

Una nueva aproximación conceptual para la Incapacidad

Ricardo Oliveira¹
Carmen Villaverde²

¹Departamento de Fisioterapia Universidad Federal Río Grande do Norte. Brasil
²Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud Universidad de Granada

Una aproximación conceptual para la incapacidad

Una de las características que usualmente definen a la persona de edad avanzada es su conducta de dependencia, sin embargo, la dependencia no es necesariamente sinónimo de vejez. La dependencia es un fenómeno complejo de analizar, y que puede tener diferentes funciones para la persona mayor. Verdugo y Gutiérrez-Bermejo¹ definieron la conducta de dependencia como "pedir o aceptar, activa o pasivamente, la ayuda de otros para satisfacer las necesidades físicas o psicológicas más allá del nivel necesario". Según estos autores, el desarrollo de la conducta de dependencia en la vejez está influenciado por las condiciones físicas, caracterizada por la falta de salud y dependencia física como factores antecedentes. Así como, por las condiciones psicológicas, principalmente la demencia y la depresión, y finalmente, por las llamadas condiciones contextuales, estas últimas relacionadas con los modelos sociales del entorno donde vive el anciano.

Siguiendo en la misma línea contextual, Horgas *et al.*², consideran que la dependencia es un aspecto estructural de las relaciones y no un rasgo de personalidad. Según estos autores, la dependencia está caracterizada por tres grandes aspectos: *la multidimensionalidad, la multicausalidad y la multifuncionalidad*. La dependencia posee un aspecto multidimensional por la posibilidad de producirse en los dominios físico, mental, y económico, o bien en una combinación de éstos, pudiendo de esta manera ser evaluada a nivel conductual, personal, situacional e interpersonal.

El aspecto de la multicausalidad, es constatado por el hecho de resultar la dependencia de distintos factores como, el estado biológico, situación sociocultural y económica, y el entorno. Ya la multifuncionalidad de la dependencia, es determinada por las múltiples funciones y metas que esta puede adquirir.

Aunque la dependencia sea considerada como indeseable en nuestra sociedad, en ciertos momentos de la vida, como la infancia y en la enfermedad, la dependencia puede facilitar un crecimiento físico y psicológicamente saludable por desarrollar una importante función de adaptación².

A su vez, el concepto de salud en la actualidad también presenta un carácter multidimensional, como consecuencia de la propia definición de salud de la Organización Mundial de la Salud³. No obstante, este carácter multidimensional de la salud lleva aparejado una gran dificultad para medirla a través de diferentes perspectivas y tipos de mediciones. En este contexto, la enfermedad y sus consecuencias poseen un importante papel toda vez que, conllevan importantes alteraciones de la salud y la función de las personas imponiendo serias dificultades en la interacción del individuo con su entorno.

Algunos autores en la tentativa de definir los distintos aspectos de la salud, y con el objetivo de hacer posible su medición en estudios poblacionales, han elaborado modelos estructurales de salud que buscan una interacción de las diversas dimensiones de la salud. Sin embargo, esa tentativa de definición conceptual ha llevado a una gran variedad de términos que muchas veces provocan dificultad de interpretación en los resultados de estudios sobre salud e incapacidad.

En la década de los setenta se han elaborado los primeros modelos teóricos de estructura conceptual sobre el desarrollo de la incapacidad a través de los estudios de Nagi⁴. Básicamente este autor ha argumentado que el camino más razonable para conceptualizar la incapacidad sería a través de un proceso secuencial compuesto de cuatro estadios (Figura 1). Tal proceso empezaría con una *patología o enfermedad de base*, que llevaría al estadio siguiente llamado *deterioro fisiológico*. Así el *deterioro fisiológico* limitaría la habilidad individual tanto de modo físico como emocionalmente, por lo que el autor ha

Correspondencia:
Carmen Villaverde Gutiérrez
Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud
Avenida de Madrid, s/n
18071 Granada
E-mail:
roguerra@teleline.es

