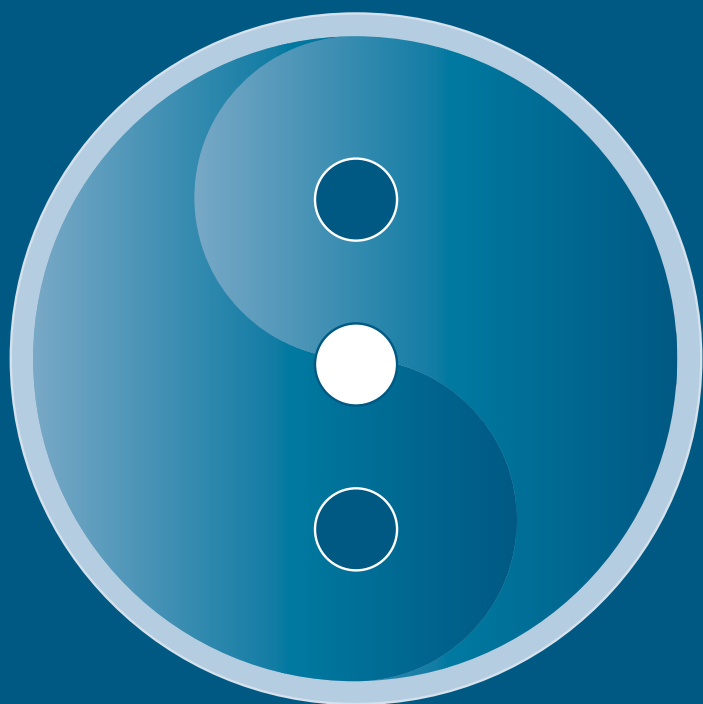


DISCAPACIDAD/ DEPENDENCIA

unificación de
criterios de
valoración y
clasificación



Miguel
Querejeta
González

DISCAPACIDAD/ DEPENDENCIA

unificación de criterios de valoración y clasificación

NOVIEMBRE 2003

Miguel Querejeta González

MÉDICO DEL EQUIPO DE VALORACIÓN Y ORIENTACIÓN DE PERSONAS
CON DISCAPACIDAD DEL DEPARTAMENTO PARA LA POLÍTICA SOCIAL
DE LA DIPUTACIÓN FORAL DE GIPUZKOA

RESPONSABLE DEL EQUIPO LOCAL EN GIPUZKOA DE LA RED
ESPAÑOLA DE COLABORACIÓN CON LA OMS PARA EL ESTUDIO DE LA
DISCAPACIDAD (RECEDIS)

mquerejeta@gipuzkoa.net

í n d i c e

1. LA DISCAPACIDAD	5
1.1 Introducción	9
1.2 Terminología	11
1.3 Graduación de la discapacidad	17
2. LA DEPENDENCIA	18
2.1 Consideraciones generales	18
2.1.1 DEFINICIÓN Y CONSIDERACIONES TERMINOLÓGICAS BASICAS	18
2.1.2 ENFOQUES Y DEFINICIONES ESPECIFICAS	20
2.1.2 ANTECEDENTES DE CLASIFICACION DE LA DEPENDENCIA	21
2.2 Problemas conceptuales	26
2.2.1 DEPENDENCIA Y DISCAPACIDAD	26
2.2.2 DEPENDENCIA Y ENVEJECIMIENTO	28
2.2.3 DEPENDENCIA Y CONTEXTO	28
2.2.4 DEPENDENCIA Y ACTIVIDADES DIARIAS	29
2.2.5 DEPENDENCIA Y CALIFICACION DE DEPENDIENTE	31
2.2.6 DEPENDENCIA Y GRAN INVALIDEZ	32
2.2.7 DEPENDENCIA Y CARGAS DE TRABAJO	33
2.2.8 DEPENDENCIA Y AUTONOMIA	34
2.2.9 DEPENDENCIA E INCAPACITACION LEGAL	39
2.3 Valoración y graduación de la dependencia	41
2.3.1 IDENTIFICACION DE ESCALAS	41
2.3.2 USO DE LAS ESCALAS DE DEPENDENCIA	42
2.3.3 PROFESIONALES IMPLICADOS EN LA REALIZACIÓN	43
2.3.4 METODOLOGÍA EN LA REALIZACIÓN	45
2.3.5 IDENTIFICACION DE PARÁMETROS EN LAS ESCALAS	46
2.3.6 IDENTIFICACION DE PARÁMETROS EN LOS ESTUDIOS SOCIOLOGICOS	46
2.3.7 ACTIVIDADES "BASICAS" DE LA VIDA DIARIA	47
2.3.8 EQUIVALENCIA ENTRE ESCALAS	49
2.4 Conclusiones en la aplicación de criterios	50
2.4.1 CLASIFICACIÓN Y GRADUACIÓN	50
2.4.2 REQUISITOS DE UNA ESCALA DE DEPENDENCIA	51

ANEXO I: ESTUDIO COMPARATIVO DE TABLAS Y BAREMOS PARA LA VALORACION Y GRADUACION DE LA DEPENDENCIA APLICANDO LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO, DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD (CIF) 53

1. Comparación cuantitativa	56
1.1 NÚMERO DE PARÁMETROS	56
1.2 EQUIVALENCIA ENTRE TABLAS (TABLA I)	57
2. Comparación cualitativa	60
2.1 APLICACIÓN DEL PRIMER NIVEL (TABLA II). (GRAFICA I)	60
2.2 APLICACIÓN DEL SEGUNDO NIVEL(TABLA III)	64
3. Descripción de las tablas y escalas de valoración de la dependencia usadas	77

ANEXO II: ESTUDIO PRACTICO DE APLICABILIDAD DEL INDICE DE BARTHEL A LA CLASIFICACION INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO, DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD 83

1. Descripción general del índice de Barthel	87
2 Adaptación del I. Barthel a la CIF	88
2.1 GRADUACIÓN DE LA DEPENDENCIA	83
2.2 VALORES NUMÉRICOS PARCIALES	88
2.3 VALORES NUMÉRICOS TOTALES	88
2.4 LAS DEFINICIONES	89
2.5 GRUPOS DE ACTIVIDADES	89
3. Modelo de índice de Barthel aplicado a la CIF	90
4 Aplicación de casos prácticos de equivalencia del I. Barthel y la escala CIF	92
5. Conclusiones	102

ANEXO III: ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS INDICADORES SOBRE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN ENCUESTAS SOCIOLOGICAS SOCIO-SANITARIAS, LOS BAREMOS DE VALORACION DE LA DEPENDENCIA, Y LA "CHECK LIST" DE LA CIF. 103

1. Objetivos y metodología	105
2. Estudios sociológicos comparados	106
3. Estudio cualitativo	107
4. Estudio cuantitativo	107
5. Comparación de los estudios estadísticos con los baremos de valoración de dependencia	110
6. Comparacion con la "check list" o lista breve de la CIF	114
7. Conclusiones	117

ANEXO IV: APLICACIÓN PRACTICA DE LA TERMINOLOGÍA Y CRITERIOS DE GRADUACIÓN DE LA CIF AL BAREMO DE NECESIDAD DE AYUDA DE TERCERA PERSONA (ATP). 123

1. Aplicación practica de la terminología y criterios de graduación de la CIF al baremo de necesidad de ayuda de tercera persona (ATP).	125
2. Propuesta de actualizacion del mismo. Baremo de necesidad de ayuda personal (BNAP).	139
3. Adecuación del baremo de necesidad de ayuda de tercera Persona	144

BIBLIOGRAFIA 153

1. LA DISCAPACIDAD

1.1 Introducción

Cualquier intento de planificación, estudio, o clasificación sobre las personas con discapacidad - con problemas de dependencia o no - que no esté firmemente sustentada en una clara definición de los conceptos implicados, de la clasificación de los mismos, y en una escala para cuantificar la gravedad del problema, está, a mi entender, abocado al fracaso.

El problema no es nuevo. En los últimos años la descentralización administrativa ha traído aparejada la necesidad de controlar recursos y subvenciones, así como la de diseñar las políticas sociales, que a su vez, han hecho necesarias herramientas de clasificación y de valoración cada vez más precisas.

Desgraciadamente la falta de criterios técnicos reconocidos -y/o entendidos- por todos y el situar el problema en un plano fundamentalmente económico/gestor, ha desembocado en que cada administración haya desarrollado sistemas de clasificación y de valoración propios, creando auténticos "reinos de taifas", y favoreciendo un auténtico galimatías terminológico, que no hace sino complicar la comunicación y comprensión entre usuarios, profesionales y administraciones.

El problema tampoco es local. Dentro de los procesos de globalización mundial, redes de informatización y acceso a la información, la necesidad de usar un lenguaje común para la comparación de datos entre los diversos países y disciplinas es cada vez más evidente.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) consciente de este problema, lleva años intentando desarrollar una herramienta útil, práctica y precisa, que sea reconocida a nivel internacional, y que ayude en el diagnóstico, valoración, planificación e investigación del funcionamiento y la discapacidad asociadas a las condiciones de salud del ser humano.

Finalmente en la 54 Asamblea Mundial de la Salud, realizada el 22/05/01, se ha aprobado la última y definitiva clasificación (resolución WHA 54/21), en la cual:

- 1º Hace suya la "**Clasificación internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud**" que en adelante se abreviará CIF
- 2º Insta a todos los miembros a usarla, cuando proceda
- 3º Se ofrece a prestar apoyo para su uso

En dicha clasificación - CIF - se contempla el problema de la discapacidad, entendida globalmente, como una **interacción multidireccional entre la persona y el contexto socioambiental** en el que se desenvuelve, es decir, entre las funciones y estructuras alteradas del cuerpo, las actividades que puede realizar como persona, su participación real en las mismas, y las interacciones con los factores externos medio/ambientales que pueden actuar como barreras y ayudas.

A partir de este esquema básico se desarrolla todo un sistema de clasificaciones y subclasificaciones, con diferentes niveles de complejidad, así como una introducción en la que se explica no sólo el contenido y finalidad de la clasificación, sino también las definiciones, términos y vocabulario utilizado, posibles usos y limitaciones.

Teniendo como base la CIF, se va a intentar clarificar algunos términos y conceptos relacionados con la Discapacidad/Dependencia, así como ofrecer una alternativa de graduación y clasificación, con los siguientes objetivos:

- 1º Favorecer una futura unificación de los sistemas de valoración, aproximándolos a métodos internacionales, que puedan ser compatibles con los de otras administraciones y estados.
- 2º Simplificar y optimizar el proceso de valoración.
- 3º Hacerlos más comprensibles, tanto para la administración, como para profesionales y usuarios.

1.2 Terminología

Los términos son la representación de conceptos definidos en expresiones lingüísticas como palabras o frases.

Hay términos cuyo uso puede conducir a error, y, en la mayoría de los casos, esto es debido a que ese término se utiliza habitualmente, tanto en el lenguaje hablado como escrito, con significados diferentes.

Así el término “minusválido” se emplea para hacer referencia a tres conceptos distintos según se trate de lenguaje popular, legal o técnico.

Por el contrario, los términos deficiencia, discapacidad y minusvalía se han venido empleando frecuentemente -fuera del ámbito especializado- como sinónimos, a pesar de que la **OMS** desde el año 1980, adjudicó a estos términos unas definiciones específicas, lo que les proporcionó un significado exacto.

Este fracaso en la utilización correcta de los términos (especialmente el de minusvalía como término que se refiriese a la perspectiva social del problema) y la necesidad de buscar un término reconocido internacionalmente para denominar estos problemas, es el motivo por el cual la **OMS** ha decidido abandonar totalmente el uso del término “minusvalía” y “ha reconvertido” el término “discapacidad” que pasa de usarse, en vez de en su anterior definición, como nombre de un componente (de las dificultades de un individuo para realizar una actividad), a ser utilizado, como término genérico global o “paraguas” para las tres perspectivas: corporal, individual y social.

Por otra parte la **OMS** ha pretendido pasar de una clasificación más centrada en los aspectos psico-biológicos del individuo a otra que tiende a considerar de una forma principal el contexto en el que se desenvuelve la persona, pasando pues a un modelo bio-psico-social.

Teniendo en cuenta lo anterior, a continuación expongo algunas de las definiciones propuestas por la **OMS** en la **CIF**, que puedan ser de especial interés.

Salud (definición de la OMS -1947): La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia"

Bienestar: Es un término general que engloba todo el universo de “**dominios de la vida humana**”, incluyendo los aspectos físicos, mentales y sociales que componen lo que se considera como tener una “buena vida”.

Esta definición se corresponde con el concepto manejado en la actualidad por diversos autores como "calidad de vida"

Dominios de la salud: Son un subgrupo dentro de los "dominios de la vida humana", e indican áreas de la vida que incluimos en el concepto de "salud", como aquellas que cuando se definen los objetivos de los sistemas de salud, se consideran como su responsabilidad prioritaria.

Condición de salud: Es un término genérico que incluye la enfermedad (aguda o crónica), trastorno, traumatismo y lesión. Puede incluir también otras circunstancias como embarazo, envejecimiento, estrés, anomalías congénitas o predisposiciones genéticas.

Las condiciones de salud se codifican utilizando la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades y problemas de Salud relacionados, 10ª revisión de la OMS).

Dominios relacionados con la salud: Son aquellas áreas de funcionamiento en la vida de un individuo que, aún teniendo una fuerte relación con una "condición de salud", no se incluyen dentro de las responsabilidades prioritarias de los sistemas de salud, sino más bien, dentro de otros sistemas que contribuyen al "bienestar" global.

Los niveles de funcionamiento dentro de los dominios relacionados con la salud se codifican utilizando la CIF (Clasificación internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud de la OMS) .

Funcionamiento: Es un término genérico que incluye las funciones y estructuras corporales, las actividades y la participación. Indica los aspectos positivos de la interacción entre un individuo (con una determinada "condición de salud") y sus factores contextuales (socio/ambientales).

Discapacidad: Es un término genérico que incluye deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre el individuo (con una determinada "condición de salud") y su factores contextuales (socio/ambientales).

Pasa de usarse, en vez de en su anterior definición, como nombre de un componente (de las dificultades de un individuo para realizar una actividad), a ser utilizado, como término genérico global o "paraguas" para las tres perspectivas: corporal, individual y social.

Estructuras corporales: Son las partes anatómicas o estructurales del cuerpo, como los órganos o los miembros. Representa la perspectiva del cuerpo respecto al funcionamiento.

Funciones corporales: Son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales, incluidas las funciones psicológicas. Representa la perspectiva del cuerpo respecto al funcionamiento.

Deficiencia: Es la anormalidad o pérdida de una estructura o de una función corporal. En la CIF mantiene el mismo significado que el que le dio la OMS en 1980. Representa la perspectiva del cuerpo respecto a la discapacidad.

Hasta la fecha este concepto es lo que la gente, fuera del ámbito especializado, suele entender erróneamente, por minusvalía.

Actividad: Es la realización de una tarea o acción por una persona, en sus casas, lugares de trabajo, escuela o cualquier otro lugar. Representa la perspectiva del individuo respecto al funcionamiento.

Limitación en la actividad: Es la dificultad que un individuo puede tener para realizar una actividad. Graduándose desde una desviación leve hasta una grave en términos de cantidad y calidad, comparándola con la manera, extensión o intensidad en que se espera que la realizaría una persona sin esa condición de salud. Representa la perspectiva del individuo respecto a la discapacidad.

Sustituye al término “discapacidad” usado en la versión de 1980, que en la CIF pasa a ser un término “paraguas” para todos los conceptos.

Participación: Es la implicación de la persona (a la hora de realizar una tarea determinada) en una situación vital dentro del contexto real en el que vive. Representa la perspectiva de la sociedad respecto al funcionamiento

Restricción en la Participación: son los problemas que puede experimentar un individuo para implicarse (a la hora de realizar una tarea determinada) en situaciones vitales. La presencia de la restricción en la participación vendrá determinada por la comparación de la participación de esa persona con la participación esperable de una persona sin discapacidad en esa cultura o sociedad. Representa la perspectiva de la sociedad respecto a la discapacidad.

Sustituye al término “minusvalía” tal y como era propuesto usarlo en la versión de 1980 como handicap/desventaja social y que no tuvo ningún éxito en su correcta utilización. En los últimos años se ha ido implantando el término “exclusión” para referirse a este concepto.

