

**COLABORACION ESPECIAL****APLICACIONES A LA CRONICIDAD EN SALUD MENTAL DE LA CLASIFICACION INTERNACIONAL DE DEFICIENCIAS, DISCAPACIDADES Y MINUSVALIAS****C. Ferrer Dufol, A. Tarí García, A. Rivases Aunés, C. Collado Sarto, A. Gómez Batalla**

Servicio de Salud Mental. Diputación General de Aragón. Zaragoza.

**RESUMEN**

El presente trabajo constituye una reflexión en torno a las dificultades planteadas en la realización de una adecuada valoración de las necesidades del enfermo psíquico "crónico".

Se hace inicialmente referencia a las características de los pacientes denominados "nuevos crónicos", atendidos de forma preferentemente ambulatoria a partir del proceso de desinstitucionalización llevado a cabo en los últimos años.

A continuación, se realiza un análisis de la Clasificación Internacional sobre Déficit, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM), publicada de forma experimental por la OMS en 1980, como anexo a la Clasificación Internacional de Enfermedades.

El trabajo se centra fundamentalmente en la descripción de los contenidos de dicha clasificación y una valoración de su utilidad como instrumento a usar en las tareas de planificación, evaluación y asistencia de pacientes con enfermedades mentales "crónicas".

**Palabras Clave:** Cronicidad psiquiátrica. Clasificación Internacional de Déficit, Discapacidades y Minusvalías.

**ABSTRACT****Applications of the International Classification of Deficiencies, Disabilities and Invalidities to Chronicity in Mental Health.**

The present work focuses on the difficulties to accomplish an adequate valuation of needs in "chronic" psychical patients.

First, a reference is made to the characteristics of the so called "new chronics", mostly cared outside the hospital, after the process of desinstitutionalization carried out during the last years.

Then, an analysis of the International Classification of Deficiencies, Disabilities and Invalidities published by the World Health Organization in 1980, (as annex of the International Classification of Diseases) is carried out.

This work studies basically the description of its classification contents and a valuation of its effectiveness as an instrument to be used in the planning and evaluation works and in the care of patients with mental "chronical" diseases.

**Key Words:** Psychiatric Chronicity. International Classification of Deficiencies, Disabilities and Invalidities.

**1. INTRODUCCION**

Dentro de la definición de enfermo mental crónico en la comunidad, aparece un subgrupo que comprende una generación de pacientes psiquiátricos jóvenes, surgidas a lo

largo de lo que se ha llamado movimiento de desinstitucionalización. Estos pacientes, diagnosticados en su mayor parte de Psicosis Esquizofrénica, presentan unas características específicas, condicionadas por una parte por los síntomas de este trastorno y por otra por la respuesta social que generan.

La transformación de las estructuras asistenciales psiquiátricas ha dado lugar a un cambio en el destino de estos jóvenes cróni-

Correspondencia:  
Carmen Ferrer Dufol  
Diputación General de Aragón  
Servicio de Salud Mental  
P.<sup>o</sup> M.<sup>o</sup> Agustín, 36 — 50071 Zaragoza.

cos. Si anteriormente estaban en su mayoría abocados al internamiento de por vida en el Hospital Psiquiátrico, en la actualidad el vaciamiento de estos establecimientos abre en teoría la posibilidad de un tratamiento en dispositivos de tipo ambulatorio y de su integración en la comunidad.

Sin embargo, diversos factores, entre los que figuran la carencia de instituciones terapéuticas y rehabilitadoras adecuadas y más en general el mantenimiento por parte de la sociedad de una actitud segregante hacia determinado tipo de enfermedades mentales, intervienen en la situación actual de estas personas, mal integradas social y laboralmente, y que a menudo comparten una historia común de numerosos ingresos en Hospitales Generales, condicionados, ya sea por la reagudización de síntomas psicóticos o, como es más frecuente, por problemas de conducta que dificultan la relación familiar.