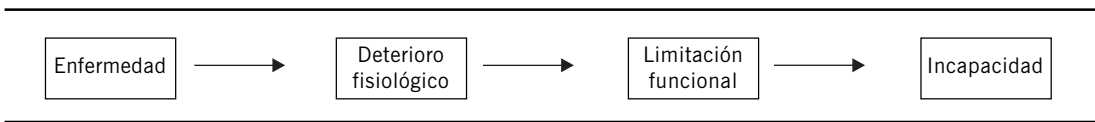


Figura 1.
Proceso secuencial de incapacidad ideado por Nagi (1965)

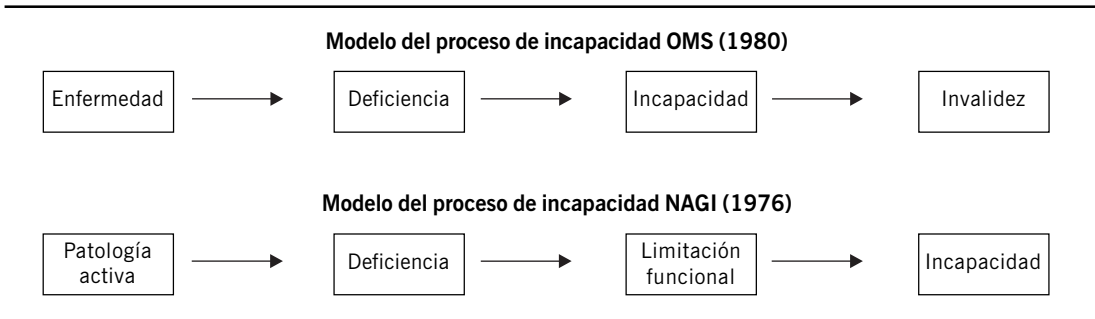


Figura 2.
Modelos de desarrollo de incapacidad propuestos por la OMS (1980) y Nagi (1976)

llamado de *limitación funcional* al tercer estadio. Finalmente, las limitaciones en las dimensiones físicas y emocionales deberían resultar en la inhabilidad para efectuar las tareas y roles asociados con el trabajo y forma de vida independiente, lo que el autor consideró como incapacidad, el cuarto y último estadio.

En 1976, basándose en los datos de un estudio realizado en más de 6.000 personas adultas, Nagi⁴ puso de manifiesto un considerable soporte empírico para el modelo propuesto, el cual ha explicado el 38% de la varianza en la incapacidad para el trabajo, y el 74% de la varianza de la independencia y la dependencia en residentes en la comunidad. A partir de aquí, el modelo de Nagi ha sido aceptado como una conceptualización del proceso de incapacidad, hasta que, en 1980 la Organización Mundial de la Salud estableció una clasificación internacional de deficiencias, incapacidades y minusvalías⁵ a través de un modelo estructural (Figura 2) muy semejante al de Nagi, pero con algunas diferencias conceptuales significativas.

Según Johnson y Wolinsky⁶, la mayor desventaja del modelo de Nagi es que considera el proceso de incapacidad como una secuencia progresiva de un estadio a otro de forma irreversible, o sea, una vez iniciado el proceso se pasa al estadio subsecuente. Los factores que llevan en la transición al estadio siguiente no son especificados en el modelo. Además, en este modelo, no está permitido el paso a otro estadio sin pasar por el estadio intermediario. La principal crítica a este modelo desde un punto de vista teórico, está basada en el hecho de que cada estadio tiene efecto directo en el último estadio más que sobre la próxima etapa siguiente del modelo. En resumen, creemos que la sencillez del modelo propuesto por

Nagi, no puede estimar o incluso expresar la complejidad del proceso de desarrollo de la incapacidad.

La *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías*⁵ ha sido usada como un instrumento para clasificar las consecuencias de las enfermedades y sus repercusiones en la vida del individuo, permitiendo la distinción entre deficiencia, discapacidad y minusvalía. Sin embargo, este modelo, así como los modelos propuestos anteriormente por Nagi no informan adecuadamente sobre la relación existente entre estos conceptos. Además, en muchas ocasiones, estos modelos han sido interpretados erróneamente como indicativos de un modelo causal y de una evolución unidireccional de la enfermedad a lo largo del tiempo.