Factores contextuales ambientales: Se refieren a todos los aspectos del mundo externo que forman el contexto de la vida de un individuo, y como tal afecta al funcionamiento de esa persona. Incluyen al medio físico natural con todas sus características, el medio físico creado por el hombre, las demás personas con las que se establecen o asumen diversas relaciones o papeles, las actitudes o valores, los servicios y sistemas políticos y las reglas y leyes.

Facilitadores (factores ambientales facilitadores): Son todos aquellos factores contextuales ambientales en el entorno de una persona que mejoran su funcionamiento. Los facilitadores pueden prevenir que una deficiencia o limitación en la actividad se convierta en una restricción en la participación, puesto que contribuyen a mejorar el rendimiento real al llevar a cabo una acción, con independencia del problema que tenga la persona respecto a la capacidad para llevar a cabo dicha acción. Pueden ser del medio físico, técnicos o personales y también de servicios, sistemas y políticas.

Barreras (factores ambientales que actúan como barreras): Son todos aquellos factores ambientales en el entorno de una persona que cuando están presentes o ausentes, limitan el funcionamiento y generan discapacidad. Entre ellos se incluyen aspectos tales como el ambiente físico inaccesible, falta de tecnología asistencial adecuada, actitudes negativas de la población y también servicios, sistemas y políticas que bien, no existen o dificultan la participación de las personas con discapacidad en todas las áreas de la vida.

Ayudas técnicas (productos y tecnología de ayuda): Se clasifica como factor ambiental y se define como cualquier producto, instrumento, equipo o tecnología adaptada o diseñada específicamente para mejorar el funcionamiento de una persona con discapacidad.

Ayuda de otra persona (apoyo de otra persona): Se clasifica como factor ambiental y se define como la cantidad de ayuda o apoyo que puede proporcionar otra persona, tanto en el plano físico como emocional, en aspectos relacionados con la nutrición, limpieza, protección, asistencia y relaciones, en sus casas, en sus lugares de trabajo, en la escuela en el juego o en cualquier otro aspecto de sus actividades diarias.

Autocuidado (actividades de autocuidado): La OMS define el autocuidado como las actividades que realiza una persona para lavarse y secarse, el cuidado del cuerpo y de las partes del cuerpo, la higiene relacionada con los procesos de excreción, vestirse, comer y beber y cuidar de la propia salud.

A este concepto se le suele dar, hasta la fecha, diversos nombres que a su vez suelen generar cierta confusión a la hora de concretar las actividades a las que nos estamos refiriendo: Actividades esenciales, actividades básicas, actividades cotidianas, actividades funcionales...de la vida diaria, que si bien coinciden en general con las actividades de autocuidado propuestas por la OMS, pueden variar significativamente según el baremo o tabla utilizado. En otras ocasiones se suelen confundir con las actividades domésticas.

Movilidad (actividades de movilidad): La OMS define la movilidad como las actividades que realiza una persona para cambiar o mantener la posición o el lugar del cuerpo; al llevar, mover y usar objetos, al andar, al moverse o al desplazarse utilizando medios de transporte.

En la actualidad, al querer referirse a las dificultades para llevar, mover y usar objetos (levantar, agarrar, empujar, etc.) - que la CIF clasifica dentro de las actividades de movilidad de los miembros superiores - es frecuente usar términos como actividades instrumentales, o actividades laborales, dando pie a la confusión con las actividades de la vida doméstica o las actividades de trabajo y empleo que se clasifican en otros apartados.

Andar (marcha): Se clasifica dentro de las actividades de movilidad y se define como avanzar sobre una superficie a pie, paso a paso, de manera que al menos un pie esté siempre en el suelo.

Desplazarse: Se clasifica dentro de las actividades de movilidad y se define como mover todo el cuerpo de un sitio a otro, bien sea por sus propios medios o utilizando un medio de transporte.

Suele haber cierta confusión al querer referirse a personas con discapacidad en la actividad concreta de andar, al usar el término dificultad de desplazamiento (confundiendo la marcha con el desplazamiento) o dificultad de movilidad (sin especificar para que tipo de movimiento). Así podemos encontrarnos con personas que no pueden andar, pero sin problemas de desplazamiento para acceder a su vivienda, porque tienen ascensor, y personas sin problemas para andar, que tienen graves problemas de desplazamiento para acceder a su vivienda, por vivir en un sexto piso.

Vida doméstica (actividades de la vida doméstica): la OMS define la vida doméstica como las actividades que realiza una persona para llevar a cabo las tareas y acciones domésticas y cotidianas, que incluyen la adquisición de lo necesario para vivir, las tareas del hogar, el cuidado de los objetos, y ayudar a otros miembros del hogar

A este concepto se le suele dar diversos nombres, muchas veces confusos por su solapamiento con las actividades de autocuidado como: Actividades diarias, actividades de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria, actividades cotidianas...

Trabajo (actividades de trabajo y empleo): Se clasifican dentro del capítulo de áreas principales de la vida y se define como las tareas o acciones que realiza una persona para conseguir, mantener y finalizar un trabajo.

1.3 Graduación de la discapacidad

Los códigos de la CIF requieren el uso de uno o más calificadores para indicar la magnitud de la discapacidad en relación a la gravedad o extensión del problema que se está evaluando.

Sin calificadores de la gravedad los códigos de la CIF no tienen ningún sentido

La propuesta de la CIF es usar una **misma escala genérica de gravedad en cinco niveles** para todos los componentes (funciones y estructuras corporales, actividades y participación, y factores contextuales).

Tener un problema, puede significar tanto una deficiencia, como una limitación, restricción o barrera, dependiendo de lo que estemos clasificando.

Se incluyen amplios intervalos, y se recomienda que en el caso de disponer de normas o instrumentos calibrados de evaluación más precisos, para cuantificar el problema, se le asigne el porcentaje medido.

El porcentaje hace referencia en el caso de las limitaciones para realizar una actividad, a que el problema esté presente en al menos ese porcentaje de tiempo en relación a la dificultad total para realizar dicha actividad que será de un 100%.

En términos generales se admite un **margen de error de hasta un 4 %**. Por ejemplo cuando se asigna la puntuación "no hay problema" o el de "problema completo" el código de graduación tiene un margen de 0-4% en el primer caso y de 96-100% en el segundo.

NO hay problema	(ninguno ausente, insignificante...)	0-4%
Problema LIGERO	(poco, escaso.....)	5-24%
Problema MODERADO	(medio, regular....)	25-49%
Problema GRAVE	(mucho, extremo...)	50-95%
Problema COMPLETO	(total...)	96-100%

A partir de esta escala se podrían establecer las definiciones correspondientes. Por ejemplo, un **problema moderado** se definirá: Problema que esté presente como máximo, durante menos de la mitad del tiempo, o al que se adjudica una puntuación que alcanza como máximo, menos de la mitad de la escala usada.

2. LA DEPENDENCIA

2.1 Consideraciones generales

2.1.1 DEFINICIÓN Y CONSIDERACIONES TERMINOLÓGICAS BÁSICAS

Según el diccionario la dependencia es "El hecho de depender de una persona o cosa".

El Consejo de Europa, en su recomendación No R(98)9, define la dependencia como: "Un estado en el que personas, debido a una pérdida física, psíquica o en su autonomía intelectual, necesitan asistencia o ayuda significativa para manejarse en las actividades diarias".

Según esto, y aproximándonos a la terminología que propone la CIF en relación al funcionamiento y la discapacidad de un individuo con una determinada condición de salud podremos definir la dependencia como:

La situación en la que una persona con discapacidad, precise de ayuda, técnica o personal, para la realización (o mejorar el rendimiento funcional) de una determinada actividad.

La CIF clasifica las actividades de la vida de un individuo en nueve grupos:

- 1º Aprendizaje y aplicación del conocimiento
- 2º Tareas y demandas generales
- 3º Comunicación
- 4º Movilidad
- 5º Autocuidado
- 6º Vida doméstica
- 7º Interacciones y relaciones personales
- 8º Áreas principales de la vida (Educación/Trabajo/Economía)
- 9º Vida comunitaria, social y cívica

Se debe considerar la dependencia - al igual que la discapacidad - desde un punto de vista universal, es decir: al igual que todas las personas pueden tener alguna limitación para realizar alguna actividad determinada, todas las personas, en mayor o menor medida, son en ciertas situaciones dependientes.

La dependencia, al igual que la discapacidad, es un **hecho universal** que afecta en mayor o menor medida a todos los individuos en ciertos momentos de su existencia.

La dependencia podrá darse por tanto en cualquiera de los nueve grupos de actividades y con mayor o menor gravedad.

El uso de una **terminología precisa y respetuosa** ha sido una preocupación por parte de la OMS, así en 1990 se refería a ello con las siguientes palabras: "el nombre que damos a las cosas se relaciona íntimamente con nuestro modo de afrontarlas, sobre todo cuando el nombre repercute sobre nuestra felicidad e infelicidad cotidiana y en la forma de organizar lo social y abordar igualdades o desigualdades entre los humanos"

Trataremos por general - y en ámbitos especializados en particular - de especificar el área concreta de actividad o actividades en la que se da la situación de dependencia/discapacidad. Y haremos referencia a: Una persona que tiene, o con, dependencia de, algo o de alguien, para realizar dicha actividad.

Así, diremos que es una **persona con:** dependencia de una pantalla de ordenador, **para** las actividades de comunicación; **de** una silla de ruedas, **para** el desplazamiento; de otra persona, para el autocuidado, o **para** las labores domésticas... y así con todas las actividades.

Evitaremos de esta forma que sea considerado dependiente **para todas las áreas de actividades de la vida** cuando en realidad - independientemente de la impresión que dé externamente la persona - puede que tenga capacidades en ciertas actividades por encima de la media general (por ejemplo en las intelectuales).

Se recomienda, por lo dicho anteriormente, por considerarse más respetuoso con la persona, y también por evitar la etiquetación y la estigmatización, no substantivar la situación o el problema, y hablar de dependientes, discapacitados o deficientes.

Para lo cual se recomienda, siempre que sea posible, usar el sustantivo **persona con**. Hablando pues de: **personas con** dependencia, **personas con** discapacidad y **personas con** deficiencia. En lugar de: Dependientes, discapacitados o deficientes.

También **evitaremos adjetivar a la persona con el nombre del problema**, o de la situación vital, en la que se ve involucrada, y en la que le clasificamos. Ya que como preconiza la clasificación de la OMS:

No se pretende clasificar personas, si no el **problema** que tiene dicha persona

Por esto último, trataremos de usar la preposición **por** antes de especificar el tipo de deficiencia que presenta. Por ejemplo: **Persona con** discapacidad (o dependencia) **para** actividades de autocuidado **por** deficiencia mental. En lugar de: Dependiente mental.

2.1.2 ENFOQUES Y DEFINICIONES ESPECIFICAS DE LA DEPENDENCIA

La universalidad e importancia que tienen las situaciones de dependencia en muy diversos aspectos de la vida personal, familiar, social, económica, asistencial... ha hecho que sean múltiples disciplinas y profesionales las que se encarguen de su estudio desde un punto de vista concreto.

Esta pluridisciplinaridad ha aportado - y lo sigue haciendo - una importante, e inagotable, fuente de datos, definiciones, baremos etc. que profundizan y enriquecen su estudio.

Pero también ha sido frecuentemente, fuente de confusión, desarrollándose paralelamente múltiples terminologías, escalas o métodos de clasificación, que tras una, a mi entender, excesiva defensa de jergas y métodos específicos, se esconde un cierto corporativismo. Así nos encontramos con colectivos que podrían estar representados, entre otros, por profesionales provenientes de la rehabilitación, la geriatría, la valoración de la discapacidad, la psicología, el trabajo social o la prestación de servicios, que consideran la dependencia feudo propio.

Desde la rehabilitación se incide fundamentalmente en los aspectos motóricos-funcionales derivados de problemas neuromusculoesqueléticos, desde la geriatría en aspectos fisiológico-cognitivos y asistenciales derivados de senectud y la demencia, desde la valoración de la discapacidad en aspectos tendentes a la graduación para la consecución de prestaciones y servicios, desde la psicología en aspectos del desarrollo y socialización de personas con discapacidad mental, desde los trabajadores sociales en los aspectos domésticos y de entorno, y desde los prestadores de servicios en las cargas de trabajo.

Nos encontraremos pues con definiciones como la clásica (Barthel) de dependencia como "La incapacidad funcional en relación con las actividades de la vida diaria", a otras como (Baltes y Wahl) "La necesidad del individuo de ser ayudado para ajustarse a su medio e interactuar con el" o desde el punto de vista asistencial (Abanto) "Cuando se recurre a un tercero o cuidador y estos cuidados afectan a actos elementales de la vida", o la más compleja de la Asociación Americana de retraso mental

como "la necesidad de apoyos que precisa un individuo en el desenvolvimiento corriente en las diversas áreas de habilidades adaptativas"...

Intentar definir el "espacio común" de todas estas perspectivas, es entre otros, el objetivo de este trabajo.

2.1.3 ANTECEDENTES DE CLASIFICACION DE LA DEPENDENCIA

Al igual que en el caso de las definiciones, se han realizado múltiples intentos de clasificar y graduar la dependencia. Quizás el más relevante sea el propuesto por la OMS, en la clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías (CIDDM) de 1980, y que si bien no se mantiene en la actual revisión - la CIF - al no proponer esta última una alternativa, a mi entender, sigue siendo un buen referente para su sistematización.

En la CIDDM-80 se clasificaba la dependencia en una escala de ocho niveles de "gravedad" dentro del segundo grupo de "roles de supervivencia" que se identificaban dentro de los seis grupos de la dimensión "Minusvalía" y más en concreto dentro del denominado "Minusvalía de independencia física".

Por su interés ¹ - y con la reserva, antes mencionada, de pertenecer a una clasificación ya en desuso- la reproduzco a continuación:

MINUSVALIA DE INDEPENDENCIA FISICA

Definición

La independencia física es la capacidad del sujeto para llevar habitualmente una existencia independiente efectiva.

Características

Materia de la escala: Independencia respecto de ayudas y de la asistencia de otros.

Incluye: El cuidado personal y otras actividades de la vida diaria.

Excluye: Ayudas o asistencia para la orientación (minusvalía orientación, 1)

¹ Se ha tomado como referencia para la construcción de diversos sistemas y escalas como el "MAC 11" por ejemplo.

Categoría de la escala

0 Plenamente independiente (no en las categorías 1-9)

Incluye: Independencia en el cuidado personal y sin dependencia de ayudas, dispositivos, modificación del entorno o asistencia de otra gente, o dependiente sólo de ayudas menores no esenciales para la independencia (ésta última debe identificarse como otras minusvalías, 7).

1 Independencia con ayuda (no en las categorías 2-9)

La adscripción a esta categoría depende de la disposición y uso de una ayuda o dispositivo. Los individuos a los que se les ha prescrito una ayuda o dispositivo pero no lo utilizan perdiendo en consecuencia algo de su independencia, y los individuos que viven en culturas en que no se dispone de ayudas y dispositivos adecuados, deben adscribirse a la categoría 3 ó 4.

Incluye: Dependencia del uso de ayudas y dispositivos, tales como un miembro artificial o sustitutivo, otras prótesis, ayudas para caminar o ayudas para facilitar la vida diaria, así como para una dificultad excretora controlada.

Excluye: Otras ayudas y dispositivos no esenciales para la independencia, tales como dentaduras artificiales o pesarios para controlar el prolapso del útero, y ayudas para la visión (gafas) siempre y cuando el individuo no dependa de una asistencia del tipo de la descrita en las categorías 4-8; aquellos individuos que cuentan con ayudas menores de este tipo para facilitar su vida deben de adscribirse a la categoría 0 y deben también identificarse, según corresponda, bajo las minusvalías de orientación, 1, o bajo otras minusvalías, 7.

2 Independencia adaptada (no en las categorías 3-9)

La adscripción a esta categoría presupone dos condiciones. Primero que el entorno inmediato, habitual en la forma de vida del individuo y del grupo de que forma parte, cree obstáculos físicos para la independencia, por ejemplo barreras estructurales o arquitectónicas, como escalones o escaleras (para los fines de esta categoría el entorno inmediato debe interpretarse como la vivienda); y, en segundo lugar, que el potencial para crear o lograr un entorno alternativo exista dentro de dicha cultura. Por ejemplo, alguien que habita una vivienda lacustre encuentra obstáculos para trepar por una escala que le lleva a su vivienda, pero los medios para un entorno alternativo no se dan en dicha cultura.

