

## De la discapacidad a la dependencia: Conceptos

Juan Alfonso Andrade Ortega

### Introducción

Es necesario precisar una serie de conceptos antes de entrar de lleno en el tema de la dependencia. Comenzaremos diciendo que toda enfermedad o accidente comporta un fenómeno que se denomina **deficiencia** («impairment»). Por ella entendemos toda alteración de una función o estructura psicológica, fisiológica o anatómica. La deficiencia es un concepto orientado hacia el órgano o la función; por ejemplo, en un paciente que ha sufrido un traumatismo raquímedular, la deficiencia viene definida tanto por la fractura vertebral como por la lesión de la médula espinal.

Así pues, la enfermedad (o el accidente) nos conduce a la deficiencia; de aquí surge otro fenómeno: la **discapacidad** («disability»). La discapacidad es la reducción parcial o total, a causa de una deficiencia, de la capacidad para realizar una actividad que se considera normal para el ser humano en un momento dado. Aquí ya no nos referimos a un órgano o función; la

discapacidad está orientada hacia el individuo considerado como un todo. En el ejemplo que nos ocupa, ante una lesión medular como deficiencia, la discapacidad podría venir representada por la imposibilidad de caminar, o la imposibilidad de regular voluntariamente la emisión de orina propias de un parapléjico.

Pero la secuencia de acontecimientos no termina aquí. La deficiencia y/o la discapacidad pueden comportar una desventaja social para el individuo que las presenta, desventaja que interfiere con la integración social del mismo. Estamos ahora ante un concepto nuevo orientado no hacia un órgano o función, no hacia un individuo, sino hacia una relación entre el individuo y la sociedad. Estamos hablando del concepto conocido como **minusvalía** («handicap»). Un parapléjico que desarrolla su puesto de trabajo con normalidad presenta una desventaja social menor que la de otro parapléjico de las mismas características que no puede desempeñar su trabajo en razón de su enfermedad.

Palabras clave: Discapacidad. Dependencia.

Fecha de recepción: Diciembre 2008.

Seminario Médico

Año 2008. Volumen 60, N.º 2. Págs. 77-80

Para intentar modificar el impacto que tienen la deficiencia o la discapacidad hay que actuar sobre el individuo. Sin embargo, para influir sobre la minusvalía podemos actuar tanto sobre el individuo como sobre el entorno. La causa de que un parapléjico pueda no desarrollar su actividad laboral puede ser una barrera arquitectónica (imaginemos un administrativo trabajando en un edificio en el que para acceder hay que subir escalones); la mera actuación sobre esta barrera arquitectónica, por ejemplo, la habilitación de rampas, puede hacer que el parapléjico desarrolle con normalidad su trabajo. Es decir, actuando sobre el entorno, con la misma deficiencia y la misma discapacidad, la minusvalía puede variar notablemente, y esto da idea del alcance que pueden tener las actuaciones de carácter social sobre la salud de las personas.

Hemos utilizado de forma voluntaria una terminología antigua, ya desusada, que corresponde a la CIDDM-1 (primera Clasificación Internacional de la Deficiencia, la Discapacidad y la Minusvalía), aparecida en 1980 bajo los auspicios de la Organización Mundial de la Salud. A la CIDDM-1 se presentaban dos argumentaciones en contra: la una se refería a las connotaciones peyorativas de la palabra «minusvalía» y la otra, más importante aún, estaba relacionada con el hecho de que esta clasificación subrayaba en las personas más los elementos de enfermedad que los de salud, los elementos negativos que los positivos.

Por ello, la Organización Mundial de la Salud impulsó en 1990 la CIDDM-2, en la cual no hay ninguna

modificación en relación con el concepto de «deficiencia», pero sí con los demás conceptos. En la CIDDM-2, lo que antes era «discapacidad» ahora es «actividad», entendida como la realización de una tarea o acción por parte de un individuo; si hay que utilizar un término negativo respecto de la actividad, se habla ahora de «limitación de la actividad», no de discapacidad.