Con el objetivo de realizar una revisión de la *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías*, la Organización Mundial de la Salud inició en el año 1993, un proceso de revisión con la colaboración de centros especializados en discapacidad de Francia, Holanda, Países Nórdicos, y América del Norte. Esta revisión tiene como objetivo, esclarecer determinadas distorsiones en la conceptualización de los términos utilizados en la versión de 1980 que dificultaron su comprensión, y que suscitaban numerosas polémicas entre los estudiosos de la incapacidad humana, así mismo se propone identificar la relación de potenciales factores de riesgo que intervienen en el desarrollo de la incapacidad.

Con relación a estos factores de riesgo de incapacidad, Verbrugge y Jete⁷ han elaborado un modelo explicativo del desarrollo de la incapacidad basado en los trabajos de Nagi y de la Organización Mundial de la Salud, donde introducen distintos factores de ries-

go que llevarían a modificaciones en el curso de la aparición de las deficiencias, así mismo, proponen la presencia de factores internos y externos que podrían alterar la transición de la *limitación funcional* a la *incapacidad* (Figura 3). A este modelo médico-social los autores le han llamado. *El proceso de incapacidad* (*the disablement process* en lengua inglesa), que tiene una gran utilidad en investigaciones clínicas y epidemiológicas.

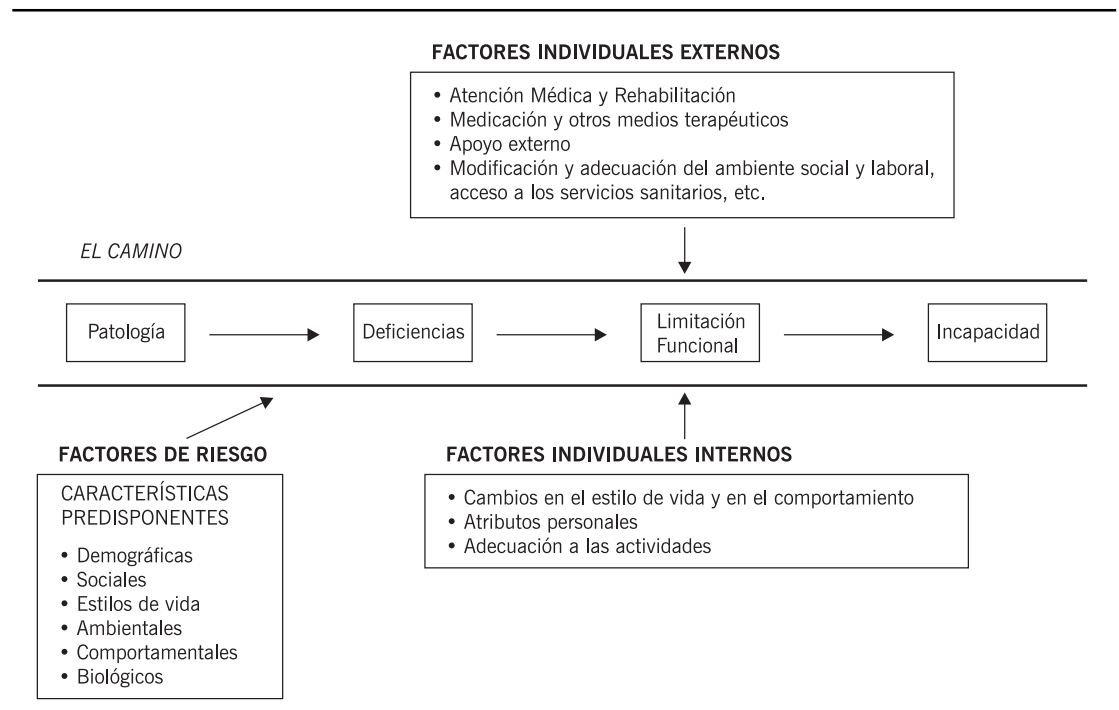
El modelo propuesto por Verbrugge y Jete⁷ describe como las condiciones crónicas y agudas pueden afectar al funcionamiento de los sistemas corporales, funciones mentales y físicas genéricas, así como las actividades de la vida diaria, a través de un “camino principal” que liga *Patología, Deficiencias, Limitaciones Funcionales e Incapacidad*. Según los autores, el modelo también sirve para describir los factores personales y del entorno que pueden acelerar o retardar el proceso de incapacidad, estos factores han sido llamados *factores de riesgo, intervenciones y exacerbantes*.