Incluye: Dependencia de la modificación o adaptación del entorno inmediato, cual es el caso de los individuos que dependen de una silla de ruedas, siempre que puedan entrar y salir, maniobrar y desplazarse a y desde la silla sin contar con la ayuda de otro individuo; los individuos

a los que se ha alojado en una nueva vivienda con el fin de reducir su dependencia física, debido a su incapacidad para habitar en casas de más de un piso; y los individuos en cuyas viviendas se han hecho alteraciones estructurales o adaptaciones especiales, como la construcción de una rampa o un ascensor, o una modificación de la altura de la superficie de trabajo, etc.

Excluye: Las barreras arquitectónicas que no guardan relación directa con la vivienda del individuo (las dificultades que tengan que ver con esto deben adscribirse a las categorías 3 ó 4, según corresponda); los individuos que declinen la oferta de una vivienda con instalaciones que reduzcan su dependencia física, a los que debe adscribirse a las categorías 3 ó 4.

3 Dependencia situacional (no en las categorías 4-9)

Incluye: Dificultad para satisfacer las necesidades personales pero sin depender en gran medida de otros, y ello porque las ayudas y dispositivos o las modificaciones o adaptaciones del entorno no son posibles o no existen dentro de la cultura en que vive el individuo o, de existir, son rechazadas; problemas de movilidad fuera del hogar que sólo se superan con la ayuda de otra gente; e impedimentos moderados para la orientación que requieren ayuda de otra gente.

4 Dependencia a intervalo largo (no en las categorías 5-9)

Las necesidades a intervalo largo son aquellas que surgen cada 24 horas o con una frecuencia menor.

Incluye: La dependencia de otros individuos para satisfacer las necesidades a intervalo largo cual es el caso de las identificadas como discapacidades para proveer la subsistencia o para las tareas del hogar, que aluden a la capacidad para realizar las tareas necesarias para el mantenimiento de grados aceptables de sustento, calor, limpieza y seguridad; necesidad de una acomodación protegida o supervisada.

Excluye: Dependencia determinada culturalmente, así la dependencia tradicional del varón trabajador respecto de su cónyuge (que en este contexto no debe considerarse una desventaja)

5 Dependencia a intervalo corto (no en las categorías 6-9)

La necesidad a intervalo corto son aquellas que surgen varias veces al día.

Incluye: La dependencia de otros sujetos para satisfacer las necesidades a intervalos cortos y previsibles, así las identificadas como de higiene personal, para alimentarse, y otras discapacidades del cuidado personal; movilidad dentro del hogar; desplazamiento a una silla o silla-retrete; vaciar el orinal, silla-retrete, deshacer la cama y lavar la ropa blanca manchada de orina o heces; y necesidad de estar atendido en régimen residencial.

6 Dependencia a intervalo crítico (no en las categorías 7-9)

Las necesidades a intervalo crítico son aquellas que surgen a intervalos cortos e imprevisibles durante el día u que requieren la disponibilidad de la asistencia continua de otras personas.

Incluye: Dependencia de otras personas para satisfacer necesidades que surgen a intervalos críticos, así ir al retrete, desabrocharse y quitarse la ropa, utilizar el papel higiénico y limpiarse; individuos que no son capaces de levantarse de una cama o silla, de ir al retrete sin ayuda, utilizarlo y volver sin ningún riesgo ni caerse, e individuos físicamente frágiles o que sufren inestabilidad mental que incurren fácilmente en situaciones de riesgo, necesidad de asistencia institucional que los ponga bajo supervisión, como en los casos de conducta socialmente inaceptable.

7 Dependencia de cuidados especiales (no en las categorías 8 ó 9)

Las necesidades de cuidados especiales son aquellas que surgen predominantemente a lo largo del día o durante la noche y que dan lugar a continuos requerimientos de supervisión y ayudas (en cuanto opuestas a la mera disponibilidad de dicha ayuda, categoría 6)

Incluye: Los individuos que necesitan de alguien que les facilite la mayoría de sus necesidades personales y que les atienda en todo lo que se refiere a las habituales funciones a realizar cada día, o que son a tal punto seniles, o bien deficientes mentales, como para necesitar una atención de grado similar, y que a consecuencia de ello requiere la asistencia constante de otra gente en el curso del día; el ensuciamiento sustancial de las ropas de vestir o de cama a consecuencia de orina o heces de frecuencia mayor que lo que se entiende por una respuesta normal a las necesidades de orden fisiológico; y los individuos que prácticamente todas las noches requieren ayuda en las funciones excretoras y otras de nivel crítico similar (como las de la conducta) pero que precisa menos atención durante el día; necesidad de asistencia institucional con el fin de lograr una contención de la conducta.

8 Dependencia de cuidados permanentes

Las necesidades de cuidados intensivos son aquellas que se producen prácticamente todas las noches, así como en el transcurso del día que requieren en consecuencia la atención constante de otras personas durante las 24 horas.

Incluye: Los individuos que necesitan ayuda para las funciones excretoras o similares funciones críticas (así, las de la conducta) prácticamente todas las noches, así como en el transcurso del día; la mayoría de los individuos englobados en esta categoría requieren que se les dé de comer y se les vista, así como mucha ayuda durante el día para las funciones de limpieza y de excreción, o sufren de incontinencia.

9 Sin especificar

Reglas para la asignación

i La dificultad o dependencia ocasional de ayuda no ha de impedir para la asignación de una categoría menos desventajosa (es decir, una con un número inferior)

ii Las ayudas o adaptaciones que se piensan facilitar o prescribir no deberían tomarse en cuenta; de esta forma, la clasificación podría utilizarse como una medida en bruto de lo logrado a partir de la utilización de dicha ayuda o adaptación

iii Si se duda de la categoría que debe asignarse a un individuo, inclúyáelo dentro de la categoría menos favorable (es decir en aquella con un número superior)

iv El estado de ánimo es, sin duda, un factor importante, pero la asignación debe hacerse teniendo únicamente en cuenta el grado de dependencia real del individuo y no en función de lo que el evaluador piense que pueda ser capaz de realizar.

2.2 Problemas conceptuales más frecuentes con relación a la dependencia

En la actualidad se tiende a usar la palabra "dependiente" de una forma genérica o global, aunque en realidad en la mayoría de los casos, se trata de referirse a un tipo de dependencia particular, la dependencia para el autocuidado. Y concretando aun más: a una persona que como consecuencia de su senilidad o enfermedades propias de la edad, presenta una limitación grave o completa, permanente o progresiva, para la realización de las actividades de autocuidado y de movilidad.

Ello da lugar a diversos errores terminológicos y conceptuales, que voy a enumerar a continuación:

2.2.1 NO SE IDENTIFICA CLARAMENTE LA RELACIÓN DE LA DEPENDENCIA CON LA DISCAPACIDAD.

Tendiendo a clasificarlas y valorarlas por separado la una de la otra, como si fueran cosas distintas, y hay que darse cuenta que la dependencia - a la que nos estamos refiriendo en este estudio, es decir la **relacionada con las condiciones de salud alteradas** - siempre es consecuencia de un grado severo de discapacidad (Si bien a nivel general, puede existir cierta confusión ya que habitualmente se suele utilizar también el término "dependencia" en referencia a problemas no relacionados con condiciones de salud alteradas, como pueden ser problemas económicos, políticos, sentimentales, religiosos, ingestión de sustancias, actividades, etc. Por ejemplo, normativas como la Ley 12/1998 de 22 de mayo. Medidas contra la Exclusión Social, se refiere al final de la definición de exclusión social a "... la carencia de los recursos personales, sociales o económicos suficientes para desarrollar una vida independiente". Estos problemas de "dependencia" no serán a los que nos referiremos)

Así, si comparamos la definición de lo que se considera por las Naciones Unidas una "persona con discapacidad", con la definición que hace el Consejo de Europa sobre la "dependencia" (2.1.1) nos daremos cuenta que se trata del mismo concepto. La resolución R. 3447 de 9/12/75 dice lo siguiente: **Declaración de los derechos de las personas con discapacidad** (entonces denominadas "impedidos"): "El término persona con discapacidad designa a toda persona incapacitada de atender por sí misma, en su totalidad o en parte, a las necesidades de una vida individual o social normal a consecuencia de una deficiencia, congénita o no, de sus facultades físicas o mentales.

También en el Real Decreto 1971/1999 de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía, reconoce en el capítulo 1, apartado de "Normas generales", que:

"...el grado de discapacidad muy grave incluirá a aquellas personas que presenten deficiencias permanentes severas, con síntomas, signos o secuelas que imposibilitan la realización de las AVD". Y continua más adelante... "Esta clase por si misma, supone la dependencia de otras personas para realizar las actividades más esenciales de la vida diaria".

Por tanto tendremos que considerar que:

Dentro del contexto de las condiciones de salud de la persona, la discapacidad es un **atributo inseparable** de la dependencia.

Una vez aceptado lo anterior, también suele ser frecuente lo contrario, es decir solapar la dependencia y la discapacidad, confundiendo las **dificultades** o limitaciones para realizar una actividad concreta, con la **necesidad de ayuda** para realizarla. Así una persona con paraparesia o con deficiencia visual grave, puede tener importantes dificultades para el desplazamiento por su entorno, pero no requerir de ninguna ayuda. Y por tanto:

La discapacidad es atributo inseparable de la dependencia, pero **pueden existir diversos grados de discapacidad sin que exista dependencia**

Si intentamos encuadrar conceptualmente la dependencia en la propuesta de la CIF, observaremos que se situaría dentro del constructo de "factores contextuales" ambientales de ayuda personal o técnicos. Es decir la dependencia sería una situación específica de discapacidad en la que se darían dos elementos, una limitación del individuo para realizar una determinada actividad (más o menos severa) y la interacción con los factores concretos del contexto ambiental, relacionados con la ayuda personal o técnica:

DEPENDENCIA = LIMITACIÓN EN LA ACTIVIDAD + AYUDA

La dependencia es una situación de discapacidad en la que interviene el factor contextual de ayudas

2.2.2 SE CONSIDERA QUE LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA DISCAPACIDAD Y LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ENVEJECIMIENTO SON DISTINTOS.

Hasta el punto, de que habitualmente es el criterio exclusivo de la edad, el que sirve para discriminar el ser catalogado como discapacitado, o como dependiente. Y sin embargo, según estadísticas oficiales realizadas en los últimos años, las personas mayores de 65 años suponen cerca del 60 % de todas las personas con discapacidad, siendo la tasa de personas mayores de 65 años con discapacidad del 32%.²

Habría que recordar aquí lo dicho en el apartado de terminología, en cuanto a lo que la CIF considera "condición de salud" (en los cuales a parte de incluir enfermedades y lesiones, incluye otras circunstancias como embarazo, envejecimiento...) por tanto:

La misma clasificación y/o baremo, debe de servir para clasificar y graduar, **todos los problemas de discapacidad y/o dependencia**. Los relacionados con el envejecimiento y los de otras edades.

2.2.3. SE TIENDE A CONSIDERAR LA DEPENDENCIA COMO UN HECHO ESTÁTICO, LINEAL O PROGRESIVO PROPIO DE LA VEJEZ.

Sin embargo la dependencia - al igual que la discapacidad - es propia de diversas situaciones vitales más o menos prolongadas como la infancia, periodos de enfermedad, embarazo... a parte de la vejez, Y no tiene por que ser siempre la misma, así los factores del contexto tanto ambiental (vivienda, ayudas técnicas, servicios, factores geográficos, etc) como personal (educación, edad, ingresos económicos, sexo, viudedad, etc) van a ser capaces de modificarla, es decir:

La dependencia es un **hecho variable** y dependerá entre otras cosas de estados de salud transitorios y -significativamente- de los **factores del contexto real** (personal o ambiental) en el que se desenvuelve la persona en cuestión, en ese preciso momento, pudiendo por tanto mejorar o empeorar según las circunstancias.

En este sentido la CIF aporta la posibilidad de clasificar un mismo acto desde un doble punto de vista: Por un lado, teniendo en cuenta la **capacidad máxima probable** que podría tener una persona en un medio neutral y por otro, el **desempeño o realización real** que esa persona hace en

² CSIC. *Las personas mayores en España informe 2002*

su contexto/entorno real en el momento de la observación. De esta forma la codificación de actividad y participación, puede diferenciar dentro de un mismo código, si nos estamos refiriendo a la actividad desde el punto de vista neutral (capacidad-c) o desde el punto de vista del contexto real (participación-p).

El código de la CIF del capítulo actividades y participación sería el **d465**, que corresponde a la actividad "desplazarse utilizando algún tipo de equipamiento".

Este código a su vez se puede codificar de dos formas: como **c465** si nos queremos referir a la capacidad teórica para desplazarse, o al **p465** si lo que queremos es referirnos a lo que realmente se desplaza en el contexto real en el que vive.

La diferencia se reflejaría en los calificadores de gravedad (utilizando el método de graduación explicado en el apartado 1.3). Así en el caso del **c465.2** la dificultad se codificaría como moderada, y en el **p465.4** la dificultad se codificaría como total.

El ejemplo anterior nos reflejaría que en el contexto real, existen factores negativos (barreras) que le impiden totalmente realizar la actividad estudiada de la forma esperada para personas con su mismo problema, y que en un medio apropiado o neutral la dificultad sería solo moderada.

2.2.4. SE SUELE LIGAR LA DEPENDENCIA CON LA SUPUESTA DIFICULTAD PARA LA REALIZACIÓN DE UNAS CONFUSAS AVD (Actividades de la Vida Diaria)

Que reciben diversos nombres según la escala usada: Actividades **Básicas** de la Vida Diaria (ABVD), Actividades **Esenciales** de la Vida Diaria, Actividades **Cotidianas**, Actividades más **Necesarias** de la vida, Actividades adaptativas, Actividades avanzadas, Actividades **Domésticas**, Actividades **Funcionales**, actividades **Estructurales** o a las Actividades **Instrumentales** de la Vida Diaria.

Se han tratado de definir de forma más o menos afortunada como: "Aquellas que ejecuta una persona con frecuencia habitual, las cuales le permiten vivir de forma autónoma, integrada en su entorno habitual y cumpliendo su rol social".

También en diversos medios, se suelen clasificar u ordenar, con criterios normalmente solapados, y entre otras en: básicas, instrumentales y avanzadas; funcionales, situacionales y laborales; básicas y domésticas...

De esta forma hay tablas que consideran actividad "básica" subir escaleras (Barthel) o usar el teléfono (AGGIR) o bien hacer la siesta (CDM) y otros no consideran actividad "básica" vestirse o lavarse (RUG-III), otros baremos pueden incluirlas como instrumentales....

Diversos autores y disciplinas clasifican estas actividades "cotidianas" de forma y profundidad muy variable, encontrándonos con unas 20 que se repiten frecuentemente, pero con escalas que apenas recogen 4 o 5 ítems, hasta algunas que recogen más de un centenar.

En el terreno psicológico la asociación Americana de retraso mental, quizás haya sido - junto con la OMS- los que han realizado estudios más pormenorizados de todas estas actividades. Así definía las limitaciones en el "desenvolvimiento corriente" de la persona como las que se daban en las siguientes áreas de "habilidades adaptativas": Comunicación, cuidado personal, vida de hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autogobierno, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, ocio y trabajo. Y que más recientemente sintetiza en cuatro "áreas": Motórica; del lenguaje y la comunicación; del cuidado personal; y de vida en la comunidad

Habría que recordar aquí los nueve grupos de **actividades** que clasifica la OMS, y el que por tanto, la dependencia podría estar relacionada con cualquiera de ellas. Así se puede tener dependencia en la movilidad, en la comunicación, en el autocuidado, en las tareas de la vida doméstica... También habría que dejar claro que **todas** las actividades pueden ser de "la vida diaria o cotidianas" y realizarse con frecuencia casi diaria o cotidiana; así las de un escolar será estudiar, las de un camionero conducir, las de un ama de casa realizar las labores domésticas etc.

La CIF intenta resumir mediante una denominada "**Check list**" o "**Lista de Comprobación**" o "**Lista Breve**" los ítems que considera fundamentales dentro de cada categoría, e intenta ser una herramienta práctica que resuma la exploración de los casos. En esta "lista breve" y en la categoría de "actividades y participación" nos encontramos con 48 ítems que se corresponden con aquellos que según los estudios previos realizados de tipo intercultural, se consideran como más importantes a nivel general para resumir las actividades que realiza un individuo, o que por lo menos son los que le interesan más a la OMS a la hora de recoger información sobre el funcionamiento y la discapacidad de los individuos. Por tanto también podrían considerarse como representantes de las denominadas actividades "básicas" o "corrientes" de la vida (ver apartado 6 del anexo 3).

