

Título: Discapacidad y funcionabilidad en las personas mayores. Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud. (CIF).

Autores: Humberto Arencibia Pérez*, Alina María González Moro**, Liliams Rodríguez Rivera**.

*Especialista de 1er grado en Gerontología y Geriatria, Especialista de 2do grado en Administración en Salud". Máster en "Salud Pública y Envejecimiento".

**Especialista de 1er grado en Medicina General Integral, Especialista de 1er grado en Gerontología y Geriatria. Máster en "Salud Pública y Envejecimiento".

**Editorial: Calle G y 27, Vedado, Municipio Plaza de la Revolución.
CP 10400.**

geroinfo@infomed.sld.cu

Centro de Investigaciones sobre: "Envejecimiento, Longevidad y Salud"

Resumen

Conceptualizar y medir la discapacidad ha resultado un tema polémico. El presente artículo intenta un acercamiento a este importante tema en las personas mayores y su impacto en la medición de discapacidad en esta población a través de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF). La importancia en establecer una estandarización en el campo de las investigaciones y el valor de establecer estrategias de intervención de acuerdo a estos resultados.

Palabras claves: Discapacidad, Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud. (CIF), anciano.

Summary

To conceptualize and to measure the disability has been a polemic topic. The present article attempts an approach to this important topic in the grown-ups and its impact in the disability assessment in this population through of the International Classification of Functioning Disability and Health (ICF). The importance in establishing a standardization in the field of the investigations and the value of establishing intervention strategies according to these results.

Key words: disability, International Classification of Functioning Disability and Health (ICF), elderly

Introducción.

El principal objetivo en la asistencia del adulto mayor no es tanto el aumento de la expectativa de vida como el aumento de la expectativa de vida activa o libre de discapacidad. Por ello, la situación funcional es un parámetro prioritario en la evaluación del estado de salud, de la calidad de vida y de los cuidados del paciente adulto mayor.

Este interés por la «función» este dado fundamentalmente por dos cuestiones. Por un lado, la situación funcional es un determinante fundamental en el riesgo de desarrollo de dependencia, institucionalización, consumo de recursos sanitarios, sociales y mortalidad del anciano frágil. Por otra, el deterioro funcional aparece como el cauce habitual en el que confluyen las consecuencias de la morbilidad, discapacidad y de la fragilidad.

Conceptualizar y medir la discapacidad ha resultado un tema polémico. El concepto de discapacidad ha evolucionado junto con la humanidad, desde una visión animista o negativista (castigo divino o posesión diabólica), hasta la explicación científica y el reconocimiento de los derechos; oscilando pendularmente del rechazo a la compasión, de la exclusión-reclusión a la intervención médico-profesional, de la resignación al autoreconocimiento y respeto, de la normalización a la inclusión. ^(1,2)

Autores como Puig de la Bellacasa y Casado han puesto nombres a los modelos en la evolución de las mentalidades sociales. ⁽³⁾ El primero de ellos habla de tres modalidades:

- ⇒ **El tradicional:** asociado a una visión animista clásica asociada al castigo divino o la intervención del Maligno.
- ⇒ **El del paradigma de la rehabilitación:** donde prevalece la intervención médico-profesional sobre la demanda del sujeto.
- ⇒ **El del paradigma de la autonomía personal:** con el logro de una vida independiente como objetivo básico.

Por su parte, Casado enuncia cuatro modelos:

- ⇒ **El de integración utilitaria:** se acepta a los sujetos con menoscabo "con resignación providencialista o fatalista".
- ⇒ **El de exclusión aniquiladora:** al sujeto se le encierra y oculta en el hogar.
- ⇒ **El de atención especializada y tecnificada:** dominan los servicios y los agentes especializados sobre los usuarios.

⇒ **El de accesibilidad:** basado en el principio de "normalización", donde las personas con discapacidad tienen derecho a una vida tan normal como la de los demás.