La complejidad de la necesaria adaptación de los actuales servicios psiquiátricos a las necesidades de los nuevos crónicos se evidencia en los numerosos trabajos sobre el tema<sup>1, 2, 3, 4</sup>.

En este sentido, el análisis de las características de estas personas puede ser de utilidad, en la medida en que debería permitir un planteamiento multidisciplinario en el abordaje terapéutico de la enfermedad, que incluye no solo un tratamiento médico farmacológico, sino también una respuesta más compleja y diversificada a los problemas planteados.

En este intento de articular categorías clínicas y variables socioambientales en la valoración del enfermo mental, puede considerarse una aportación interesante la del Proyecto de Clasificación sobre secuelas de las enfermedades, realizadas por la OMS en 1980, como complemento de la ICD-9.

Dicha Clasificación responde a la necesidad por parte de quienes desarrollan su labor en la asistencia a individuos discapacitados física o mentalmente, de disponer de una delimitación adecuada de los distintos pro-

blemas susceptibles de tratamientos rehabilitadores.

De hecho, la clasificación debería facilitar el diseño de programas rehabilitadores, ajustados a diversas categorías de problemas consecutivos a la existencia de enfermedades.

Nos referiremos primero a las corrientes psiquiátricas que más eficazmente han abordado el tema de la cronicidad en psiquiatría y expondremos después las líneas generales de la clasificación mencionada y las vías rehabilitadoras que abre, planteándonos seguidamente su aplicación en el campo de la salud mental.

## 2. ALGUNOS ESTUDIOS SOBRE LA CRONICIDAD

El concepto de cronicidad, como elemento constitutivo de determinadas enfermedades mentales como la esquizofrenia, existe ya desde las primeras descripciones clínicas, que hablan de un progresivo deterioro de la personalidad del esquizofrénico o de la existencia de síntomas "residuales" que van a condicionar la vida del sujeto, y ha estado presente en la valoración clínica y pronóstica de la esquizofrenia hasta nuestros días.

En la actualidad, sin embargo, diversos autores, desde una óptica diferente, consideran la evolución de la esquizofrenia como producto de la intervención de variables interrelacionadas, en las que el factor social ocupa una posición relevante.

Así, Shepherd, Wing y Morris describen tres niveles de discapacidad del enfermo mental:

- Discapacidad Primaria, referida al defecto producido por los síntomas de la enfermedad.
- Discapacidad Secundaria o hándicaps asociados a la experiencia de enfermedad o, más claramente, "reaccio-

nes personales adversas” a la enfermedad.

- **Disabilidad Terciaria**, derivada de la respuesta social a la enfermedad y la discapacidad.

El concepto de **Disabilidad** cobra por tanto una importancia creciente en la valoración de la cronicidad. Como plantea Bachrach <sup>5</sup>, se va imponiendo una definición de la cronicidad basada en tres criterios:

- **Diagnóstico**: La cronicidad puede ser sugerida por determinados diagnósticos, en cuya definición se da como criterio la larga duración de la enfermedad. Así, la clasificación DSM-III-R introduce el aspecto temporal tanto en los trastornos de personalidad como en la psicosis esquizofrénica.
- **Duración**: Se define como “crónica” aquella enfermedad de larga duración o de frecuente recurrencia.
- **Disabilidad**: Incapacidad para la actividad personal, laboral o social.

### 3. LA CLASIFICACION INTERNACIONAL Y SU DESARROLLO

#### 3.1. Características generales

Las clasificaciones utilizadas habitual-

mente en la valoración de las disfunciones producidas por enfermedades o accidentes suelen constituir instrumentos de cuantificación del grado de minusvalía con la finalidad de realizar una valoración objetiva de la necesidad del sujeto estudiado de subsidios sociales. Este tipo de clasificaciones, centradas en el déficit físico o psíquico o en todo caso la cuantificación de la capacidad laboral, a través de un baremo fundamentalmente médico, incluyen los factores sociales solo como una valoración complementaria y secundaria <sup>6</sup>. No se responde por tanto al objetivo último de la valoración, que debería centrarse en las posibilidades de rehabilitación. Para la valoración en España del grado de minusvalía, se utilizan las tablas JAMA (Journal of the American Medical Association) o “Tablas de evaluación del menoscabo permanente” (1958-1979) reproducidas parcialmente en el BOE del 16 de marzo de 1984 <sup>7</sup>.