En general hay que dejar bien claro, como así lo hacen previamente algunas escalas, que el grado de dependencia que están intentando medir, es el de la **dependencia para esas actividades concretas**, recogidas en la escala en cuestión, pudiendo existir dependencia en otras actividades, no recogidas en la escala.

2.2.5 SE TIENDE A CONTRAPONER EN TERMINOLOGÍAS OFICIALES, LA CALIFICACIÓN DE DEPENDIENTE A LA DE VÁLIDO O AUTÓNOMO

Dando a entender que estos últimos no tienen ninguna dependencia, sin dejar claro para que actividades se tiene en cuenta dicha dependencia, y obteniendo esta "calificación" con un baremo desconocido por la mayoría de usuarios. En general y como hemos mencionado al principio de este apartado, se suele considerar "dependiente" solo a los que requieren ayuda de otra persona para el autocuidado.

Ello da lugar a una confusión - lógica por otra parte - de una persona que necesita, por ejemplo: ayuda para hacer la compra, la comida, para vestirse los zapatos y para salir a la calle. Cualquier persona consideraría que dicha persona es dependiente para ciertas "actividades de la vida diaria".

Sin embargo si la intentáramos baremar, conforme las escalas utilizadas en la actualidad, nos encontraríamos que: o bien, algunas de esas actividades no aparece en el baremo que le hacen - como puede ser en el caso de realizar la comida, o la compra -, o que dicha actividad se gradúe poco - como vestirse los zapatos - y al no llegar al mínimo del baremo para ser considerado con la "calificación" de "dependiente", se le clasifica como no dependiente o válido.

Hay que darse cuenta de que, una persona que es dependiente para algunas actividades, no tiene porque llegar al grado para ser calificado "dependiente oficial", por ejemplo es habitual tener una dependencia importante para las actividades de la vida doméstica, y ser independiente para las de autocuidado, esta persona sería considerada administrativamente como autónoma, válida o no dependiente.

Para evitar esto se tendría que hablar siempre de **grado de dependencia**, en relación a que actividades y en función de que tabla o baremo. Y en todo caso aclarar la condición legal, u oficial, de "persona dependiente" (o mejor dicho, en situación de dependencia), con qué grado de esta escala se consigue.

2.2.6 ¿LA GRAN INVALIDEZ Y LA CALIFICACIÓN DE PERSONA DEPENDIENTE HACEN REFERENCIA A LA MISMA SITUACIÓN?

La consideración administrativa de gran invalidez, en el campo de las incapacidades laborales y otros, refleja así mismo la situación dependiente, encontrándonos con definiciones muy similares.

Gran invalidez, según el art. 137.6 de la LGSS de 20 de junio de 1994: el trabajador necesita la asistencia de otra persona para los actos más esenciales de la vida, tales como: vestirse, desplazarse, comer o análogos.

También **ley 30/1995 de Ordenación y Supervisión de Seguros Privados**, que establece un método para valorar los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, recoge la misma definición y considera como **Grandes inválidos**: Aquellas personas con secuelas permanentes que requieren la ayuda de otras personas para realizar las actividades más esenciales de la vida diaria como vestirse, desplazarse, comer o análogas

Algunas sentencias judiciales sobre el tema, intentan definir las características de los actos esenciales de la vida y de la dependencia, pero se echa en falta un sistema de clasificación y graduación de la misma de carácter general.

La siguiente definición esta extraída de una sentencia del juzgado de lo social 15 de Barcelona (12/5/99) sobre la gran invalidez en lo laboral, encontrándonos con una de las mejores definiciones, a mi entender, de lo que se consideran actividades básicas de la vida: "..Habiéndose declarado por jurisprudencia (TS 7/10/87, 23/3/88, 13/3/89) que **ha de entenderse como acto esencial para la vida**, aquel que resulte imprescindible para la satisfacción de una necesidad primaria ineludible para subsistir fisiológicamente o para ejecutar aquellas actividades indispensables en la guarda de la seguridad, higiene y decoro fundamentales en la convivencia humana, con carácter meramente enumerativo, sin que sea suficiente la mera dificultad y sin que requiera que la necesidad de ayuda sea continuada". Por tanto podríamos concluir que:

La calificación de Gran Invalidez es **conceptualmente equiparable** a la situación de dependencia

2.2.7 SE TIENDE A CONSIDERAR COMO EQUIVALENTES LA MEDICIÓN DE LA DEPENDENCIA CON LA MEDICIÓN DE LAS CARGAS DE TRABAJO O DE LOS CUIDADOS A LARGO PLAZO..

En general, y pese a ser conceptos diferentes, puede haber una correspondencia lógica entre la gravedad de la dependencia y las cargas asistenciales que genera, pero esto no siempre debe de ser así.

La carga asistencial va a ser muy variable según la el problema que ha generado la situación de dependencia, las actividades implicadas (auto-cuidado, desplazamientos, curas, rehabilitación, etc.) y el contexto en el que se presta la ayuda (domicilio, centro especializado, hospital, etc). . Dentro de las cargas de trabajo se suelen diferenciar en primer lugar la categoría profesional y la especificidad de los cuidados: Médicos o enfermería especializada ,rehabilitación, fisioterapia, cuidados intensivos, técnicas de enfermería complejas, etc.

También se tienen en cuenta el número de horas diarias, a la semana, al mes..., así como el número de personas implicadas en los cuidados

En general la medición de la carga de trabajo (o sin eufemismos de gasto de atención de la persona en situación de dependencia) va a requerir del estudio de ítems diferentes y más complejos de los del estudio de un baremo "normal" de estudio de la "gravedad" de la dependencia

Así podrían darse caso de personas con dependencias extremas como, en casos de coma vigil, cuya carga de trabajo no será la máxima. O casos de personas con dependencia moderada, con perdida de autonomía intelectual, por enfermedad de Alzheimer, y necesidad de cuidados de fisioterapia, que generen una carga de trabajo muy importante.

Por otro lado al intentar equiparar baremos y métodos de calculo de "cargas de trabajo" de otras culturas y países más desarrollados económicamente y/o socialmente - como se esta haciendo en los últimos tiempos - puede llevar a diversos errores de cálculo. Por ejemplo: en los países anglosajones - en EEUU en particular - el gasto de personal médico es el primero a tener en cuenta, por lo que supone económicamente, cosa que en otros países - evidentemente - no ocurre. Otro ejemplo: Luxemburgo llega a un acuerdo con otro Estado de la comunidad para valorar la dependencia de sus ciudadanos residentes, paga 600 euros por valoración; Una administración autonómica del Estado, subcontrata con una empresa de servicios la valoración de la situación de dependencia de sus ciudadanos, paga 30...

La valoración y graduación de la **gravedad de la dependencia**, si bien esta estrechamente relacionada con la medición de la ayuda prestada y **carga de trabajo previsible**, no debe considerarse equivalente a esta última.

2.2.8 ¿DEPENDENCIA Y AUTONOMÍA HACEN REFERENCIA AL MISMO CONCEPTO?

He dejado este problema para el final, no por ser el menos importante, sino por ser el que requiere quizás una mayor reflexión conceptual.

Así, si nos fijamos en las traducciones que se han hecho sobre la definición de dependencia del Consejo de Europa, en su recomendación No R(98)9, cuyo texto original es el siguiente:

Considering "dependence" as a state in Which persons, by reason of lack or loss of physical, psychological or intellectual autonomy, require significant assistance or help in carrying out their usual day-to-day activities.

Considering that the principle of autonomy for the dependent person must be aguiding factor in every policy concerning dependent persons

Este texto ha sido traducido de formas significativamente distintas según los autores, pero fundamentalmente, para lo que nos interesa, de dos formas:

1ª traducción

Se considera la dependencia como un estado en el que personas, debido a una **pérdida física, psíquica** o en su **autonomía intelectual**, necesitan asistencia o ayuda significativa para manejarse en las actividades diarias.

Se considera que el principio de **autonomía para personas dependientes** debe ser una guía para toda política relativa a personas en situación de dependencia.

2ª traducción (que es la usada habitualmente)

La Dependencia es "un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la perdida de **autonomía física, psíquica o intelectual**, tienen la necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos de la vida diaria"

De esta definición - simplista y de perogrullo, a mi entender - parece deducirse, que la autonomía es el **antónimo** de la dependencia (acepción que es asumida, en líneas generales, por la mayoría de la gente). Algo así como decir que: "la dependencia es el estado en el que se encuentra una persona por razones ligadas a la perdida de su independencia..."²

² Tal y como recomienda la CIF según las "características ideales de las definiciones operativas" en su punto sexto: "Toda definición debería evitar la reiteración. Ni el propio término ni cualquier sinónimo deben aparecer en la definición"

Y aquí surge la primera reflexión:

¿Dependencia y autonomía hacen referencia al mismo concepto?

Si consultamos las palabras dependencia y autonomía en el Diccionario Espasa de la Real Academia Española (21ª edición) parece confirmar lo anterior, ya que define **Dependencia** como: 1. Subordinación a un poder mayor. Y **autonomía** como: 2. Condición del individuo que de nadie depende en ciertos conceptos.

Si nos fijamos en el diccionario de sinónimos/antónimos de Espasa podemos comprobar que los antónimos de dependiente son independiente y superior (no aparece autónomo). Sin embargo los antónimos de autónomo son dependiente y subordinado.

Consultando otros Diccionarios, por ejemplo, diccionarios.com, el Diccionario General de la lengua Española Vox. Nos encontramos con las siguientes definiciones. **Dependencia**: *Hecho* de depender de una persona o cosa. Y **autonomía** como: *Facultad* para gobernarse por sus propias leyes³. En este segundo caso el concepto de autonomía ya no se entiende, tan fácilmente, como antónimo de dependencia.

En esta definición - que coincide, a mi entender, con la concepción más actual y precisa de estos términos - la dependencia aparece como un hecho o situación más relacionada con atributos temporo-espaciales concretos y presentes, y que parece querer hacer referencia a una **situación objetivable**, tangible o real (personas o cosas). Al contrario, la definición de autonomía aparece más como una cualidad o facultad interior, intelectual o volitiva, no tan sujeta a un momento concreto o real.

En definitiva la dependencia aparece como un hecho **concreto** equiparable con la **necesidad de ayuda** y la autonomía como una cualidad **abstracta** equiparable con la **autodeterminación**.

En el plano filosófico Kant ya ligaba la autonomía a la voluntad, definiendo ésta como: "el derecho del individuo de determinar libremente las reglas a las que se somete".

Las disquisiciones lingüísticas/conceptuales, pueden ser complejas y en todo caso habría que hacerlas también en otros idiomas y más en concreto en lengua Inglesa - en la que se redactó la R(98)9 - en cuanto a las definiciones y conceptos de *autonomy* y *dependence*.

En francés recomiendo un artículo de M. Le Gall y JL Ruet⁴ en el cual, resumiendo, realizan las siguientes consideraciones:

³ Como antónimo de autonomía aparece **heteronomía**: *supeditación a un poder superior a una ley extraña*

⁴ M Le Gall y JL Ruet. *Evaluation et analyse de l'autonomie: Encycl. Med. Chir.(Elsevier, Paris) 1996.*

A. La Dependencia:

Es la ayuda cuantitativa o cualitativa aportada por un tercero a una persona para la realización de sus actividades.

- *Hará referencia sólo a la dependencia de una ayuda humana.*
- *Es una situación real, observable y ocasionalmente modificable.*
- *Son un conjunto de comportamientos potencialmente medibles.*
- *La obtención de información debe basarse en la capacidad del observador para ver, entender y sentir lo que la persona hace en la situación real.*
- *No se debe confundir el nivel de realización de una actividad determinada, con la medición del grado de la causa (deficiencia) originaria de la situación de dependencia.*
- *La utilización de ayudas técnicas, en ciertas situaciones, puede conservar la independencia.*

El estado de dependencia: *Es el grado de realización efectiva en un momento determinado.*

El observador se centra sobre las capacidades individuales de la persona en realizar o no realizar una determinada actividad.

Se gradúa desde valoraciones simples de: puede o no puede, hasta valoraciones con diversos grados de severidad (según la dificultad, el uso de ayudas técnicas, el porcentaje de intervención de un tercero...)

B. La autonomía:

Es la capacidad para administrar o gestionar su o sus dependencias.

- *Es un proceso individual, subjetivo de satisfacción.*
- *Es difícilmente mensurable y "normalizable".*
- *En muchos casos se trata de comportamientos o actividades no observables, cuya existencia y cuantificación debe atribuirse solamente a la apreciación del examinador.*
- *El conocimiento del nivel de dependencia de una persona sería una etapa preliminar para conocer el nivel de autonomía.*
- *Es un proceso interactivo y variable.*

Se trata de estudiar la interacción entre las características individuales de la persona, las de sus deficiencias y limitaciones para la realización de diversas actividades, y el contexto real en el que vive, analizando su nivel de decisión, de gestión y de organización.

La graduación tendría que estar en función de si la persona: Decide, supervisa y puede realizar efectivamente la actividad.

Por otra parte, al traducir la frase: "...falta o la pérdida de autonomía física, **psíquica o intelectual...**" me parecía una repetición innecesaria de la palabra intelectual. Ya que lo Psíquico incluye lógicamente lo intelectual, la frase se comprendería exactamente igual haciendo referencia a la **falta de autonomía física o psíquica**

¿Entonces para qué repetir después de psíquico, intelectual?

Queriendo comprender si aportaba alguna ventaja conceptual la primera traducción, y sin entrar ya en una discusión "lingüístico/traductora" de la definición, realizo la siguiente reflexión:

¿ Podría ser que en la definición de dependencia de la R(98)9 se hayan querido diferenciar -expresamente- por un lado, el problema ligado a las faltas o pérdidas físicas o psíquicas, y por otro lado el problema ligado a la facultad intelectual concreta de la capacidad de decisión de la persona, a la cual denomina *autonomía intelectual*, por que interesa que las políticas referentes al tema las diferencien?

Si esto no fuera así: ¿como puede entenderse el siguiente párrafo: " la guía de toda política dirigida a las personas en situación de dependencia debe considerar el principio de **autonomía para personas dependientes**"? ⁵

Si estuviera considerando la autonomía como un simple antónimo de la dependencia, sería tan simplista como decir - haciendo un símil - que toda política sanitaria debe tener como guía la salud de los enfermos.

Y en el caso de que la definición estuviera considerando el término de autonomía, como capacidad de decisión, el texto de la misma redactado como "... estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual..." tampoco sería adecuado ya que no se podría restringir la definición de dependencia **exclusivamente** a las situaciones en las que se da una pérdida de la autonomía, ya que podrían darse casos de dependen-

⁵En esta línea, parece referirse el punto tercero de las diez recomendaciones que se hacen en el "**Libro Blanco de la Dependencia**" elaborado recientemente en Cataluña, cuando aun sin referirse expresamente al término autonomía, dice: Respetar las preferencias de las personas dependientes y orientar los servicios a lo que manifieste . O más recientemente el "**Manifiesto de Tenerife**" (26/04/03): Promovamos la vida independiente. Acabemos con la discriminación hacia las personas con discapacidad.

cia en personas con su capacidad de decisión conservada. Habría que diferenciar las personas dependientes con autonomía intelectual (capacidad de decisión) y las personas dependientes sin autonomía intelectual.

¿No es posible que al igual que en el año 80 la OMS recomendó diferenciar - independientemente de su uso o comprensión habitual en el lenguaje hablado o escrito - los conceptos deficiencia, discapacidad y minusvalía, con definiciones estipuladas que les daban significados específicos, en la actualidad sea necesario también diferenciar los conceptos dependencia y autonomía en relación con el funcionamiento, la discapacidad y la salud del individuo? ⁶

Mi opinión es que la definición R(98)9 no solo, no contrapone la palabra autonomía a la de dependencia, sino que quiere considerarlas como conceptos **diferentes** y en el caso de la pérdida de la autonomía intelectual trata de identificarla como una de las posibles causantes de las situaciones generadoras de dependencia, aunque no la única.⁷

Se deben considerar como conceptos diferenciados por un lado, la **dependencia**, como el hecho concreto de necesitar de la ayuda de otra persona, para ciertas actividades de la vida, y por otro lado, la **autonomía intelectual**, como facultad abstracta de decisión sobre el gobierno de la propia vida.