Verbrugge y Jete⁷ entienden la incapacidad como la dificultad para hacer las actividades en cualquier ámbito de la vida, desde las actividades básicas como la higiene hasta las actividades de ocio, y no como una característica personal, aunque a su vez la consideran como una grieta entre la capacidad personal y la demanda del entorno. Aun hacen una distinción

entre la incapacidad intrínseca (sin asistencia personal o de aparatos) y la incapacidad actual (con la correspondiente asistencia), poniendo de relieve su importancia a la hora de la medición, así como, la forma de presentación de la incapacidad en personas que adquirieron las condiciones en edades tempranas de la vida y en aquellos que las adquirieron en la edad adulta o en la vejez. En la creencia de que sólo modelos de carácter multiecuacionales pueden estimar los efectos directos e indirectos necesarios para componer el complejo proceso de las relaciones entre la salud y la incapacidad, otros autores siguen elaborando modelos de mayor complejidad y a la vez más completos. Para una mejor interpretación y comprensión de los modelos multidimensionales sobre salud e incapacidad, se hace necesario antes de profundizar en este tema, una definición clara de algunos conceptos comúnmente utilizados en la literatura específica y que, muchas veces, provocan discusiones y críticas entre los estudiosos en virtud de la variada y a veces equivocada utilización de los mismos a la hora de medir la incapacidad.

Según Kane y Kane⁸, para lograr una medida global de la salud física es necesario una combinación de distintos ítems separados en tres categorías reflejadas esquemáticamente en una aproximación jerárquica: la primera categoría estaría relacionada con la salud física en general o ausencia de enfermedades; la segunda estaría dirigida a la medición de las

Figura 3.
Modelo de Incapacidad
propuesto por Verbrugge
y Jete (1994)



Actividades de la Vida Diaria (Activities of Daily Living en la lengua inglesa), y por último, una tercera categoría con la medida de la capacidad para realizar alguna de las actividades complejas relacionadas con la vida independiente, las llamadas *Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (Instrumental Activities of Daily Living* en la lengua inglesa). Para estos autores, la valoración de la incapacidad estaría vinculada al desarrollo de las actividades de la vida diaria. Estas actividades están clasificadas en: *Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)* relacionadas con tareas de cuidados personales, como bañarse, vestirse, alimentación y movilidad; *Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)* que indican la forma en que el sujeto se relaciona en la comunidad y su entorno, como realizar compras, manejo de medicación y asuntos económicos; y *Actividades Avanzadas de la Vida Diaria (AAVD)* que valoran actos más complejos como tareas de tiempo libre y contactos sociales⁸.

Parece conveniente incluir en esta revisión los aspectos relativos a la elaboración de la nueva clasificación internacional sobre incapacidad actualmente en fase de desarrollo y que tiene prevista su publicación en el año 2001. La nueva versión de la OMS de la clasificación de incapacidad que aun se encuentra en formato de borrador⁸ presenta modificaciones substanciales en la terminología y clasificación de las dimensiones y relaciones entre estas, contenidas en el proceso de incapacidad. La nueva clasificación de incapacidad de la OMS, aun sin traducción oficial al español, tiene su título en inglés *International Classification of Functioning and Disability*. Ya en el título, presenta una gran modificación con relación a la versión anterior (OMS, 1980), denominada ICIDH: International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, aunque, por razones históricas en el nuevo borrador se sigue identificando la nueva versión con las iniciales de la versión antigua añadiendo el número 2 al final: ICIDH-2.

El principal objetivo de la ICIDH-2 es facilitar un lenguaje unificado, estandarizado y estructurado para la descripción de la función y discapacidad humana como un importante componente de la salud. Tiene como finalidad el proveer de una base científica para el entendimiento y el estudio de los estados funcionales asociados con condiciones de salud y aumentar la comunicación entre profesionales de la salud, personas con o sin discapacidad, y demás sectores de la sociedad.