Creando un marco de referencia diverso, la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías <sup>8,9</sup> es un intento de clasificación de las secuelas de las enfermedades, tanto físicas como psíquicas, que realiza un abordaje multiaxial que permite una valoración integral de la persona enferma a través de la evaluación de tres niveles disfuncionales (Tabla 1):

**TABLA 1**

**Categorías de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías relacionadas con la Psiquiatría y la Salud Mental**

#### CLASIFICACION DE DEFICIENCIAS

##### 1. DEFICIENCIAS INTELLECTUALES

- Deficiencias de la inteligencia <sup>10, 14</sup>
- Deficiencias de la memoria <sup>15, 16</sup>
- Deficiencias del pensamiento <sup>17, 18</sup>
- Otras deficiencias intelectuales <sup>19</sup>

##### 2. OTRAS DEFICIENCIAS PSICOLOGICAS

- Deficiencias del estado de consciencia y vigilia <sup>20, 22</sup>
- Deficiencias de percepción y atención <sup>23, 24</sup>

TABLA 1 (Cont.)

Deficiencias de las funciones emotiva y volitiva <sup>25,28</sup>  
Deficiencias de pautas de conducta <sup>29</sup>

CLASIFICACION DE DISCAPACIDADES

1. DISCAPACIDADES DE LA CONDUCTA

- 10 Discapacidad de la conciencia del yo
- 11 Discapacidad en lo referente a la localización en el tiempo y 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
- 17 Discapacidad del rol familiar
- 18 Discapacidad del rol ocupacional
- 19 Otra discapacidad de la conducta

GRADOS SUPLEMENTARIOS DE LA DISCAPACIDAD

Categorías de la escala de gravedad

- 0 No discapacitado
- 1 Dificultad en la ejecución
- 2 Ejecución ayudada
- 3 Ejecución asistida
- 4 Ejecución dependiente
- 5 Incapacidad incrementada
- 6 Incapacidad completa
- 8 No aplicable
- 9 Gravedad sin especificar

VALORACION DE LAS PERSPECTIVAS

- 0 No discapacitado
- 1 Posibilidades de recuperación
- 2 Posibilidades de mejoría
- 3 Posibilidades de asistencia
- 4 Discapacidad estable
- 5 Posibilidades de adaptación
- 6 Discapacidad deteriorante
- 8 Pronóstico indeterminado
- 9 Pronóstico sin especificar

CLASIFICACION DE MINUSVALIAS

- 1 MINUSVALIA DE ORIENTACION
- 2 MINUSVALIA DE INDEPENDENCIA FISICA
- 3 MINUSVALIA DE LA MOVILIDAD
- 4 MINUSVALIA OCUPACIONAL
- 5 MINUSVALIA DE INTEGRACION SOCIAL
- 6 MINUSVALIA DE AUTOSUFICIENCIA ECONOMICA
- 7 OTRAS MINUSVALIAS

— *Impaired functions of an organ:* Deterioro en las funciones de un órgano.

— *Disabled activities:* Incapacitación de una persona para actividades en una situación específica.

— *Handicapped participation in society:* dificultades en la participación social.

Pasamos a definirlos más ampliamente:

— *DEFICIENCIA (IMPAIRMENT):*

**Definición de la OMS:**

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

La deficiencia es un término más amplio que el del trastorno, en la medida en que es toda limitación debida a un defecto en el funcionamiento de un órgano. Organos defectuosos o ausentes o partes del cuerpo pueden dar lugar a una función defectuosa o distorsionada y pueden ser clasificadas como “impairments”.