Se deben considerar como conceptos diferenciados por un lado, la **dependencia**, como el hecho concreto de necesitar de la ayuda de otra persona, para ciertas actividades de la vida, y por otro lado, la **autonomía intelectual**, como facultad abstracta de decisión sobre el gobierno y la autodeterminación de la propia vida (tenga o no discapacidad o situaciones de dependencia de otra persona).

⁶ El problema de la libertad de la voluntad no es solo un problema de reflexión filosófica, sino que se está introduciendo cada vez más en problemas sociales y de bioética. Así la reciente "**Ley del testamento vital**" que se aprobó en el Parlamento el pasado mes de octubre y que hace referente al derecho a la información, a la **autonomía del paciente** y al consentimiento informado. En la que se pretende que las personas puedan manifestar su voluntad sobre los cuidados y tratamientos sobre su salud que van a recibir, con objeto de que esta se cumpla, incluso en el momento que llegue a situaciones en que no es capaz de expresarlos personalmente.

⁷ Este tratamiento conceptual diferenciado también se refleja en la "**Carta de derechos de las personas mayores dependientes**" editado por las Diputaciones Forales de la CAV (Vitoria-Gazteiz 01/03) en la que se define la dependencia como: " Se habla de dependencia cuando una persona requiere la ayuda de otra u otras para realizar determinadas actividades básicas de la vida cotidiana o **para adoptar decisiones que afectan directamente a su vida, o para ambas cosas**"

2.2.9 ¿DEPENDENCIA E INCAPACITACIÓN LEGAL HACEN REFERENCIA A LA MISMA SITUACIÓN?

El apartado anterior nos lleva a intentar profundizar algo más en la relación existente entre la dependencia, la autonomía intelectual y los problemas de la esfera mental.

No podemos dejar de tener en cuenta que tanto la demencia, como el retraso mental, son de entre las diversas condiciones de salud alteradas, las que de forma más invariable generaran situaciones de dependencia y de pérdida de autonomía intelectual. Hasta el punto que la necesidad de ayuda sirve como parámetro guía para graduar su gravedad.

Por ejemplo la Asociación Americana de retraso mental, clasifica este, en función de la necesidad de ayuda para la realización de una serie de áreas de la vida o "habilidades adaptativas".

Quizás sea también en el campo de la discapacidad mental donde se puede encontrar, de forma más evidente, la conexión entre la pérdida de la autonomía intelectual y la dependencia.

Algunos autores incluso definen lo que hasta ahora hemos estado denominando autonomía intelectual, como "**Dependencia mental**" (Del Ser y Peña Casanova): Cuando el individuo pierde su capacidad para resolver sus problemas y tomar decisiones propias

El contemplar el problema desde esta perspectiva, se da también en las circunstancias de "**incapacitación legal**" en cuya definición se encuentra implícita la del concepto de autonomía intelectual que venimos defendiendo.

El **art. 200** del Código Civil dice: Son **causas de incapacitación** las enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico que impidan a la persona **gobernarse** por sí misma.

Si bien en esta definición se incluyen también las deficiencias físicas, es más por motivos formales, ya que en la práctica la incapacitación se da solo en casos en los que existan deficiencias psíquicas.

Al contrario de en las definiciones de dependencia, que hacían referencia a la necesidad de ser ayudado, en este caso se hace referencia a la capacidad intelectual de gobernarse.

La necesidad de ser ayudado por otra persona, aun siendo muy intensa esta ayuda, no es motivo suficiente para ser considerado legalmente incapaz, deben existir problemas mentales que anulen la capacidad de decisión. O dicho con otras palabras:

La dependencia por si sola no es motivo de incapacitación, debe existir una perdida de autonomía intelectual. **Los conceptos de dependencia y de incapacitación no son equiparables.**

2.3 Valoración y graduación de la dependencia

2.3.1 IDENTIFICACIÓN DE LAS ESCALAS

A la hora de valorar y graduar la dependencia nos encontramos con problemas terminológicos desde un principio:

El primero es simplemente el **identificar** las tablas, índices o baremos que se utilizan para valorar la dependencia, ya que casi ninguno hace referencia explícita a ello.

Así nos encontraremos con Índices, Tablas o baremos a los cuales se les denominara: de las Actividades de la vida diaria (AVD); de Clasificación Funcional; Medida de Independencia Funcional (MIF); Funcionamiento físico y problemas estructurales; de Necesidad de Ayuda de Tercera Persona (ATP); de valoración de la Dependencia; de Incapacidad Física; de Incapacidad Funcional; de Valido o no valido; de Autonomía. Entre otras denominaciones.

De entre todos estos términos - a parte de lo comentado anteriormente sobre lo confuso y poco definido que supone hablar de "actividades de la vida diaria" - nos encontramos con un nuevo término, nuevamente confuso, y es el de denominar, a las dificultades para realizar de forma independiente o autónoma las actividades de autocuidado, con el calificativo de "**funcionales**" (de incapacidad funcional; de independencia funcional o clasificación funcional) creándose de esta forma una confusión, con la clasificación de las **funciones corporales** (respiratoria, cardiovascular, mentales, metabólicas,...) y que las CIF clasifican en un grupo a parte, desdibujando de este modo, la diferencia que quiere marcar la CIF entre la limitación para realizar actividades del individuo en su contexto, y las deficiencias de las estructuras y de las **funciones** del cuerpo. También podría entenderse - y ser motivo de confusión - por incapacidad funcional, la incapacidad para el buen "**funcionamiento**" del individuo, según el concepto de funcionamiento de la CIF, pero para esto las CIF aconsejan el uso del termino global **Discapacidad**.

Después de esta primera denominación, nos encontraremos frecuentemente con un "apellido", que se corresponde con el nombre de la persona o institución que realizó en su día la tabla, o el uso administrativo que se le da a dicho baremo: Barthel, Kuntzman, Cruz Roja, de asignación de recursos, de ingreso en residencias, etc.

2.3.2 USO DE LAS ESCALAS DE DEPENDENCIA.

2.3.2.1 Como sistema de clasificación de usuarios en grupos de “isoddependencia” o “isorrecursos” (sistemas de medición de la casuística o case-mix)

En general, e independientemente de las posibilidades teóricas de subdivisión en múltiples grupos, según la especificidad de cada tabla, su uso se suele limitar en un segundo nivel, hasta un máximo de **máximo siete a nueve grupos**, tratando de diferenciar en algunos casos por etiología de las deficiencias o enfermedades, en otros por el área de actividades con más problemas (movilidad, psíquica...) Para finalizar, la gran mayoría en un último nivel de uso, simplificando los anteriores a **tres grandes grupos**:

1. No dependientes ,autónomos o validos
2. Dependientes
3. Gran dependientes, complejos o psicogerítricos.

Y en función de estos grupos calcular los costes de los sistemas de financiación relacionados con el consumo de recursos institucionales y planificar las políticas socio sanitarias.

Estos cálculos se realizan - normalmente - de una forma indirecta según el “isogrupo” de dependencia o bien mediante un cálculo, más complejo, de la carga de trabajo directo de enfermería y/o cuidadores de cada grupo.

Si nos fijamos en los porcentajes de puntos que cada sistema asigna a la hora de conformar la mayoría de estos grupos observaremos:

- Aquellas puntuaciones por debajo de la franja del **20 % al 25%** de la tabla usada harán que a dichas personas se les clasifique como **No dependientes, Autónomos o válidos** , aunque en pura lógica y por lo específico de las tablas usadas, salvo que la puntuación fuera del 0%, la denominación tendría que ser de **Dependientes ligeros**.
- Aquellas puntuaciones que superan la franja de entre un **25% y un 30%** de la tabla usada considerara a dichas personas como **Dependientes**. Es decir tendrían que tener una dependencia por lo menos **moderada** para ser considerados dependientes.
- Aquellas puntuaciones que superan la franja de entre un **55% y un 60%** de la tabla usada considerara a dichas personas como Gran Dependientes. Es decir tendrían una dependencia **grave**.

2.3.2.2 Para el control de acceso a servicios sociales y socio sanitarios

Un segundo uso que se les da a estas tablas o baremos es para conformar, sumados, o no, a otros puntos, por factores de tipo social, los criterios de adjudicación de plazas en las listas de demanda de plazas de residencias, centros de día de las redes públicas, prestaciones económicas, desgravaciones fiscales, etc.

En este caso cada administración, independientemente de las tablas o baremos usados para valorar el grado de dependencia, usará sus propios criterios socioeconómicos para la adjudicación de plazas u otros servicios, que sumados a los primeros darán lugar a un segundo nivel de tablas, listas o baremos.

2.3.2.3 Para evaluación de la calidad, gestión, planificación y seguimiento asistencial (cargas de trabajo, cuidados a largo plazo...)

Un tercer uso que se les suele dar a las tablas de valoración de la Dependencia es la evaluación y planificación del personal, los cuidados prestados, y otros objetivos de carácter asistencial, como puede ser el seguimiento de tratamientos de rehabilitación, quimioterapia, cuidados preventivos u otros.

2.3.2.4 En estudios estadísticos y sociológicos de salud y calidad de vida

Por último las encuestas y estudios sociológicos de tipo sociosanitario, introducen sistemáticamente en sus cuestionarios escalas o métodos para identificar la incidencia de la dependencia en la población general.

2.3.3 PROFESIONALES IMPLICADOS EN LA REALIZACIÓN

2.3.3.1 Profesionales de la salud

Fundamentalmente médicos o personal de enfermería. Es lo habitual en Servicios y unidades especializadas hospitalarias y residenciales, así como para el reconocimiento del grado o de la condición legal de persona con discapacidad o dependencia. Es incuestionable que el diagnóstico y la gravedad de las enfermedades o condiciones de salud alteradas, así como el de las deficiencias de las estructuras y funciones corporales afectadas es competencia de los profesionales de salud.

Dentro de este contexto **también** los profesionales de la salud pueden - y suele ser la norma - valorar el grado de dependencia para diversas actividades de la vida.

2.3.3.2 Profesionales de los servicios sociales y residenciales.

Fundamentalmente trabajadores sociales, cuidadores o profesionales relacionados con la salud que prestan ayuda personal o profesionales especializados en productos y tecnología de ayuda o de eliminación de barreras, habitualmente en colaboración con profesionales de la salud (que previamente han diagnosticado las enfermedades y deficiencias permanentes). Se realiza en casos de asistencia domiciliaria, ingresos residenciales de larga estancia, ayudas técnicas o eliminación de barreras.

En general parece más lógico - aunque no siempre sea así - no implicar a los profesionales de salud, y más en concreto profesionales de la medicina, en aquellos casos en los que ya existe un diagnóstico de la enfermedad, y/o de la discapacidad (en todo caso una progresiva agravación de las mismas, en enfermedades crónicas progresivas) y de lo que se trata, fundamentalmente, es de valorar el grado de ayuda de una persona para realizar diversas actividades, en el contexto real, en ese momento preciso, o los cambios que pueden darse en la necesidad de ayuda, en función de los cambios en ese contexto concreto, que modifiquen la situación de dependencia anterior. Por ejemplo: la evaluación de la dependencia para la ducha antes o después de adaptar el baño, o la dependencia para salir a la calle antes o después de un cambio de domicilio, etc.

2.3.3.3 El propio interesado o sus familiares

Mediante formularios de autovaloración. Se suele utilizar esta modalidad fundamentalmente en estudios estadísticos.

Curiosamente en dichos estudios se considera como persona "dependiente" - al contrario que en los "baremos" de las administraciones - a toda persona que requiere ayuda para **alguna** actividad (aunque solo sea para una) no produciéndose el error de considerar autónomo o válido a las personas con dependencia ligera, situando por ejemplo el porcentaje de personas mayores de 65 años con algún grado de dependencia por encima del 26%. Sin embargo los porcentajes manejados usando "baremos" oficiales, rondan el 18%.

2.3.4 METODOLOGÍA EN LA REALIZACIÓN DE ESCALAS

2.3.4.1 Mediante la observación directa.

La persona encargada de realizar la valoración, observa la, o las, actividades concretas a valorar, en el contexto habitual de la persona y con las ayudas técnicas, adaptaciones y medidas rehabilitadoras necesarias, en un periodo concreto de tiempo (que puede prolongarse hasta semanas) repitiendo la valoración con periodicidad predeterminada, según se considere estabilizada o no la situación de dependencia.

Sería la forma ideal de valoración y es la que preconizan diversas escalas y métodos de valoración (Barthel, RAI,...) si bien en la práctica solo se realiza ocasionalmente en medios institucionalizados.

2.3.4.2 Entrevista al propio interesado, sus familiares o cuidadores.

La persona encargada de realizar la valoración (normalmente profesional de la salud) realiza esta mediante el estudio de los datos médicos y la información obtenida durante una entrevista con el interesado, o con un familiar (o cuidador) en caso de encontrarse este gravemente discapacitado. Dicha entrevista se realiza normalmente en un despacho o consulta, fuera del contexto habitual de la persona, estando las respuestas sometidas a un sesgo potencial según diversos factores, como pueden ser, entre otros, la motivación y experiencia del valorador, colaboración del interesado, intereses y beneficios concretos que se puedan derivar de la valoración para el interesado, familiares o instituciones...

Es la forma habitual de realizar las valoraciones, por ser más sencilla, rápida y económica que la anterior.

2.3.4.1 Formularios de autovaloración

Mediante formularios de autovaloración realizados por el propio interesado, familiares, cuidadores o personal sanitario que trata y conoce la situación real de la persona y que posteriormente son interpretados por personal técnico.

Se suele utilizar esta modalidad fundamentalmente en estudios estadísticos y sociológicos y es probablemente la forma más sencilla de realizar las valoraciones, si bien condicionada por la comprensión y buena colaboración del individuo que la realiza.

2.3.5 IDENTIFICACIÓN DE PARÁMETROS EN LAS ESCALAS

Una de las cuestiones que surge ante tal número de tablas, escalas y baremos es el de si los parámetros que miden unas y otras son realmente distintos - lo cual justificaría esta diversidad - o si por el contrario son en general los mismos. Y si esto último es así ¿Cuáles son los parámetros comunes de todas estas escalas?

Para contestar a la anterior pregunta haremos referencia al segundo estudio comparativo de tablas y BAREMOS de Dependencia que aparece en el anexo I de este trabajo.

De dicho estudio comparativo se puede deducir que si bien los items recogidos son muy variables, tanto en cuanto al número como a los problemas concretos, el problema se centra fundamentalmente en los problemas para las **actividades de autocuidado, las de movilidad y el uso de ayudas técnicas**. Y en un segundo nivel, en los problemas de actividades de **comunicación** y las **necesidades de ayudas personales**.

2.3.6 IDENTIFICACION DE PARÁMETROS EN LOS ESTUDIOS SOCIOLÓGICOS

Los estudios estadísticos y sociológicos, realizados mediante encuestas a población general, tienen por lo general unas características especiales, en comparación con las tablas y baremos de uso en la valoración y graduación de la dependencia por lo interesa estudiarlos a parte.

Para ello nos basaremos en el estudio comparativo entre cinco de estos estudios que aparecen en el anexo 3 de este trabajo.

En primer lugar nos encontramos con que, en líneas generales, recogen una definición operativa de la dependencia que difiere significativamente de la manejada en las escalas y baremos, aproximándose o "**solapándose**" con la **definición de discapacidad** que propone la CIF, es decir toman en cuenta más que la necesidad de ayuda, la dificultad para realizar las actividades encuestadas.

En segundo lugar existen significativas diferencias a la hora de considerar como "corrientes" algunas actividades diarias, que en las escalas y baremos no se tienen en cuenta. Así nos encontramos con que todas las encuestas toman en consideración de forma importante las **actividades de vida doméstica** y las de desplazamientos por distintos lugares, uso de medios de transporte o transacciones económicas básicas o las de tiempo libre y ocio, que en los baremos y tablas de valoración de la dependencia aparecen de una forma mucho más secundaria. Por otro lado en algunas actividades ocurre lo contrario, como en el caso de las de acti-

vidades relacionadas con procesos de excreción que se consideran secundariamente en las encuestas sociológicas.

Las encuestas sociológicas socio-sanitarias utilizan una definición operativa de la dependencia y recogen una serie de parámetros que **difieren significativamente** de los utilizados en los baremos y escalas de valoración de la dependencia

2.3.7 LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD)

A pesar de que todas las escalas se basan en graduar la limitación para realizar ciertas actividades de la vida diaria (AVD) parece existir una dificultad para definir claramente cuales son las "básicas".(ver 2.2.4).