Para explicar y entender la discapacidad, se han propuesto otros modelos conceptuales como el modelo médico-biológico que considera la discapacidad como un problema de la persona directamente causado por una enfermedad, trauma o condición de salud, que requiere de cuidados médicos prestados en forma de tratamiento individual por profesionales. La atención sanitaria se considera la cuestión primordial, y en el ámbito político la respuesta principal es la de modificar y reformar la política de atención a la salud.

Por otro lado está, el modelo social de la discapacidad. Desde la perspectiva de este modelo, la discapacidad es en realidad un hecho social, en el que las características del individuo tienen sólo relevancia en la medida en que evidencian la capacidad o incapacidad del medio social para dar respuestas a las necesidades derivadas de sus déficit. Considera el fenómeno como un problema de origen social y como un asunto centrado en la completa integración de las personas en la sociedad.

Frente a estos dos modelos contrapuestos surge el modelo bio-psico-social. Es la visión integradora de los modelos descritos, sobre todo de los opuestos: el médico y el social, y es por el que apuesta la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF).^(1,2)

Pero además de los modelos explicados, existen otros dos **modelos** que también es importante citar, ya que el bio-psico-social también ha agrupado de estos algunas de las premisas que defienden.

Así, el modelo político-activista centra sus actuaciones en la acción política y social. Dice que las limitaciones con las que se encuentran las personas con discapacidades en temas como empleo, transporte, educación... no son consecuencia de su problema médico, sino que es el resultado de la actitud de la sociedad. Defiende que el individuo con discapacidad es miembro de un grupo minoritario que ha estado discriminado por la sociedad. En este modelo se relacionan las teorías sociales de la discapacidad y el activismo político.

Para finalizar, en el modelo universal se plantea la discapacidad como un hecho universal en el que toda la población está en situación de riesgo. En el principio de universalización las iniciativas políticas deben dirigirse a toda la población, ya que todos están en riesgo de ser discapacitados, siendo la discapacidad y la capacidad los extremos de un continuo.

Ni la evolución conceptual ni la reacción actitudinal se han superado por completo, consecuentemente la discusión no se ha agotado. ^(1,2)

Discusión

Varias definiciones han sido propuestas para incluir a toda la población con discapacidad. Sin embargo, la heterogeneidad existente complica en gran medida esta tarea, ya que las definiciones por lo general no proporcionan una descripción clara y definitiva de lo que es esta definición. ⁽⁴⁾ Este término cuando se acerca al análisis del colectivo de las personas con discapacidad, reside precisamente, en saber qué se entiende por discapacidad, ya que la definición de este término suscita numerosos debates y aún hoy en día, no existe un consenso en relación a la forma de referirse a las personas que experimentan algún grado de limitación funcional o restricción. ⁽⁵⁾

Una definición de discapacidad bien formulada es necesaria por varias razones, entre ellas, obtener estadísticas confiables que permitan caracterizar este segmento poblacional y la comparabilidad de sus datos, así como, conocer no solo su magnitud demográfica sino también sus necesidades para trazar políticas dirigidas a este sector de la población, ya que pueden excluir a individuos que necesitan atención o por el contrario incluir a personas que no eran objetivos de la política.

En 1980, la Organización Mundial de la Salud presentó la "International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. A Manual of Classification Relation to the Consequences of Disease"; publicada por el Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO) de España en 1983 en castellano, se conoce con el nombre de Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) y nació con la finalidad de unificar los criterios para definir el concepto de discapacidad a nivel mundial. Esta clasificación establece una agrupación diferenciada de los distintos niveles de manifestación de las deficiencias y clasifica las diversas categorías médicas al uso y surge de trabajos iniciados en 1972 a partir de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), ya que ésta era insuficiente para explicar y clasificar las consecuencias de la enfermedad sobre el desarrollo global de la persona y el funcionamiento humano. Así, la OMS vino a establecer tres niveles de reconocimiento del problema, con los términos de deficiencia, discapacidad y minusvalía y los definía de la siguiente forma:

Enfermedad > Deficiencia > Discapacidad > Minusvalía

- Una **deficiencia** es toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. *Sustrato Orgánico*
- 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. *Sustrato Social*
- Una **minusvalía** es una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de su edad, sexo o factores sociales y culturales). *Sustrato Social*

La relación causal entre dichos niveles de las consecuencias de la enfermedad es evidente en las propias definiciones de los mismos. Una deficiencia puede producir una discapacidad y la minusvalía puede ser causada por cualquiera de las dos anteriores. ^(3,5)

A nivel conceptual y de decisión, el empleo de la CIDDM modificó la manera de considerar las discapacidades y las personas discapacitadas observándose modificaciones positivas en las orientaciones de la política social, la planificaron y la gestión de gobiernos y organizaciones.