La OMS clasifica así las deficiencias:

1. Deficiencias intelectuales
2. Otras deficiencias psicológicas
3. Deficiencias del lenguaje
4. Deficiencias del órgano de la audición
- 5 Deficiencias del órgano de la visión
- 6 Deficiencias viscerales
7. Deficiencias músculo-esqueléticas
8. Deficiencias desfiguradoras
9. Deficiencias generalizadas, sensitivas y otras

— *DISCAPACIDAD (DISABILITY):*

**Definición de la OMS:**

“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 el ser humano”.

Tal y como la define la clasificación, la discapacidad constituiría un eslabón intermedio entre déficit y minusvalía, y en esa medida sus límites son más difusos.

Las discapacidades ocurren al nivel de acciones de personas en situaciones específicas. La limitación de actividad, producida por una deficiencia, es así denominada dis-

capacidad. Su valoración está en general orientada al nivel de capacidad y realización del sujeto.

La OMS clasifica así las discapacidades:

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

Las discapacidades se manifiestan cuando el individuo interacciona con el medio físico y social. La severidad de las discapacidades puede reducirse no sólo por los esfuerzos del individuo para compensarla, sino también por la capacidad del medio para integrarla.

— *MINUSVALIA (HANDICAP):*

**Definición de la OMS:**

“Dentro de la experiencia de la salud, 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 y factores sociales y culturales)”.

El handicap es un inconveniente o una limitación en la participación social. Esta participación se refiere a la vida cotidiana diaria: ir a la escuela, comprometerse en el trabajo, comprar, divertirse, citarse y cortejar, llevar una vida sexual activa, etc.

El manual de la OMS no trata de realizar un listado exhaustivo de todas las posibilidades de desventajas o inconvenientes sociales, por el contrario, establece una división

TABLA 2

Aspectos a considerar en la comprensión de las consecuencias de la enfermedad, según la CIDDM

<i>MODO</i>	<i>NIVEL</i>	<i>VECTOR</i>	<i>TIPO</i>
Cambio patológico	Proceso mórbido	Interior del individuo	Síntomas y signos
Exteriorización	Órgano o función	Toma de conciencia	Deficiencia
Objetivación	Persona	Actividades ordinarias	Discapacidad
Socialización	Sociedad	Valor social	Minusvalía

Wiersma D, Chapireau F. "Utilización de la classification internationale des Déficiences, Incapacités et Handicaps dans le domaine de la santé mentale". Strasbourg: Conseil de L'Europe, 1991.

jerarquizada de seis dimensiones de las competencias que se consideran elementales para una adecuada participación social. Se evitan, por tanto, en la clasificación otras minusvalías, de carácter más sutil y definición más compleja, en relación con las posibilidades de autorrealización del sujeto.

De este modo, las dimensiones de competencia, llamadas roles de supervivencia ("survival roles"), incluyen:

1. Orientación en el espacio
2. Independencia física
3. Movilidad en el espacio
4. Compromiso ocupacional
5. Integración social
6. Autosuficiencia económica
7. Otras

### 3.2. Implicaciones en la valoración de las enfermedades mentales

En la valoración de las condiciones de determinados usuarios de los servicios de salud mental y sobre todo del grupo de enfermos "crónicos", puede ser de utilidad realizar la distinción planteada entre déficit

(impairment), discapacidad (disability) y minusvalía (handicap), dado que una parte importante de desórdenes mentales impone limitaciones a los tres niveles mencionados (Tabla 2):

#### 3.2.1. Déficit

En el déficit, la clasificación fija su atención en la reducción de funciones básicas constitutivas de la vida mental, relacionadas a su vez con mecanismos neurofisiológicos y psicológicos básicos.

En el nivel de la limitación del órgano podemos citar diversos ejemplos:

La enfermedad de Alzheimer, que causa pérdida de memoria y otras funciones cognitivas.

Un esquizofrénico que delira, sufre una deficiencia del curso y/o contenido del pensamiento y una pérdida funcional del contacto con la realidad.