Una forma sencilla sería definir las como: "Aquellas que son comunes a todas las personas" o "las actividades más elementales de la persona que le permiten la autonomía e independencia básicas"

Sí parece existir una diferencia entre una serie de actividades que resultarían "intrínsecas" o "estructurales" a las personas, en las cuales la finalidad de la actividad estaría en el bienestar psico-fisiológico del propio cuerpo (actividades de autocuidado, andar, movilizarse, comunicarse, resolver problemas...) y otras "extrínsecas" o "instrumentales" en las cuales se trataría de hacer algo no directamente sobre el propio cuerpo, sino de interactuar sobre un objeto o situación externa al individuo, aunque íntimamente relacionada con su bienestar (lavar la ropa, preparar la comida, realizar compras, conducir un vehículo, relaciones sociales...). Esta primera diferenciación parece que nos orienta hacia una mayor importancia de las primeras sobre las segundas en relación con la supervivencia, sin embargo no nos soluciona el problema de discriminar cuales son las más habituales o cotidianas, ya que entre las segundas se encuentran gran número de ellas.

De todas estas actividades - a excepción de las de autocuidado, en las que no parece haber muchos problemas en identificarlas - tratar de elegir cuales son las más básicas o cotidianas, nos lleva por un lado a dejarnos algunas- y a pecar de parcialidad- si queremos hacer una lista corta, o a tener que confeccionar una lista con numerosas actividades, diluyéndose la idea de identificar las más "básicas".

En el trasfondo de muchas estas escalas y clasificaciones nos encontramos frecuentemente con la necesidad de solucionar problemas concretos, para colectivos particulares, por ejemplo: traducir la dependencia a

tiempo de atención directa, es decir el tiempo de dedicación que va a requerir la persona con dependencia por parte del cuidador y en función de esta el coste que va a generar. Respecto a esto se tiende a diferenciar entre las actividades imprescindibles para la subsistencia, previsibles en número, de escasa variabilidad en cuanto a su duración y medibles (las actividades de autocuidado, desplazamientos, preparar la comida y la necesidad de cuidados especiales fundamentalmente) de otras actividades que pueden considerarse como menos necesarias para la subsistencia, variables en duración, no tan previsibles en número o de difícil medición (actividades domésticas, de relaciones interpersonales, actividades de aplicación del conocimiento, de comunicación, de vida económica, de vida comunitaria, etc.) Aquí ya encontramos un primer criterio para diferenciar lo que las diversas escalas identifican como AVD esenciales o básicas de "otras" AVD denominadas de formas diversas: actividades instrumentales, domésticas, adaptativas, de autonomía psíquica, etc.

Haciendo referencia nuevamente al estudio comparativo de tablas y baremos de Dependencia que aparece en el anexo I de este trabajo, y teniendo en cuenta los resultados encontrados, concluiríamos que: las que se consideran como actividades básicas de la vida diaria, estarían representadas fundamentalmente, usando la clasificación de las CIF por:

1º Todas las **actividades de autocuidado**: (lavarse, cuidado de las partes del cuerpo, higiene personal relacionada con los procesos de excreción, vestirse, comer y beber, y el cuidado de la propia salud)

2º Las **actividades de movilidad**: (cambiar las posturas corporales básicas, mantener la posición del cuerpo, andar y desplazarse utilizando algún tipo de equipamiento)

3º La **actividad de comunicación**: (hablar)

Ahora bien si tomamos también en cuenta un concepto más amplio de "actividades básicas de la vida diaria" como es el caso de los estudios estadísticos, sociológicos (ver anexo 3) y el de algunos baremos de tipo más "social" (como por ejemplo la escala de incapacidad Gutman, utilizada para valorar el nivel de incapacidad y la intensidad del servicio, en ayuda domiciliaria) tendríamos que añadir a los anteriores:

4º **Las actividades domésticas**: Preparar comidas, realizar quehaceres de la casa y adquisición de bienes y servicios.

5º **Las actividades de movilidad**: Desplazarse por el entorno y utilización de medios de transporte

6º Un grupo más heterogéneo en el cual nos encontraríamos, entre otras, las actividades de transacciones económicas básicas, resolver problemas, relaciones sociales básicas y las de tiempo libre y ocio

2.3.8 EQUIVALENCIA ENTRE ESCALAS Y BAREMOS

Una vez que parece que casi todas las escalas se centran en los mismos parámetros, otra pregunta que surge es la siguiente:

¿Se podría hacer una equivalencia entre unas escalas y otras?

Para intentar contestar a esta pregunta nos remitiremos nuevamente al estudio comparativo entre BAREMOS. Utilizando la graduación que preconiza la CIF, para todos los problemas relacionados con la discapacidad, en cinco tramos, con margen de error de hasta un 4 %:

NO hay problema	(ninguno ausente, insignificante...)	0-4%
Problema LIGERO	(poco, escaso.....)	5-24%
Problema MODERADO	(medio, regular....)	25-49%
Problema GRAVE	(mucho, extremo...)	50-95%
Problema COMPLETO	(total...)	96-100%

De esta forma y una vez graduados los valores de cada tabla, de las anteriormente estudiadas, conforme este criterio, podemos observar en la Tabla 1, los resultados obtenidos.

A partir de la tabla específica usada para graduar la dependencia en cada caso, se “reconvierte” la puntuación obtenida a la escala genérica de gravedad en cinco niveles propuesta por la CIF de la OMS, de esta forma obtendríamos **cinco iso-grupos de dependencia**, y por tanto, una forma de comparación sencilla y bastante aproximada entre escalas.

Usando el 5% de límite de error como comodín, que permitiría clasificar, en algunas puntuaciones “frontera”, en los grupos inmediatamente superior o inferior, el nivel de equivalencia que encontramos entre unos BAREMOS y otros es, a mi entender, muy alto

2.4 Conclusiones en la aplicación de criterios

2.4.1 CLASIFICACIÓN Y GRADUACIÓN DE LA DEPENDENCIA

La forma en que se deberían, denominar, clasificar y graduar los problemas relacionados con la discapacidad y la dependencia se podrían resumir en estos seis puntos.

a. Las enfermedades y problemas de las condiciones de salud.: Mediante la Clasificación de enfermedades y problemas de salud relacionados (CIE-10) de la OMS.

b. Los problemas referentes a las deficiencias corporales: Mediante la clasificación de estructuras y funciones corporales de la Clasificación de Funcionamiento y discapacidad (CIF) de la OMS.

c. Los problemas referentes a las limitaciones para realizar actividades (o en su caso a las actividades en que se da la situación de necesidad de ayuda o dependencia para realizarlas): Mediante la clasificación de actividades de la Clasificación de Funcionamiento y discapacidad (CIF) de la OMS.

d. Los problemas referentes a los factores contextuales externos que están interactuando con la persona y en su caso de las ayudas técnicas o personales que pueda precisar: Mediante la clasificación de Factores Contextuales de la Clasificación de Funcionamiento y discapacidad (CIF) de la OMS.

e. La graduación de todos estos problemas: Mediante la escala en cinco niveles de gravedad de los problemas propuesta por la Clasificación de Funcionamiento y discapacidad (CIF) de la OMS.

No hay problema	(0-4%)
Problema Ligero	(5-24%)
Problema Moderado	(25-49%)
Problema Grave	(50-96%)
Problema Completo	(96-100%)

f. Las actividades de la vida diaria: Mediante la terminología, concreta, con el significado exacto, propuesta al denominar los nueve grupos de actividades de la vida, en la clasificación de primer nivel Clasificación de Funcionamiento y discapacidad (CIF) de la OMS.

1. Aprendizaje y aplicación del conocimiento
2. Tareas y demandas generales
3. Comunicación
4. Movilidad
5. Autocuidado
6. Vida doméstica
7. Interacciones y relaciones personales
8. Areas principales de la vida Educación/Trabajo/Economía)
9. Vida comunitaria, social y cívica

2.4.2 ASPECTOS MÁS IMPORTANTES QUE DEBE RECOGER UN MÉTODO O PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN DE LA DEPENDENCIA.

- 1. Información y consentimiento** de la persona a la que se le practica el estudio o baremo, o de su tutor, en el caso de que ésta no sea capaz.
- 2. Aplicación universal.** Debe permitir su aplicación a cualquier persona, con diferentes estados de salud, etiología y severidad de sus problemas, edad, cultura, etc.
- 3. Elección de las actividades** que sea procedente valorar según el área de dependencia que se pretende estudiar (actividades de autocuidado, de movilidad dentro o fuera del domicilio, actividades domesticas, de relación interpersonal, actividades de ocio y tiempo libre, etc.)
- 4. Claridad y concreción de las definiciones**, con lenguaje sencillo, evitando ambigüedades o repeticiones, aceptado internacionalmente y que admita su aplicación pluridisciplinar.
- 5. Debe diferenciar la necesidad de ayudas o apoyos humanos**, es decir, de otra persona, de la necesidad de ayudas o apoyos materiales o técnicos.
- 6. Determinación del contexto** en el que se desarrollan dichas actividades a valorar.
 - Contexto real (institucional, domicilio, rural, etc.)
 - Contexto neutral o estandarizado
 - Contexto subjetivo (anterior, futuro posible con adaptaciones, pronosticable, etc.)
- 7. Posibilidad de análisis desde distintos niveles de complejidad**, tanto a nivel **cuantitativo** (intensidad , frecuencia y temporabilidad de la ayuda para cada actividad) como **cualitativo** (isogrupos, perfiles de usuarios, representación visual etc.)

8. Graduación de la severidad. Debe cumplir criterios **sensibilidad** (con niveles de graduación que puedan reflejar la severidad del problema, tanto a nivel global como parcial) **fiabilidad** (con resultados similares entre evaluadores pluridisciplinarios) y **validez** (debe medir el problema esperado y su resultado ser compatible con el de otros baremos que midan el mismo problema).

9. Una vez definida la dependencia y sus criterios de valoración, y partiendo de la premisa de tratarse de conceptos distintos, pero estrechamente relacionados, debe de ser también **sensible a la discriminación de la pérdida autonomía intelectual y las cargas de trabajo generadas.**

10. Debe recoger fundamentalmente aspectos sobre el funcionamiento y el contexto del individuo, pero también sobre **aspectos básicos de las condiciones de salud alteradas y de las deficiencias físicas y/o psíquicas que originan la situación de dependencia,** así como la posibilidad de comparación de los resultados a nivel estadístico entre distintos usuarios, administraciones y disciplinas, mediante el uso de codificación unificada y aceptada internacionalmente en concreto la **CIE** y la **CIF.**

11. Posibilidad de servir como herramienta a la hora de **programar intervenciones** tanto desde el punto de vista particular, como desde el de las políticas sociales, tendentes a **disminuir, o paliar, de la forma más eficaz la situación de dependencia,** teniendo siempre como guía el respeto a la autonomía de la persona dependiente.

Anexo I

ESTUDIO COMPARATIVO DE TABLAS Y BAREMOS PARA LA VALORACIÓN Y GRADUACIÓN DE LA DEPENDENCIA APLICANDO LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO, DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD (CIF)

A N E X O I

ESTUDIO COMPARATIVO DE TABLAS Y BAREMOS PARA LA VALORACIÓN Y GRADUACIÓN DE LA DEPENDENCIA APLICANDO LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO, DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD (CIF)

INTRODUCCIÓN

Se ha realizado un estudio comparativo entre una veintena de tablas y baremos de las más frecuentemente empleadas en la actualidad en estamentos socio-sanitarios, para graduar la dependencia y que aparecen al final del mismo.

Partimos de la especificidad de cada tabla o baremo para usos concretos (evaluación de tratamientos, clasificación de usuarios, financiación, ayudas técnicas etc.) pero teniendo en cuenta que son tablas cuyo denominador común es, la medición de la gravedad del problema de dependencia o de ayuda que precisa una persona para realizar ciertas actividades, parece lógico pensar que encontraremos una relación de proporcionalidad entre unas y otras.

Hasta la fecha, era difícil encontrar un método de comparación entre todos estos sistemas de valoración.

A partir de la resolución WHA 54/21 en la que se aprueba la **Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF)**, la OMS pone a disposición de particulares, administraciones y estados, una herramienta que trata de aproximar, simplificar y unificar tanto terminologías como sistemas de graduación de todos los problemas relacionados con la discapacidad.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo de este trabajo de aplicabilidad, de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la discapacidad y de la salud, es el de realizar dos estudios tendentes a aproximar y unificar, los diversos sistemas y métodos de valoración de la dependencia:

1. Estudio comparativo cuantitativo

1.1 NÚMERO DE PARÁMETROS

En la primera comparación nos fijaremos en el número de parámetros o problemas que cada tabla o baremo considera de importancia, a la hora de identificar y valorar la dependencia, autonomía o necesidad de ayuda.

Ordenando las tablas o baremos de menos a más, por el número aproximado de ítems que recogen para valorar la dependencia, obtendremos una primera lista, que a modo orientativo, puede darnos una primera aproximación sobre el nivel de complejidad o especificidad de las mismas.

1. Índice AVD del RUG-III	(4)
2. Escala de incapacidad de la Cruz Roja	(4)
3. Índice de Katz	(6)
4. De variables ilustrativas AGGIR	(7)
5. Índice de Lawton	(8)
6. Índice de Norton	(9)
7. Escala Kuntzman/Sakontzen	(9)
8. Escala Índice de Barthel	(10)
9. Índice de Karnofsky	(10)
10. Escala de variables discriminantes AGGIR	(10)
11. Índice AVD + clasificación clínica del RUG-III	(11)
12. Indicador de Autonomía de la DFG	(15)
13. Índice de Barthel + Índice de Lawton	(16)
14. Variables discriminantes + variables ilustrativas AGGIR	(17)
15. Índice de Kenny	(17)
16. Medida de la Independencia Funcional (MIF)	(18)
17. Baremo de Necesidad de Residencia de Alava	(22)
18. Perfil de Autonomía Melennec	(32)
19. Escala de Estado de Disfunción Ampliada de Kurtzke	(36)
20. Baremo de necesidad de Ayuda de Tercera Persona (ATP)	(40)
21. Método PLAISIR	(99)
22. Conjunto Mínimo de Datos del RAI	(100)
23. Escala de Evaluación Adaptativa (EVALCAD)	(200)

Según podemos observar en la tabla anterior, la variabilidad es muy importante, pudiendo ir desde cuatro hasta más de un centenar de variables.

Ello es debido, en algunos casos, a la mayor especificidad de algunos baremos. Interesándose de forma exhaustiva por la dependencia en actividades muy diversas.

En otros casos, a que en un mismo ítem, se encuentran incluidas más de una variable, como puede ser referirse a problemas de autocuidado sin especificarlos.

Por último algunos baremos, desglosan de forma pormenorizada algunas actividades, como puede ser dentro del autocuidado, vestirse, y dentro de vestirse, abrocharse una camisa, vestirse la parte superior, la parte inferior, vestirse zapatos etc.,

1.2. EQUIVALENCIA ENTRE ESCALAS

Vamos a estudiar la correlación entre la graduación de catorce tablas y baremos, de entre las más frecuentemente usadas para valorar el grado de dependencia, tomando como referencia el método de graduación que preconiza la CIF, para todos los problemas relacionados con la discapacidad, en cinco tramos, con margen de error de hasta un 5%.

NO hay problema	(ninguno ausente, insignificante...)	0-4%
Problema LIGERO	(poco, escaso.....)	5-24%
Problema MODERADO	(medio, regular....)	25-49%
Problema GRAVE	(mucho, extremo...)	50-95%
Problema COMPLETO	(total...)	96-100%

Comparando dichas tablas y baremos, obtendremos una la Tabla de "equivalencia" de graduación entre baremos de valoración de la dependencia.

De esta forma y una vez "reconvertidos" o graduados en porcentajes, los valores de cada tabla, de las anteriormente estudiadas, conforme este criterio, obtendríamos cinco iso-grupos de dependencia inter-escalas. Podemos observar en la **Tabla I**, los resultados obtenidos.

Es difícil de razonar, sin realizar un estudio de campo comparativo, si los resultados, en cuanto a la equivalencia de la severidad de la dependencia, es equiparable entre una escala y otra dentro de cada grupo, basándose en mi caso básicamente en un estudio comparativo teórico.

Sin embargo teniendo en cuenta los amplios intervalos que preconiza la CIF para cada grupo, por un lado, y más aun, usando el 5% de límite de error como comodín, que permitiría clasificar, en algunas puntuaciones "frontera", en los grupos inmediatamente superior o inferior, el nivel de equivalencia que encontramos entre unos baremos y otros es, a mi entender, muy alto.