El marco ofrecido por la CIDDM fue 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 entre los que se encuentran Australia, Canadá, Países Bajos, Argelia, China, Kuwait y el Reino Unido.

Los conceptos de la CIDDM suscitaron gran interés filosófico, y sus aplicaciones se extendieron a los campos de la seguridad social y otros sectores como la evaluación de la capacidad laboral, la evaluación de necesidades comunitarias, el urbanismo y la arquitectura. También se aplicó 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 este, a la apreciación de la aptitud para el trabajo, o a la información en general. Además se utilizó para evaluar el estado de los pacientes en los centros de rehabilitación, en las instituciones de convalecientes y establecimientos para personas de edad. ⁽⁶⁾

A su vez la CIDDM fue incorporada a la Familia de las Clasificaciones, ocupando un lugar secundario y por lo tanto subordinado a la CIE, que constituía el núcleo central en el diagnóstico de la enfermedad y la mortalidad.

A pesar del amplio uso que se hizo de la CIDDM en todo el mundo, la medición de la discapacidad continuó enfrentando varios problemas al no lograrse un consenso en la definición, especialmente en América Latina donde el término tiene varias interpretaciones incluyendo a nuestro país. Los resultados obtenidos, a través, de encuestas aplicadas en estudios realizados sobre prevalencia de discapacidad, muestran enormes variaciones ya sea entre países, o para el mismo país al observar distintas fuentes en un mismo período. Por ejemplo, en Chile la proporción de personas con discapacidad estimadas en el 2002 fue de 2,2% pero alcanzó el 13% en el 2004. La variación entre países va desde un 0,9% en Brasil hasta un 16% en Uruguay. ⁽⁴⁾

Entre las explicaciones posibles para esta variación se señalan diferencias metodológicas en la medida de los datos procedentes de censos y encuestas, se aplican distintas definiciones y distintos dominios. En la mayor parte de los países en desarrollo, los censos de población son unas de las pocas fuentes de estadísticas sobre discapacidad y las preguntas comúnmente se limitan a los tipos de discapacidad más severa (visual, auditiva, del lenguaje, física, mental, etc.), las cuales pueden variar de un censo a otro. Además, algunas veces la recogida de los datos es esporádica y las encuestas no logran cubrir a todos los individuos de la muestra, lo que resulta en un tamaño de muestra pequeño que provoca que el análisis no sea confiable. ⁽⁴⁾

Otro método utilizado en varios países para medir la discapacidad es el Índice de Actividades de la Vida Diaria. Estas medidas de funcionamiento físico se basan en datos de autoreporte, como el caso del estudio de Salud, Bienestar y Envejecimiento en las Américas (SABE). ⁽⁷⁻²⁴⁾

Retomando la CIDDM, pese al indudable empeño puesto por la OMS en su uso, en todo su período de aplicación, ha sido objeto de críticas y de señalamientos por una serie de limitaciones. La crítica dirigida hacia la clasificación fue la del modelo en el que se basaba, ya que su formulación era demasiado lineal, implicaba una causalidad de la deficiencia y se echaba en falta en él una formulación algo más compleja, que abarcara otros elementos relevantes para la discapacidad, como por ejemplo aspectos sociales y contextuales. Así mismo, las críticas destacaban el predominio del abordaje negativo del estado de salud de la persona; el enfoque que tenía de la discapacidad como algo individual y no universal; y una inadecuada verificación transcultural. ⁽⁵⁾