Según la ICIDH-2 (OMS, 1999), la enfermedad y la incapacidad son distintos conceptos, cada cual puede ser observado independientemente. Estos conceptos no siempre son presentados como una relación

predictora de uno con respecto al otro, ya que tienen características independientes. Así, dos personas con la misma enfermedad pueden tener diferentes estados funcionales, y dos personas con el mismo estado funcional no necesariamente tienen la misma enfermedad.

La ICIDH-2 agrupa estados funcionales con las condiciones de salud. Esta clasificación cubre cualquier desorden en los términos de "Estados Funcionales" asociados con condiciones de salud en el cuerpo, en los niveles individual y social. Desde esta perspectiva, según la ICIDH-2, la "Función" y la "Incapacidad" son términos que involucran tres dimensiones:

1. Funciones y estructuras del cuerpo
2. Actividades en el ámbito individual
3. Participación en la sociedad.

Estas tres dimensiones convierten términos formalmente utilizados *-Impairment* (deficiencia), *Disability* (Discapacidad) y *Handicap* (Minusvalía)- y extienden sus significados para incluir experiencias positivas.

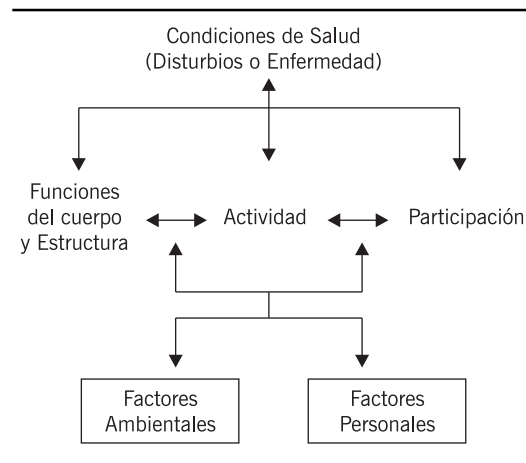
El término *Función* en la ICIDH-2 está usado de una forma amplia para los aspectos positivos o neutrales de las dimensiones a nivel del cuerpo, individual y social, mientras la "Incapacidad" es usada como un término para los problemas en estas dimensiones. La Función y la Incapacidad a primera vista, están concebidas como una interacción dinámica entre las condiciones de salud y factores contextuales. Los factores contextuales incluyen factores personales y del entorno. La ICIDH-2 incluye un esquema de factores del entorno como un componente esencial de la clasificación, una vez que estos factores interactúan en las tres dimensiones. Aunque los factores personales estén involucrados, ellos no son clasificados en la ICIDH-2 debido a la extensa y cultural variedad asociada con este factor. El término *dimensión* se refiere a los niveles de función, y el término *dominio* denota las categorías en cada dimensión. Las dimensiones poseen varios dominios de las funciones y estructuras del cuerpo, desempeño de las actividades, y desenvolvimiento en las distintas situaciones de la vida. La Tabla 1 presenta una descripción general de la clasificación de los conceptos utilizados en la ICIDH-2.

Por tratarse de una clasificación, la ICIDH-2 no es un modelo de función e incapacidad. Sin embargo, puede ser utilizada para describir el proceso por aportar los medios para asociar las diferentes dimensiones y dominios a través de una amplia perspectiva de aproximación, de clasificación de la función y la incapaci-

Tabla 1.
Clasificación general
de los conceptos
utilizados en la ICIDH-2
(OMS, 1999)