Según esto un Kuntzman de 5 puntos se podría definir como problema moderado o como grave ya que el margen sería de 0,5 puntos, sin embargo un Kuntzman de 4 siempre estaría en problema moderado y uno de 6 siempre en grave. Esto mismo sucedería con las demás escalas por ejemplo un ATP de 36 podría considerarse como problema moderado o grave, sin embargo uno de 40 estaría siempre en grave.

De esta forma un RUG de 11 sería equiparable a un ATP de 40, a un Barthel de 55, a un FIM de 66, a un Norton de 15, un Katz D, etc. Clasificándose todos ellos como un problema de **dependencia grave**.

TABLA 1

CIF	SAKONTZEN	AVD RUG III	AGIR	ATP	B.N.R. ALAVA	I. BARTHEL	AVD CMD - RAI	I. KENNY	E. INCAPACIDAD CRUZ ROJA	MIF (FIM)	I. KARNOFSKY	I. NORTON	E. KURTZKE	I. KATZ	
															TOTAL PUNTOS Y/O GRUPOS
LIMITE 5%	0,5	0,7	0,2	3,6	5	5	0,2	0,2	0,3	5,4	5	1,35	0,5	0,3	
NO HAY PROBLEMA (0-4%)	0	4	G1	0-3	0-4	100-96	1	4	0	125-121	100-96	0-1	0	A (0)	
PROBLEMA LIGERO (5-24%)	1-2	5-7	G2	4-17	5-24	95-76	2	3	1	120-100	95-76	2-6	1-2	B (1)	
PROBLEMA MODERADO (25-49%)	3-4	8-10	G3	18-35	25-49	75-51	3	2	2	99-73	75-51	7-13	3-4	C (2)	
PROBLEMA GRAVE (50-95%)	5-9	11-17	G4	40-68	50-95	50-5	4	1	3-4	72-23	50-5	14-16	5-9	D-F (3-5)	
PROBLEMA TOTAL (96-100%)	10	18	G5	69-72	96-100	4-0	5	0	5	22-18	4-0	27	10	G (6)	

El límite de error del 5% permitiría clasificar algunos casos en los grupos inmediatamente superior o inferior

2. Estudio comparativo cualitativo

Usando como referencia la CIF, se irán recogiendo los problemas referentes a las estructuras y funciones corporales, actividades del individuo y factores contextuales, que aparecen reflejados en cada escala o baremo, como susceptibles de tener en cuenta, a la hora de identificar y medir la necesidad de ayuda que puede necesitar la persona estudiada.

Estos datos se clasificarán según los dos primeros niveles de complejidad que preconiza la CIF: El más general mediante la lista de la Clasificación de Primer Nivel de la CIF (**Tabla II**). Otro más detallado, mediante la lista de la Clasificación de segundo Nivel de la CIF (**Tabla III**).

Comparando dichas listas obtendremos un perfil cualitativo, sobre los problemas más comunes estudiados por la mayoría de los baremos, por un lado y la especificidad de los mismos por otro

2.1. ESTUDIO DE APLICACIÓN DEL PRIMER NIVEL DE LA CIF

Si nos fijamos en los apartados e ítems que va puntuando cada escala de valoración de dependencia (**Tabla II y Gráfica I**) podremos hacer una primera diferenciación, en cuanto a cuales son los problemas de funcionamiento /discapacidad que se repiten más en las tablas estudiadas.

Aplicando la clasificación más general de la CIF, la de primer nivel, obtenemos esta lista ordenada según el porcentaje de escalas que recogen dicho problema.

1) Actividades de autocuidado (CIF):	100%
2) Productos y tecnología (Factores Ambientales) (CIF)	100%
3) Actividades de movilidad(CIF):	95%
4) Actividades de comunicación (CIF)	70%
5) Funciones de aparato digestivo(CIF)	62%
6) Funciones de aparato genitourinario(CIF)	62%
7) Apoyos y relaciones. (Factores Ambientales) (CIF)	62%
8) Funciones mentales (CIF)	52%
9) Actividades de vida comunitaria, social y cívica (CIF)	38%
10) Funciones sensoriales (CIF)	33%
11) Actividades de aplicación del conocimiento (CIF)	33%
12) Actividades de relaciones interpersonales (CIF)	28%
13) A. áreas principales de vida (economía/educación/trabajo) (CIF)	23%
14) Funciones y Estructuras de la voz y el habla (CIF)	19%
15) Funciones neuromusculoesqueleticas y con el movimiento (CIF)	19%
16) Actividades de Vida Doméstica (CIF)	19%
17) Actividades de Tareas y Demandas Generales(CIF)	19%
18) Funciones y Estructuras relacionados con la piel (CIF)	19%
19) Funciones y estructuras cardiorrespiratorias (CIF)	19%

Se podrían haber considerado también problemas derivados del diagnóstico y clasificación de las enfermedades, ya que algunas tablas o baremos hacen referencia a estos, pero dichos problemas deben clasificarse según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) y no son el objetivo de este estudio.

RESULTADOS

El problema se centra fundamentalmente en los problemas para las actividades de autocuidado, las de movilidad y el uso de ayudas técnicas .

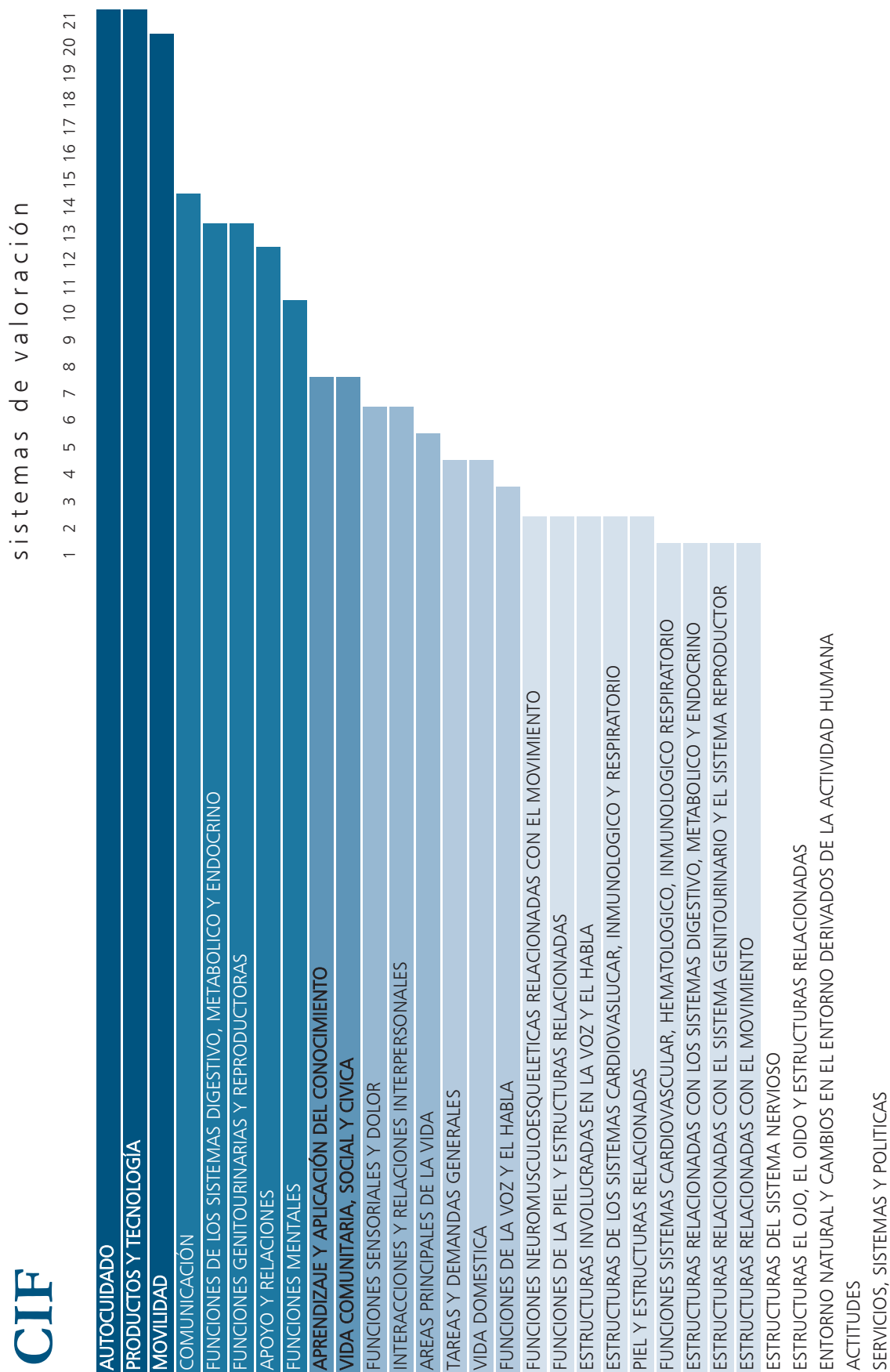
En un segundo nivel, los problemas de actividades de comunicación, las necesidades de ayudas personales y las funciones de aparato digestivo y urinario

Los problemas de las deficiencias de las estructuras y funciones del cuerpo (salvo las de incontinencia) parecen tener una importancia muy secundaria.

TABLA 2

CIF	CDM/RAI	PLAISIR	EVALCAD	KURTZKE	SAKONTZEN	ATP	IA	N.R.A.	BARTHEL	LAWTON	NORTON	KATZ	KARNOFSKY	CRUZ ROJA	KENNY	MIF	RUG-III	MELENEC	AGGIR VD	AGGIR VI	AMA	
	FUNCIONES CORPORALES																					
cap 1: FUNCIONES MENTALES																						
cap 2: FUNCIONES SENSORIALES Y DOLOR																						
cap 3: FUNCIONES DE LA VOZ Y EL HABLA																						
cap 4: FUNCIONES DE LOS SISTEMAS CARDIOVASCULAR, HEMATOLOGICO, INMUNOLOGICO Y RESPIRATORIO																						
cap 5: FUNCIONES DE LOS SISTEMAS DIGESTIVO, METABOLICO Y ENDOCRINO																						
cap 6: FUNCIONES GENITOURINARIAS Y REPRODUCTORAS																						
cap 7: FUNCIONES NEUROMUSCULOESQUELETICAS RELACIONADAS CON EL MOVIMIENTO																						
cap 8: FUNCIONES DE LA PIEL Y ESTRUCTURAS RELACIONADAS																						
ESTRUCTURAS CORPORALES																						
cap 1: ESTRUCTURAS DEL SISTEMA NERVIOSO																						
cap 2: EL OJO, EL OIDO Y ESTRUCTURAS RELACIONADAS																						
cap 3: ESTRUCTURAS INVOLUCRADAS EN LA VOZ Y EL HABLA																						
cap 4: ESTRUCTURAS DE LOS SISTEMAS CARDIOVASCULAR, INMUNOLOGICO Y RESPIRATORIO																						
cap 5: ESTRUCTURAS RELACIONADAS CON LOS SISTEMAS DIGESTIVO, METABOLICO Y ENDOCRINO																						
cap 6: ESTRUCTURAS RELACIONADAS CON EL SISTEMA GENITOURINARIO Y EL SISTEMA REPRODUCTOR																						
cap 7: ESTRUCTURAS RELACIONADAS CON EL MOVIMIENTO																						
cap 8: PIEL Y ESTRUCTURAS RELACIONADAS																						
ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN																						
cap 1 APRENDIZAJE Y APLICACIÓN DEL CONOCIMIENTO																						
cap 2 TAREAS Y DEMANDAS GENERALES																						
cap 3 COMUNICACIÓN																						
cap 4 MOVILIDAD																						
cap 5 AUTOCUIDADO																						
cap 6 VIDA DOMESTICA																						
cap 7 INTERACCIONES Y RELACIONES INTERPERSONALES																						
cap 8 AREAS PRINCIPALES DE LA VIDA																						
cap 9 VIDA COMUNITARIA, SOCIAL Y CIVICA																						
FACTORES AMBIENTALES																						
cap 1 PRODUCTOS Y TECNOLOGIA																						
cap 2 ENTORNO NATURAL Y CAMBIOS EN EL ENTORNO DERIVADOS DE LA ACTIVIDAD HUMANA																						
cap 3 APOYO Y RELACIONES																						
cap 4 ACTITUDES																						
cap 5 SERVICIOS, SISTEMAS Y POLITICAS																						

GRÁFICA I



2.2 ESTUDIO DE APLICACIÓN DEL SEGUNDO NIVEL DE LA CIF

En un segundo análisis, más detallado, usando las CIF en su segundo nivel de complejidad, podemos concretar aún más los tipos de problemas de funcionamiento / discapacidad, que aparecen más frecuentemente en las tablas y BAREMOS para evaluar y graduar la dependencia, estudiadas (**Tabla III**). Obteniendo los siguientes resultados:

1. e120 Productos y tecnología para la movilidad y el transporte personal en espacios cerrados y abiertos.	85%
2. d530 Higiene personal relacionada con los procesos de excreción	75%
3. d550 Comer	75%
4. d560 Beber	75%
5. d510 Lavarse	70%
6. d540 vestirse	70%
7. d520 Cuidado de las partes del cuerpo	70%
8. d450 Andar	65%
9. d410 Cambiar las posturas básicas del cuerpo	60%
10. b525 Funciones relacionadas con la defecación	60%
11. b610 Funciones relacionadas con la excreción urinaria	60%
12. d465 Desplazarse utilizando algún tipo de equipamiento	55%
13. d420 Transferir el propio cuerpo	55%
14. d415 Mantener la posición del cuerpo	55%
15. e340 Cuidadores y personal de ayuda	55%
16. e115 Productos y tecnología para uso personal en la vida diaria	45%
17. d570 Cuidado de la propia salud	45%
18. b114 Funciones de orientación	45%
19. d455 Desplazarse por el entorno	40%
20. d330 Hablar	40%
21. e355 Apoyos de Profesionales de la salud	40%

RESULTADOS

La necesidad de ayudas técnicas para la movilidad, las actividades de autocuidado (higiene de excreción, comer, beber, lavarse, vestirse, cuidado de las partes del cuerpo) y de las de movilidad (andar y cambiar las posturas del cuerpo) son los problemas más encontrados.