Con el objetivo de subsanar dichas críticas, la OMS inició en 1993 el proceso de revisión de la CIDDM, para lo cual pusieron en marcha múltiples equipos de trabajo a nivel internacional. Tras la elaboración de los borradores 1 y 2 y la verificación de su estructura y los estudios de aplicación transcultural (CAR), se llegó a la elaboración final de la CIDDM (Diciembre 2000); el cual fue presentado al Comité Ejecutivo de la OMS en Enero de 2001 y finalmente en la 54 Asamblea

Mundial de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Mayo de 2001, la cual aprobó la clasificación con el título de Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud (CIF).⁽⁵⁾

La aprobación de la CIF, con su énfasis en las repercusiones de la enfermedad y de los “estados de salud” en el funcionamiento humano, ha permitido expandir el concepto de salud más allá del modelo basado en la enfermedad y la mortalidad, que representa la CIE. Desde esta perspectiva ambas clasificaciones, CIE y CIF, se nos muestran como complementarias y en combinación posibilitan analizar, evaluar y clasificar la salud de la población y las actuaciones y políticas sanitarias, de una manera más completa.

La CIF fue diseñada con un propósito múltiple para ser utilizada en varias disciplinas y diferentes sectores. Sus objetivos específicos pueden resumirse en:

- 1) Proporcionar una base científica para la comprensión y el estudio de la salud y estados relacionados con la salud (educación, trabajo, ambiente).
- 2) Establecer un lenguaje común para describir la salud y los estados relacionados con la salud.
- 3) Permitir la comparación de datos entre países, entre disciplinas sanitarias, entre servicios.
- 4) Proporcionar un esquema de codificación sistematizado para ser aplicados en el sistema sanitario.

La CIF abarca todos los aspectos de la salud y algunos componentes del “bienestar” relevantes para la salud y los describe en términos de dominios de salud y dominios “relacionados con la salud”. Muchas personas consideran, erróneamente, que la CIF versa únicamente sobre personas con discapacidad; sin embargo, es válida para todas las personas. La salud y los “estados relacionados con la salud” asociados con cualquier condición de la misma se pueden describir utilizando la CIF. En otras palabras, la CIF tiene una aplicación universal.⁽⁸⁾

La CIF se basa en la integración del modelo médico y social, con la finalidad de conseguir la articulación de las diferentes dimensiones del funcionamiento humano, proporcionando una visión coherente de las dimensiones de la salud: biológica, individual y social, es decir, se pronuncia por un enfoque bio-psico-social y ecológico, superando la perspectiva biomédica imperante hasta el momento y otros modelos mencionados. Particularmente, este dato queda evidente con la inclusión de un apartado (segunda parte) dedicado a los factores contextuales (si bien no podemos considerar que haya alcanzado todos sus objetivos ya que una de las escalas previstas, la de

factores personales, no ha llegado a desarrollarse y la otra, la de factores ambientales, habrá de ser sometida a un proceso de verificación, que puede derivar en modificaciones sustanciales).

La CIF organiza la información en dos partes: La parte 1 versa sobre Funcionamiento y Discapacidad y la parte 2 sobre factores contextuales. Cada una de estas partes consta a su vez de dos componentes:

Componente de Funcionamiento y Discapacidad

El componente Cuerpo que consta de dos clasificaciones

- Funciones y estructuras corporales
- Actividades y participación

Componente de Factores Contextuales

- Factores Ambientales
- Factores Personales

En el contexto de la Salud la CIF define:

- **Funciones corporales:** son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales (incluyendo las funciones psicológicas).
- **Estructuras corporales:** son las partes anatómicas del cuerpo, tales como los órganos, las extremidades y sus componentes.
- **Deficiencias:** son los problemas en las funciones o estructuras corporales, tales como una desviación o una pérdida.
- **Actividad:** es el desempeño/realización de una tarea o acción por parte de un individuo. La capacidad potencial de la persona en la ejecución de una tarea en un entorno facilitador o uniforme.
- **Limitaciones en la Actividad:** son dificultades que un individuo puede tener en el desempeño/realización de actividades.
- **Participación:** es el acto de involucrarse en una situación vital. Representa la perspectiva social del funcionamiento. Permite describir lo que los individuos hacen en su ambiente/entorno real.
- **Restricciones en la Participación:** son problemas que el individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales.
- **Factores Ambientales:** constituyen el ambiente físico, social y actitudinal en el que una persona vive y conduce su vida.