Algo parecido ocurre con la «minusvalía»; en la CIDDM-2 no existe tal término, sino el de «participación», entendida como el acto de involucrarse en una situación vital en relación con el estado de salud y el contexto; el aspecto negativo de este concepto sería «la restricción de la participación».

En 2001, la OMS impulsó una precisión conceptual según la cual entiende por discapacidad toda restricción de la capacidad funcional del ser humano y considera los componentes de la discapacidad ya citados (deficiencia, actividad y participación) en torno a la interacción entre el estado de salud y los factores contextuales del individuo, sean de tipo ambiental, personal, etc. Bajo esta óptica, la CIDDM-2 pasa a llamarse Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF).

En definitiva, hemos pasado desde una clasificación de consecuencias de la enfermedad (CIDDM-1) a una clasificación de componentes de la salud (CIF).

#### **La dependencia**

Con frecuencia, una enfermedad o un accidente, sume al paciente en

un estado de discapacidad determinado, de la cual parte o toda puede ser revertida con las distintas formas de tratamiento o cuidados conocidos. Cuando la recuperación de la discapacidad no es completa, puede surgir la necesidad de cuidados y, en consecuencia, el concepto de dependencia. El Consejo de Europa define la dependencia como «la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana», o, más concretamente, como «un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal». La necesidad de cuidados incluye no sólo las actuaciones de otras personas (familiares, médicos, enfermeros, fisioterapeutas, cuidadores en general...), sino también la disponibilidad de ayudas técnicas diversas (bastones, andadores, sillas, adaptaciones para bañera o WC, etc.) y las actuaciones comunitarias orientadas a la eliminación de elementos tales como las barreras arquitectónicas o las meras barreras sociales con las que se enfrentan a menudo los discapacitados. Llegados a este punto conviene recordar qué se entiende por actividad de la vida cotidiana o diaria, y dentro de éstas, qué son las actividades básicas de la vida diaria y qué son las actividades instrumentales de la vida diaria. Son actividades básicas de la vida diaria las relacionadas con el cuidado personal de uno mismo

(vestirse, baño, aseo, comer, control de esfínteres, uso de WC, etc) y con la función física (andar, movilidad en el interior del domicilio, subir o bajar escaleras, etc) y mental básicas, siendo actividades que se realizan de forma cotidiana y cuya ejecución es imprescindible para que la persona viva de forma autónoma y adaptada a su entorno.

Las actividades instrumentales de la vida diaria son más complejas y precisan de un nivel de autonomía personal mayor, pero no son básicas para el cuidado personal. Ejemplos de estas actividades son usar un teléfono, realizar tareas domésticas (limpiar, cocinar, lavar ropa, etc.), manejar dinero, utilizar transporte público, etc.

Con propósitos de cuantificación legal y administrativa, se reconocen diversos grados de dependencia:

a) Dependencia moderada: se caracteriza porque la persona afectada necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día.

b) Dependencia severa: en este caso la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere la presencia permanente de un cuidador.

c) Gran dependencia: la persona afectada necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía mental o física, necesita la presencia indispensable y continua de otra persona.

La dependencia como objeto de consideración social y administrativa está claramente ligada a una estructura

organizativa y a la disponibilidad de recursos humanos y materiales. Lo que en tiempos ha sido un concepto intuitivo y resuelto de forma más o menos espontánea dentro del ámbito sociofamiliar, pasa a ser ahora, al socaire de la complejidad de nuestra sociedad actual, un fenómeno gene-

rador de expectativas de las que han emanado diversas respuestas de carácter sanitario, político y social.

---

**Juan Alfonso Andrade Ortega, Servicio de Rehabilitación. Complejo Hospitalario de Jaén.**

---

---

#### Referencias bibliográficas

---

1. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Libro Blanco de la Dependencia.
2. VILLARINO DÍAZ-JIMÉNEZ, C., Y OTROS: *La discapacidad: concepto y modelos*. En: Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física: «Manual SERMEF de Rehabilitación y Medicina Física». Págs. 7-11. Editorial Médica Panamericana, 2006, Madrid.