#### 3.2.2. Discapacidad

Al mismo déficit pueden obviamente corresponder, según las condiciones de mayor o menor desventaja social y o caracterial, discapacidades notablemente diversas.

Al nivel de la actividad o acción, el paciente de Alzheimer podría no ser capaz de llevar a cabo una conversación coherente, aunque podría intentar compensarlo, participando de una manera superficial y usando respuestas prealmacenadas.

La capacidad de un esquizofrénico de comunicar puede ser limitada por su pérdida de capacidad de examinar la realidad. El o ella podrán interrumpir conversaciones para responder a voces alucinadas.

La discapacidad es definible en términos puramente sociales y comportamentales, aunque tenga causas y efectos biológicos y psicológicos.

En la discapacidad se puede teóricamente, aunque con frecuencia no prácticamente, distinguir tres componentes <sup>10</sup>:

- Consecuencia del déficit originario.
- Desventajas externas o extrínsecas.
- Efectos de las reacciones negativas personales al déficit y a las desventajas externas.

### 3.2.3. *Minusvalía*

Las limitaciones en la participación social a menudo se producen a causa del estigma asociado a desórdenes mentales.

Personas cualificadas para trabajos pueden no ser contratadas a causa de una historia de hospitalización psiquiátrica. Los ex-pacientes mentales son excluidos de la vida del grupo en ciertos vecindarios por medio de ordenanzas de zonificación, establecidas para mantenerlos apartados.

La retirada de la red social coloca al paciente en una desventaja social, los recursos se reducen y los nuevos difícilmente se desarrollan.

En cada una de estas instancias los individuos sistemáticamente se sitúan en desventaja por su incapacidad para participar en

la sociedad, tanto en el trabajo, como en la vecindad o en otras estructuras.

Hay que aclarar que, tanto en la evaluación de las secuelas de enfermedades físicas como mentales, la determinación del déficit, discapacidad o minusvalía depende de una valoración de la desviación de la norma, ya sea desde un punto de vista estadístico, en cuyo caso la aproximación a la norma se entiende como un fenómeno de umbral o de adecuación a la demanda social.

En este último enfoque, más directamente presente en la clasificación de minusvalías, se hace hincapié en las circunstancias y situaciones que van a colocar a la persona discapacitada en una desventaja relativa respecto de sus semejantes.

## 5. CONCLUSIONES

1. La aparición de los dispositivos comunitarios como alternativa a la asistencia psiquiátrica manicomial, ha conducido a una situación en la que no existe una respuesta preformada única para todas las necesidades de los enfermos mentales, sino que debe pensarse en respuestas diferenciadas ante enfermos y necesidades diferenciados.

En este sentido es preciso plantearse el hecho de que el objeto de la asistencia ha dejado de ser el enfermo considerado aisladamente para pasar a serlo en un contexto socio-familiar y situacional.

2. Según numerosos estudios de la última década, la cronicidad en psiquiatría se define en base a los criterios de Duración, Diagnóstico y Discapacidad, siendo este último criterio el que aparece como más ambiguo e indeterminado a la hora de su aplicación práctica.

3. La literatura hace referencia a fenómenos de infrautilización e inadecuación de las llamadas "estructuras intermedias", servicios de nueva creación aparecidos para atender a determinadas categorías de pacientes. A pesar de que las causas de estos fenó-

menos son muy complejas, facilitaría su esclarecimiento la utilización de clasificaciones descriptivas más detalladas de los distintos tipos de usuarios, en lugar del uso habitual de meras clasificaciones diagnósticas.

“El diagnóstico es radicalmente insuficiente para seguir la evolución de una enfermedad de larga duración. Hay necesidad de una descripción razonada de las consecuencias de la enfermedad como base de una clasificación descriptiva”<sup>11</sup>.

4. Consideramos que el uso de los conceptos de Impairment, Disability y Handicap utilizados en la CIDIM nos permitiría introducir una cierta discriminación en ese todo complejo que llamamos cronicidad.