En la CIF, la **Discapacidad** engloba las deficiencias, las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación y así deja de emplearse como la segunda parte de las consecuencias de la enfermedad y se eleva a términos “paraguas” para todas las condiciones de salud negativas. Por el contrario, también puede indicar aspectos no problemáticos (Ej. Neutrales) de la salud y aspectos “relacionados con la salud” (todos ellos incluidos en el concepto genérico de funcionamiento).⁽²⁷⁾

El funcionamiento y la discapacidad de una persona se conciben entonces como un fenómeno dinámico producto de una interacción dinámica entre los estados o condiciones de salud (enfermedades, lesiones, envejecimiento, embarazo) y los factores contextuales.⁽⁸⁾ Esta perspectiva bio-psico-social no es nueva, pero lo que realmente si es novedoso es que la CIF permite disponer de un marco conceptual global, consensuado y etimológicamente neutro para concebir la salud y los estados relacionados con la salud, lo que posibilita la adopción de un lenguaje común y reforzar los elementos positivos no estigmatizantes.⁽⁹⁾ (Ver anexo1 y 2)

La CIF, como nueva y valiosa herramienta para describir y comparar la salud de la población tanto en el contexto internacional como dentro de los propios países, se ha ido abriendo camino en su aplicación en diferentes ámbitos y para diversos fines. La CIF ha sido útil en estudios poblacionales como los realizados sobre prevalencia de Discapacidad en Chile⁽¹⁰⁾ y **Nicaragua**⁽²⁾.

La CIF, ha tenido una buena aceptación en algunos campos de la Medicina como en la Medicina Física y Rehabilitación⁽¹¹⁾, en la elaboración de un perfil de necesidades de apoyo a una persona con parálisis cerebral y discapacidad⁽¹²⁾, en la Rehabilitación Psicosocial donde el modelo de la CIF es el marco idóneo para la evaluación y descripción de cada una de las áreas enmarcadas en la Rehabilitación de los enfermos mentales crónicos.⁽¹³⁾

También la CIF se ha aplicado en el ámbito sociosanitario para la evaluación de la dependencia en España, evaluando el grado de equivalencia entre diversas escalas donde el baremo de la CIF es elevado.⁽¹⁴⁾

Su aplicación también se ha extendido al trabajo de la enfermería, la terapia ocupacional, rehabilitación de los trastornos del habla y del lenguaje, donde se destaca el acuerdo generalizado de los diversos especialistas sobre la utilidad de la CIF en su trabajo clínico diario.⁽¹⁵⁾

A pesar de la importancia de la discapacidad en la Geriatría no se han validado estudios de escalas en los dominios de la actividad y participación de la CIF y su utilización en esta disciplina esta menos extendida que en otras áreas o especialidades.⁽¹⁶⁾

En Cuba, la CIF solo se ha aplicado en el Centro Medicopsicopedagógico "La Castellana", en las actividades laborales de la población institucional como parte de su proceso de rehabilitación y en el Centro Comunitario de Salud Mental del Municipio Arroyo Naranjo, para la caracterización de la población de su área de salud correspondiente, pero de ninguno de los estudios se tienen referencias de resultados.

Los estudios de prevalencia de discapacidad, realizados en nuestro país, no han estado ajenos a las diferentes maneras de conceptualizar la discapacidad y la diversidad de instrumentos utilizados limitando su comparabilidad.

