para mantenerla), la memoria (para palabras, figuras y formas, y a largo plazo) y el pensamiento (abstracto y lógico), así como la reacción a la crítica, la capacidad para cooperar y otros aspectos de las relaciones sociales.
- ii) Capacidades para realización de tareas, tales como la capacidad para planificar tareas, resolución de problemas (flexibilidad e ingenio), adaptabilidad, independencia en la realización, motivación e interés por la tarea, capacidad para controlar el trabajo propio y compararlo con el de otros, coordinación sensoriomotriz, destreza (fina y gruesa), precisión, limpieza, puntualidad, conducta a prueba de riesgo,



9 788486 852450

P.V.P. 1.000 pta