La información obtenida de la aplicación de estos conceptos es más pertinente que la información meramente diagnóstica en aquellas situaciones asistenciales de carácter rehabilitador.

El uso de la clasificación permitiría evitar la falta de discriminación de los objetivos asistenciales en estas “nuevas instituciones” y favorecer la evaluación y comparación desde el primer contacto con el usuario. Asimismo, la derivación podría realizarse sobre criterios más racionales centrados sobre el paciente. Ello podría introducir un momento de reflexión en la utilización de los dispositivos rehabilitadores por parte de los profesionales (Tabla 3).

**TABLA 3**

**Intervenciones terapéuticas aplicables a las distintas consecuencias de enfermedad según la CIDDM**

DEFINICION	INTERVENCION
Deficiencia	Tratamiento
Discapacidad	Rehabilitación Clínica
Minusvalía	Rehabilitación Social

Rogers SE, Anthony W, Jansen MA. “Psychiatric Rehabilitation as the Preferred Response to the Needs of individuals with Severe Psychiatric Disability”. *Rehabilitation Psychology* 1988; 33 (Pt): 5-14.

5. La CIDIM puede ser el marco conceptual que agrupe los estudios que utilizan escalas de medición de la Discapacidad, tales como el DAS, SBAS, SBS, etc., lo que permitiría implementar actuaciones concretas para reducir los déficits.

6. Las clasificaciones como la CIDIM nos ayudan a redefinir los objetivos de la rehabilitación sin adscribirlos directamente a las llamadas “situaciones rehabilitadoras”, lo que puede contribuir a evitar la creación de rutas de institucionalización”.

7. La CIDIM puede permitir unificar criterios en lo que se refiere a la enfermedad mental y sus necesidades. Esto favorecería la comunicación entre los distintos colectivos (pacientes, profesionales y políticos), posibilitando una participación más eficaz dentro de un contexto de psiquiatría comunitaria.

8. La CIDIM se muestra como un instrumento mejorable y revisable, pero útil en tareas de planificación, evaluación, y asistencia.

Como dice Chapireau<sup>11</sup>, “la CIDIM aporta un cuadro conceptual propicio al debate. He aquí un modelo pluridimensional dinámico, evolutivo y abierto sobre el medio”.

**BIBLIOGRAFIA**

1. Bachrach LL. The young adult chronic patient; an analytical review of the literature. *Hosp and Community Psychiatry* 1981; 33: 189-96.
2. Schwartz SR, Goldfinger SM. The new chronic patient: clinical characteristics of an emerging subgroup. *Hosp and Community Psychiatry* 1981; 32: 463-9.
3. Bachrach LL. Defining chronic mental illness: A concept paper. *Hosp and Community Psychiatry* 1988; 39: 383-8.
4. Holloway F. Day care in a inner city. *Br J Pscy* 1991; 158: 805-10.



5. Bachrach LL. Dimensions of Disability in the chronic mentally ill. *Hosp and Community Psychiatry* 1986; 37: 981-2.
6. García Viso M. *Diagnóstico y valoración de discapacidades*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales. Real Patronato de prevención y de atención a personas con minusvalía, 1990.
7. Boletín Oficial del Estado. Orden Ministerial de 8 de marzo de 1984, por la que se establece el baremo para la determinación del grado de minusvalía y la valoración de diferentes situaciones exigidas para tener derecho a las prestaciones y subsidios previstos en el real decreto 383/1984, de 1 de febrero. BOE 16 de marzo de 1984.
8. *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*. A manual of classification relating to the consequences of disease. Ginebra: WHO, 1980.
9. *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Handicaps*. Manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales, 1983.
10. Wing JK, Olsen R. *Community Care for the Mentally Disabled*, Oxford: Oxford University Press, 1979.
11. Chapiro F. Les handicaps: Concepts et Classification. *Inf Psychiatr* 1991; 67: 664-8.