El primer estudio nacional sobre prevalencia de discapacidad, realizado en Cuba, del que se tiene conocimiento fue el llevado a cabo en 1995, diseñado y conducido por especialistas del Hospital de Rehabilitación "Julio Díaz". Este estudio se basó en la CIDDM y la encuesta fue aplicada por residentes de Medicina Física y Rehabilitación. Aunque sus resultados no fueron publicados, en informaciones preliminares se conoció que la tasa general de prevalencia fue de 7%, pero en el grupo de 60 años y más ese resultado se disparó hasta 18.25%. De este grupo también se pudo conocer, que las principales causas de discapacidad estuvieron determinadas por enfermedades no transmisibles del sistema nervioso, enfermedades del aparato circulatorio, del sistema osteomioarticular y enfermedades endocrinometabólicas por este orden.*

Otro instrumento usado para establecer la prevalencia de discapacidad, fue el utilizado en el estudio nacional sobre factores de riesgo realizado en el 2000.⁽¹⁷⁾ Este instrumento, que incorporó determinadas preguntas sobre dificultades para la ejecución de algunas actividades, arrojó una tasa de prevalencia de discapacidad del 7%. Similar al estudio de 1995 (no publicado), pero bien diferente al de otros estudios realizados en nuestro propio país a los que de inmediato nos vamos a referir.

En los estudios realizados por Bayarre, Tello y Novales se utilizaron, como medida de funcionamiento físico, las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD).⁽¹⁸⁻²¹⁾ En la investigación realizada por Brenes y colaboradores y en el estudio SABE se utilizaron, además de

* Comunicación personal

las AIVD, las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD);^(22, 7) con resultados poco homogéneos entre ellos.

Otro estudio que conceptualizó la discapacidad de manera diferente, a los estudios ya mencionados, fue el "Estudio Nacional Psicosocial de las Personas con Discapacidad". En este caso, el concepto de discapacidad quedó operacionalizado a partir de las deficiencias, con niveles graves de dificultad, para realizar las actividades diarias. Este estudio significó un enorme aporte al conocimiento de las discapacidades más severas, por cuanto abarcó prácticamente todo su universo y reportó una amplia información sobre los factores contextuales interactuantes con las personas con discapacidad, que sirvieron para fortalecer políticas de protección e inclusión de este segmento poblacional.⁽²³⁾

La tasa de discapacidad determinada en este estudio fue de 3,26%, lo que representó en cifra absoluta 366 864 personas con discapacidad, siendo el grupo de adultos mayores el más numeroso (118 343) y el de mayor tasa (7,36%).⁽²³⁾

Conclusiones.

En los propios estudios realizados en nuestro país sobre prevalencia de discapacidad, existen variaciones significativas en la medición de la discapacidad; por no haber un uso estandarizado del término ni de los instrumentos de medición. Por otra parte los marcos conceptuales utilizados no están concebidos totalmente desde la perspectiva bio-psico-social, elemento clave para comprender y describir el funcionamiento y la discapacidad.

Lograr una precisión conceptual de la discapacidad en estas personas nos permitirá perfeccionar su conocimiento y avanzar en estudios sobre indicadores de calidad de vida de la población y muy especialmente la de los adultos mayores.⁽²⁵⁾

El estudio de la prevalencia y predictores del estatus funcional de discapacidad en adultos mayores ha sido estudiado en varios países de Europa, sin embargo no hay ningún estudio poblacional que tenga como base esta manera de medir discapacidad.⁽²⁶⁾

Implementar esta condición de medir la discapacidad y funcionabilidad permitirá establecer criterios únicos en las personas mayores, asimismo la capacidad de evaluar en este sentido creará un lenguaje único de referencia, que permita desarrollar las investigaciones en este tema tan trascendental en la población adulta mayor. Por otra parte es incuestionable su utilidad en las estrategias intervencionistas del equipo multidisciplinario de atención en las personas mayores, sobre todo el área de rehabilitación.⁽²⁸⁾

En nuestra institución: Centro de Investigaciones sobre “Longevidad, Envejecimiento y Salud” ya hay varios proyectos perfilados y se establece de manera sistemática este modo de hacer a todos los pacientes que ingresan en nuestro servicio, así mismo es parte en la formación de residentes de nuestra especialidad en gerontología y geriatría.