	Función y Estructuras del cuerpo	Actividades	Participación	Factores Contextuales
Nivel de Función	Cuerpo (partes del cuerpo)	Individual (persona como un todo)	Sociedad (situaciones de vida)	Factores Ambientales (Influencia externa en la función) + Factores Personales (Influencia interna en la función)
Características	Función Corporal Estructural Corporal	Desempeño de las actividades individuales	Envolvimiento el las situaciones de la vida	Característica del mundo físico, social y circunstancial + Atributos de la persona
Aspecto Positivo (Función)	Integridad funcional y estructural	Actividad	Participación	Facilitadores
Aspecto Negativo	Deficiencia	Limitación de la Actividad	Restricción de la Participación	Barreras / Obstáculos
Calificadores: Primero	Calificador Uniforme: Extensión o Magnitud			
Segundo	Localización	Asistencia	Satisfacción Subjetiva (en desarrollo)	En desarrollo

Figura 4.
Modelo de Función e Incapacidad propuesto por la Organización Mundial de la Salud basado en la International Classification of Functioning and Disability. Beta-2 Draft Short Version July-1999



dad como un proceso interactivo y evolutivo. Este carácter interactivo entre las dimensiones de la función y la incapacidad, es la principal característica que le diferencia de la clasificación anterior (OMS, 1980). Para su mejor comprensión como modelo multidimensional a través de sus interrelaciones entre las dimensiones propuestas por la ICIDH-2 presentamos en la Figura 4 un diagrama del modelo de función e incapacidad. En dicho modelo, el usuario puede crear nuevos modelos y estudiar diferentes aspectos de este proceso a través de las distintas

interpretaciones de las interacciones entre dimensiones.

Según el nuevo modelo propuesto por la OMS (1999), la función y la incapacidad son vistas como una compleja relación entre las condiciones de salud y los factores ambientales y personales (factores contextuales). Estos factores interactúan en un individuo con una condición de salud y determinan el nivel y la extensión de la funcionalidad del mismo. Además desarrollan un papel decisivo en la incapacidad, pudiendo ser extrínsecos al individuo, tales como: las actitudes de la sociedad, características arquitectónicas, el sistema legal; o bien pueden ser intrínsecos (personales), que incluyen: el género, la edad, otras condiciones de salud, estilos de vida, hábitat, antecedentes sociales, educación, profesión, experiencias pasadas y presentes, entre otros.

Como hemos expuesto, existe una gran variedad de modelos conceptuales con el propósito de explicar la función y la incapacidad humana. Básicamente, estos modelos están expresados en dos clases diferentes: el modelo médico y el modelo social. Desde el punto de vista del modelo médico, la incapacidad es tratada como un problema personal directamente causado por una enfermedad, trauma u otras condiciones de salud. El modelo social, entiende la incapacidad como un problema socialmente creado, y principalmente como un problema de ausencia de

completa integración del individuo en la sociedad. De este modo, la incapacidad es observada no como un atributo del individuo, sino como una compleja agrupación de condiciones, muchas de ellas creadas por el entorno social. Para finalizar, creemos que la integración de los modelos médico y social a través de una aproximación biopsicosocial parece ser la visión más coherente para el entendimiento de las relaciones entre las condiciones de salud y la incapacidad.

Bibliografía

1. Verdugo MA, Gutiérrez Bermejo B. Promoción de la autonomía. En: Ignacio Montorio y María Izal (eds). *Intervención Psicológica en la Vejez*. Madrid: Editorial Síntesis, 1999.
2. Horgas A, Wahl HW, Baltus MG. Dependency in late life. En: Cartensen LC, Edelstein BA, Dornbrand L, eds. *The practical handbook of clinical gerontology*. New York: Thousand Oaks, SAGE, 1996.
3. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 1948.
4. Nagi S. Z. An Epidemiology of disability among adults in the United States. *Milbank* 1976;54:439-68.
5. World Health Organization. *International Classification of impairments. Disabilities and handicaps*. Geneva, 1980.
6. Johnson RJ, Wolinsky FD. The structure of health status among older adults: disease, disability, functional limitation and perceived health. *J Health and Soc Behav* 1993;34:105-21.
7. Verbrugge JM, Jette AM. The disablement process. *Soc Sci Med* 1994;38(1):1-14.
8. Kane RA, Kane RL. *Valoración de las necesidades en los ancianos*. Madrid: SG Editores, 1993.
9. ICIDH-2. *International Classification of Functioning and Disability. Beta-2 draft, Short Version*. Geneva: World Health Organization, 1999.