La evidencia que existe apunta a esta necesidad: Estandarizar los criterios de medida en la discapacidad, así como validar los mismos en las distintas condicionantes crónicas.⁽²⁹⁾

Bibliografía:

1. Samaniego. Aproximación a la realidad de las personas con discapacidad en la Latinoamérica. Colección CERMIS. Madrid, 2006.
2. Amate EA, Vásquez AJ. Discapacidad, lo que todos debemos aprender. Washington, D.C: OPS, 2006.
3. Egea C, Sarabia A.Polibea. Visión y modelos conceptuales de la discapacidad. Polibea, ISSN 1137-2192, No. 73, 2004, pág.29-42.
4. Enfrentando a la discapacidad: Legislación, Programas de Empleo y Mecanismos de Aseguramiento. Capitulo III. Informe Anual de la CISS 2006.
5. Arbinaga F. Aproximación a la discapacidad: historia, concepto, clasificación y prevalencia. Redes. Revista de Servicios Sociales, ISSN 1139 – No. 12, 2003.
6. Organización Mundial de la Salud, “Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías”. Madrid. Edita. Ministerio de Asunto Sociales. Instituto Nacional de Servicios Sociales.1994.
7. Centro de Estudios de Población y Desarrollo (CEPDE), Oficina Nacional de Estadísticas (ONE) y Centro Iberoamericano para la Tercera Edad (CITED). Resumen Ejecutivo SABE. Ciudad de La Habana, 2003.
8. Organización Mundial de la Salud, “Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud” OMS., OPS, IMSERSO. Madrid, 2001.
9. Utsun TB, Chatterji S, Bickenbach J, Konstanjsek N, Schneider M. The International Classification of Functioning, Disability and Health: e new tool understanding disability and health. Disabil Rehabil. 2003;25:565-71.
10. Fondo Nacional de la Discapacidad. Primer Estudio Nacional de Discapacidad en Chile. Impresión: Ograma. Santiago de Chile, 2004.
11. Stucki G, Ewert T, Cieza A. Value and application of the CIF in Rehabilitation Medicine. Disabil Rehabil. 2003;25:628-34.

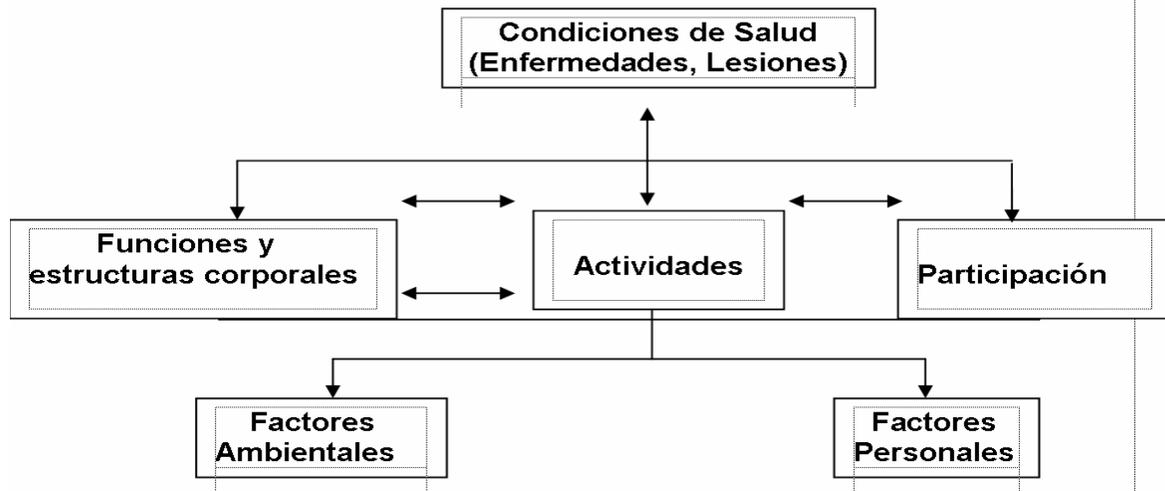
12. Odemaris Chirino, A. "Aplicación de la clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF) para elaborar un perfil de necesidades de apoyo a una persona con parálisis cerebral". Tesis de terminación de Maestría en Integración de Personas con Discapacidad. Universidad Central de Chile. Editada por el Fondo Nacional de la Discapacidad (FONADIS). 2003.
13. Lastra Martínez I, Martínez Chamorro M. Funcionamiento, discapacidad, rehabilitación .Inf. Psiquiatr. 2004;175:19-30.
14. Quejereta González M, Discapacidad/ Dependencia. Unificación de criterios de valoración y clasificación. Madrid; IMSERSO, 2004.
15. Bruyere S, Van Looy S, Peterson D. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): Disabil Rehabil.2005;2:121.
16. Rejeski W,H IpE,Marsh M and Farmer D. Measuring disability in older adults: The International Classification System of Functioning, Disability and Health (ICF) Framework.Geriatr Gerontology Int 2008; 8: 48-54.
17. INHEM. Estudio Nacional de Factores de Riesgos. MINSAP. Año 2000.
18. Bayarre Veá H, Fernández A, Trujillo Gras O, Menéndez J. Prevalencia de discapacidad física en ancianos del Municipio Playa.1996. Escuela Nacional de Salud Pública" Carlos J. Finlay". Rev. Cubana Salud Pública; 1999; 25(1):16-29.
19. Bayarre H, Fernández F A, Trujillo G O, Menéndez J. Prevalencia de discapacidad mental en ancianos del Municipio Playa 1996. Escuela Nacional de Salud Pública "Carlos J. Finlay" Rev Cubana Salud Pública; 1999; 25(1):30-8.
20. Tello Y, Bayarre H, Hernández YM, Domínguez H. Prevalencia de discapacidad física en ancianos. Municipios "Amancio Rodríguez" y "Jobabo". 1999. Escuela Nacional de Salud Pública "Carlos J. Finlay" Rev Cubana Salud Pública; 2001;(27):19-25.
21. Novales A, Gort M, Branás R, Hernández LA. Estudio de Discapacidad en ancianos en los consultorios del Consejo Popular los Portales. Guanés. Boletín MGI 2001; Vol. 4 No 1.
22. Brenes L. Comorbilidad y Discapacidad: su relación con adultos mayores de Ciudad de la Habana. Año 2005. [Tesis para optar por el título de Especialista de Primer Grado en Gerontología y Geriatría]
23. Bayarre Veá HD, Pérez Piñero JS, Menéndez Jiménez J, Tamargo Barbeito TO, Morejón Carralero A, Díaz Garrido D, González de Piñera Marrero A. Prevalencia y factores de riesgo de discapacidad en ancianos. Ciudad de La Habana, Camagüey, Las Tunas, Granma y Holguín. 2000-2004 (Informe Final de Investigación).
24. MenendezJ, Guevara A, Arcia N, Leon Diaz EM, Alfonso JC. Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores en siete ciudades de América Latina y del Caribe. Rev Panam Salud Pública. 2005; 17(5/60):353-61

25. Rejeski WJ, Ip EH, Marsh AP, Miller ME, Farmer DF Measuring disability in older adults: the International Classification System of Functioning, Disability and Health (ICF) framework. *Geriatr Gerontol Int.* 2008 Mar;8(1):48-54.
26. Virués-Ortega J, de Pedro-Cuesta J, Seijo-Martínez M, Saz P, Sánchez-Sánchez F, Rojo-Pérez F, Rodríguez F, Mateos R, Martínez-Martín P y col. Prevalence of disability in a composite ≥ 75 year-old population in Spain: a screening survey based on the International Classification of Functioning. *BMC Public Health.* 2011 Mar 23;11:176.
27. Üstün TB, Kostanjsek N, Chatterji S, Rehm J. Measuring health and disability: Manual for WHO Disability Assessment Schedule. World Health Organization; 2010.
(whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241547598_eng.pdf)
28. Grill E, Gloor-Juzi T, Huber EO, Stucki G. Assessment of functioning in the acute hospital: operationalisation and reliability testing of ICF categories relevant for physical therapists interventions. *J Rehabil Med.* 2011 Jan; 43(2):162-73.
29. Ewert T, Allen DD, Wilson M, Ustün B, Stucki G. Validation of the International Classification of Functioning Disability and Health framework using multidimensional item response modeling. *Disabil Rehabil.* 2010;32(17):1397-405.

Anexos:

Anexo. 1

Interacciones de los componentes de la CIF



Anexo 2