TABLA 3

CIF funciones corporales

	CDM/RAI	PLAISIR	EVALCAD	KURTZKE	SAKONTZEN	ATP	IA	N.R.A.	BARTHEL	LAWTON	NORTON	KATZ	KARNOFSKY	CRUZ ROJA	KENNY	MIF	RUG-III	MELENEC *	AGGIR VD	AGGIR VI	AMA *
CAPITULO 1. FUNCIONES MENTALES																					
FUNCIONES MENTALES GLOBALES (b110-b139)																					
b110 Funciones de la conciencia	■							■										■			■
b114 Funciones de la orientación			■	■	■	■	■	■										■	■		■
b118 Funciones intelectuales																					■
b122 Funciones psicosociales globales	■		■		■																■
b126 Funciones del temperamento y la personalidad			■																		■
b130 Funciones relacionadas con la energía y los impulsos	■																				■
b134 Funciones del sueño			■																		■
b139 Funciones mentales globales, otras especificadas y no especificadas	■																				■
FUNCIONES MENTALES ESPECIFICAS (b140--b189)																					
b140 Funciones de la atención	■							■							■						■
b144 Funciones de la memoria								■													■
b148 Funciones psicomotoras								■													■
b152 Funciones emocionales								■													■
b156 Funciones de la percepción	■							■													■
b160 Funciones del pensamiento	■			■																	■
b164 Funciones cognitivas superiores	■		■																		■
b168 Funciones mentales del lenguaje																					■
b172 Funciones relacionadas con el cálculo																					■
b176 Funciones mentales relacionadas con el encadenamiento de movimientos complejos																					■
b180 Experiencias relacionadas con uno mismo y con el tiempo			■																		■
b189 Funciones mentales específicas, otras especificadas y no especificadas											■										■
b198 Funciones mentales, otras especificadas											■										■
b199 Funciones mentales, no especificadas																					■
CAPITULO 2. FUNCIONES SENSORIALES Y DOLOR																					
VISTA Y FUNCIONES RELACIONADAS (b 210-b229)																					
b210 Funciones visuales	■	■	■					■											■		■
b215 Funciones de las estructuras adyacentes al ojo	■		■																■		■
b220 Sensaciones asociadas con el ojo y estructuras adyacentes																					■
b229 Vista y funciones relacionadas, otras especificadas y no especificadas																					■
FUNCIONES AUDITIVAS Y VESTIBULARES (b230-b249)																					
b230 Funciones auditivas	■							■											■		■
b235 Función vestibular																			■		■
b240 Sensaciones asociadas con la audición y con la función vestibular	■																				■
b249 Funciones auditivas y vestibulares, otras especificadas y no especificadas																					■
FUNCIONES SENSORIALES ADICIONALES (b250-b279)																					
b250 Función gustativa																			■		■
b255 Función olfativa																			■		■
b260 Función propioceptiva				■															■		■
b265 Funciones táctiles				■															■		■
b270 Funciones sensoriales relacionadas con la temperatura y otros estímulos				■															■		■
b279 Funciones sensoriales adicionales, otras especificadas y no especificadas																			■		■
DOLOR (b280-b289)																					
b280 Sensación de dolor																			■		■
b289 Sensación de dolor, otra especificada y no especificada																			■		■
b298 Funciones sensoriales y dolor, otras especificadas											■								■		■
b299 Funciones sensoriales y dolor, no especificadas																			■		■

CIF	CDM/RAI	PLAISIR	EVALCAD	KURTZKE	SAKONTZEN	ATP	IA	N.R.A.	BARTHEL	LAWTON	NORTON	KATZ	KARNOFSKY	CRUZ ROJA	KENNY	MIF	RUG-III	MELENEC *	AGGIR VD	AGGIR VI	AMA
	CAPITULO 3: FUNCIONES DE LA VOZ Y EL HABLA																				
b310 Funciones de la voz																					
b320 Funciones de la articulación																					
b330 Funciones relacionadas con la fluidez y el ritmo del habla																					
b340 Funciones alternativas de vocalización																					
b398 Funciones de la voz y el habla, otras especificadas																					
b399 Funciones de la voz y el habla, no especificadas																					

CAPITULO 4: FUNCIONES DE LOS SISTEMAS CARDIOVASCULAR, HEMATOLOGICO, INMUNOLOGICO Y RESPIRATORIO																					
FUNCIONES DEL SISTEMA CARDIOVASCULAR (b410-b429)																					
b410 Funciones del corazón																					
b415 Funciones de los vasos sanguíneos																					
b420 Funciones de la presión arterial																					
b429 Funciones del sistema cardiovascular, otras especificadas y no especificadas																					
FUNCIONES DE LOS SISTEMAS HEMATOLOGICO E INMUNOLOGICO (b430-b439)																					
b430 Funciones del sistema hematológico																					
b435 Funciones del sistema inmunológico																					
b439 Funciones de los sistemas hematológico e inmunológico, otras especificadas y no especificadas																					
FUNCIONES DEL SISTEMA RESPIRATORIO (b440-b469)																					
b440 Funciones respiratorias																					
b445 Funciones de los músculos respiratorios																					
b449 Funciones del sistema respiratorio, otras especificadas y no especificadas																					
FUNCIONES ADICIONALES Y SENSACIONES DE LOS SISTEMAS CARDIOVASCULAR Y RESPIRATORIO (b450-b469)																					
b450 Funciones respiratorias adicionales																					
b455 Funciones relacionadas con la tolerancia y el ejercicio																					
b460 Sensaciones asociadas con las funciones cardiovasculares y respiratorias																					
b469 Funciones adicionales y sensaciones del sistema cardiovascular y respiratorio, otras especificadas y no especificadas.																					
b498 Funciones de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio, otras especificadas.																					
b499 Funciones de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio, no especificadas.																					

CAPITULO 5: FUNCIONES DE LOS SISTEMAS DIGESTIVO, METABOLICO Y ENDOCRINO																					
FUNCIONES RELACIONADAS CON EL SISTEMA DIGESTIVO (b510-b539)																					
b510 Funciones relacionadas con la ingestión																					
b515 Funciones relacionadas con la digestión																					
b520 Funciones relacionadas con la asimilación																					
b525 Funciones relacionadas con la defecación																					
b530 Funciones relacionadas con el mantenimiento del peso																					
b535 Funciones asociadas con el sistema digestivo																					
b539 Funciones relacionadas con el sistema digestivo, otras especificadas y no especificadas																					

CIF	CDM/RAI	PLAISIR	EVALCAD	KURTZKE	SAKONTZEN	ATP	IA	N.R.A.	BARTHEL	LAWTON	NORTON	KATZ	KARNOFSKY	CRUZ ROJA	KENNY	MIF	RUG-III	MELENEC *	AGGIR VD	AGGIR VI	AMA
	FUNCIONES RELACIONADAS CON EL METABOLISMO Y EL SISTEMA ENDOCRINO (b450-b559)																				
b540 Funciones metabólicas generales		■		■																	
b545 Funciones relacionadas con el balance hídrico																					
b550 Funciones termorreguladoras																					
b555 Funciones de las glándulas endocrinas																					
b559 Funciones relacionadas con el metabolismo y el sistema endocrino, otras especificadas y no especificadas																					
b598 Funciones de los sistemas digestivo, metabólico y endocrino, otras especificadas																					
b599 Funciones de los sistemas digestivo, metabólico y endocrino no especificadas																					
b445 Funciones de los músculos respiratorios																					

CAPITULO 6: FUNCIONES GENITOURINARIAS Y REPRODUCTORAS																					
FUNCIONES URINARIAS (b610-b639)																					
b610 Funciones relacionadas con la excreción urinaria	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
b620 Funciones urinarias																					
b630 Sensaciones asociadas con las funciones urinarias																					
b639 Funciones urinarias, otras especificadas y no especificadas																					
FUNCIONES GENITALES Y REPRODUCTORAS (b640-b679)																					
b640 Funciones sexuales																					
b650 Funciones relacionadas con la menstruación																					
b660 Funciones relacionadas con la procreación																					
b670 Sensaciones asociadas con las funciones genitales y reproductoras																					
b679 Funciones genitales y reproductoras, otras especificadas y especificadas																					
b698 Funciones genitourinarias y reproductoras, otras especificadas																					
b699 Funciones genitourinarias y reproductoras, no especificadas																					

CAPITULO 7: FUNCIONES NEUROMUSCULOESQUELETICAS Y RELACIONADAS CON EL MOVIMIENTO																					
FUNCIONES DE LAS ARTICULACIONES Y DE LOS HUESOS (b710-b729)																					
b710 Funciones relacionadas con la movilidad de las articulaciones																					
b715 Funciones relacionadas con la estabilidad de las articulaciones																					
b720 Funciones relacionadas con la movilidad de los huesos																					
b729 Funciones de las articulaciones y de los huesos, otras especificadas y no especificadas																					
FUNCIONES MUSCULARES (b730-b749)																					
b730 Funciones relacionadas con la fuerza muscular	■	■	■	■																	
b735 Funciones relacionadas con el tono muscular																					
b740 Funciones relacionadas con la resistencia muscular																					
b749 Funciones musculares, otras especificadas y no especificadas																					

CIF	CDM/RAI	PLAISIR	EVALCAD	KURTZKE	SAKONTZEN	ATP	IA	N.R.A.	BARTHEL	LAWTON	NORTON	KATZ	KARNOFSKY	CRUZ ROJA	KENNY	MIF	RUG-III	MELENEC *	AGGIR VD	AGGIR VI	AMA	*
	FUNCIONES RELACIONADAS CON EL MOVIMIENTO (b750-b779)																					
b750 Funciones relacionadas con los reflejos motores																						
b755 Funciones relacionadas con los reflejos de movimiento involuntario																						
b760 Funciones relacionadas con el control de los movimientos voluntarios																						
b765 Funciones relacionadas con los movimientos involuntarios																						
b770 Funciones relacionadas con el patrón de la marcha																						
b779 Funciones relacionadas con el movimiento, otras especificadas y no especificadas																						
b780 Sensaciones relacionadas con los músculos y las funciones del movimiento																						
b798 Funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento, otras especificadas																						
b799 Funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento, no especificadas.																						

CAPITULO 8: FUNCIONES DE LA PIEL Y ESTRUCTURAS RELACIONADAS																						
FUNCIONES DE LA PIEL (b810-b849)																						
b810 Funciones protectoras de la piel																						
b820 Funciones reparadoras de la piel																						
b830 Otras funciones de la piel																						
b840 Sensaciones relacionadas con la piel																						
b849 Funciones de la piel, otras especificadas y no especificadas																						
FUNCIONES DEL PELO Y LAS UÑAS (B850-B869)																						
b850 Funciones del pelo																						
b80 Funciones de las uñas																						
b869 Funciones del pelo y las uñas, otras especificadas y no especificadas																						
b898 Funciones de la piel y estructuras relacionadas otras especificadas																						
b899 Funciones de la piel y estructuras relacionadas, no especificadas																						

CIF	estructuras corporales	CDM/RAI	PLAISIR	EVALCAD	KURTZE	SAKONTZEN	ATP	IA	N.R.A.	BARTHEL	LAWTON	NORTON	KATZ	KARNOFSKY	CRUZ ROJA	KENNY	MIF	RUG-III	MELENEC *	AGGIR VD	AGGIR VI	AMA *
------------	-------------------------------	---------	---------	---------	--------	-----------	-----	----	--------	---------	--------	--------	------	-----------	-----------	-------	-----	---------	-----------	----------	----------	-------

CAPITULO 1: ESTRUCTURAS DEL SISTEMA NERVIOSO																						
s110 Estructura del cerebro																						
s120 Médula espinal y estructuras relacionadas																						
s130 Estructura de las meninges																						
s140 Estructura del sistema nervioso simpático																						
s150 Estructura del sistema nervioso parasimpático																						
s198 Estructura del sistema nervioso, otra especificada																						
s199 Estructura del sistema nervioso, no especificada																						

CAPITULO 2: EL OJO, EL OIDO Y ESTRUCTURAS RELACIONADAS																						
s210 Estructura de la órbita ocular																						
s220 Estructura del globo ocular																						
s230 Estructuras periféricas oculares																						
s240 Estructura del oído externo																						
s250 Estructura del oído medio																						
s260 Estructura del oído interno																						
s298 Ojo, el oído y estructuras relacionadas, otras especificadas																						
s299 Estructuras del ojo, el oído y estructuras relacionadas, no especificadas																						

CAPITULO 3: ESTRUCTURAS INVOLUCRADAS EN LA VOZ Y EL HABLA																						
s310 Estructura de la nariz																						
s320 Estructura de la boca																						
s330 Estructura de la faringe																						
s340 Estructura de la laringe																						
s398 Estructuras involucradas en la voz y el habla, otras especificadas																						
s399 Estructuras involucradas en la voz y el habla, no especificadas																						

CAPITULO 4: ESTRUCTURAS DE LOS SISTEMAS CARDIOVASCULAR, INMUNOLOGICO Y RESPIRATORIO																						
s410 Estructura del sistema cardiovascular																						
s420 Estructura del sistema inmunológico																						
s430 Estructura del sistema respiratorio																						
s498 Estructuras de los sistemas cardiovascular, inmunológico y respiratorio, otras especificadas																						
s499 Estructuras de los sistemas cardiovascular, inmunológico y respiratorio, no especificadas.																						

CAPITULO 5: ESTRUCTURAS RELACIONADAS CON LOS SISTEMAS DIGESTIVO, METABOLICO Y ENDOCRINO																						
s510 Estructuras de las glándulas salivales																						
s520 Estructura del esófago																						
s530 Estructura del estómago																						
s540 Estructura del intestino																						
s550 Estructura del páncreas																						
s560 Estructura del hígado																						
s570 Estructura de la vesícula y los conductos biliares																						
s580 Estructura de las glándulas endocrinas																						
s598 Estructuras relacionadas con los sistemas digestivo, metabólico, endocrino, otras especificadas																						
s599 Estructuras relacionadas con los sistemas digestivo, metabólico y endocrino, no especificadas																						

CIF	CDM/RAI	PLAISIR	EVALCAD	KURTZE	SAKONTZEN	ATP	IA	N.R.A.	BARTHEL	LAWTON	NORTON	KATZ	KARNOFSKY	CRUZ ROJA	KENNY	MIF	RUG-III	MELENEC *	AGGIR VD	AGGIR VI	AMA *
	CAPITULO 6: ESTRUCTURAS RELACIONADAS CON EL SISTEMA GENITOURINARIO Y EL SISTEMA REPRODUCTOR																				
s610 Estructura del sistema urinario																					
s620 Estructura del suelo pélvico																					
s630 Estructura del sistema reproductor																					
s698 Estructuras relacionadas con el sistema genitourinario y sistema reproductor, otras especificadas																					
s699 Estructuras relacionadas con el sistema genitourinario y sistema reproductor, no especificadas																					

CAPITULO 7: ESTRUCTURAS RELACIONADAS CON EL MOVIMIENTO																					
s710 Estructuras de la cabeza y de la región del cuello																					
s720 Estructura de la región del hombro																					
s730 Estructura de la extremidad superior																					
s740 Estructura de la región pélvica																					
s750 Estructura de la extremidad inferior																					
s760 Estructura del tronco																					
s770 Estructuras musculoesqueléticas relacionadas con el movimiento																					
s798 Estructuras relacionadas con el movimiento, otras especificadas																					
s799 Estructuras relacionadas con el movimiento, no especificadas																					

CAPITULO 8: PIEL Y ESTRUCTURAS RELACIONADAS																					
s810 Estructura de las áreas de la piel																					
s820 Estructura de las glándulas de la piel																					
s830 Estructura de las uñas																					
s840 Estructura del pelo																					
s898 Estructuras de la piel y estructuras relacionadas, otras especificadas																					
s899 Estructuras de la piel y estructuras relacionadas, no especificadas																					

CIF actividades y participación	CDM/RAI	PLAISIR	EVALCAD	KURTZKE	SAKONTZEN	ATP	IA	N.R.A.	BARTHEL	LAWTON	NORTON	KATZ	KARNOFSKY	CRUZ ROJA	KENNY	MIF	RUG-III	MELENEC *	AGGIR VD	AGGIR VI	AMA
	CAPITULO 1: APRENDIZAJE Y APLICACIÓN DEL CONOCIMIENTO																				
EXPERIENCIAS SENSORIALES INTENCIONADAS (d110-d129)																					
d110 Mirar	■																				■
d115 Escuchar	■																				
d120 Otras experiencias intencionadas																					
d 129 Experiencias sensoriales intencionadas, otras especificadas y no especificadas																					■
APRENDIZAJE BASICO (d130-d159)																					
d130 Copiar																					
d135 Repetir																					
d140 Aprender a leer																					
d145 Aprender a escribir																					
d150 Aprender a calcular																					
d155 Adquisición de habilidades																					
d159 Aprendizaje básico, otro especificado y no especificado																					
APLICACIÓN DEL CONOCIMIENTO (d160-d179)																					
d160 Centrar la atención																					
d163 Pensar																					
d166 Leer			■													■					
d169 Escribir			■													■					■
d172 Calcular			■													■					■
d175 Resolver problemas	■															■					
d178 Tomar decisiones	■				■	■	■														
d179 Aplicación del conocimiento, otras especificada y no especificada																					
d198 Aprendizaje y aplicación del conocimiento, otro especificado																					
d199 Aprendizaje y aplicación del conocimiento, no especificado																					
CAPITULO 2: TAREAS Y DEMANDAS GENERALES																					
d210 Llevar a cabo una única tarea			■			■	■														
d220 Llevar a cabo múltiples tareas			■			■	■														
d230 Llevar a cabo rutinas diarias			■			■	■													■	
d240 Manejo del estrés y otras demandas psicológicas																					
d298 Tareas y demandas generales, otras especificadas																					
d299 Tareas y demandas generales, no especificadas																					
CAPITULO 3: COMUNICACIÓN																					
COMUNICACIÓN - RECEPCION (d310-d329)																					
d310 Comunicación-recepción de mensajes hablados	■	■			■	■													■		■
d315 Comunicación-recepción de mensajes no verbales	■	■			■	■															
d320 Comunicación-recepción de mensajes en lenguaje de signos convencional	■	■			■	■															
d325 Comunicación-recepción de mensajes escritos																					
d329 Comunicación-recepción, otra especificada y no especificada																					
COMUNICACIÓN - PRODUCCIÓN (d330-d349)																					
d330 Hablar	■	■			■	■										■		■			■
d335 Producción de mensajes no verbales	■	■			■	■										■		■			■
d340 Producción de mensajes en lenguaje de signos convencional	■	■			■	■															
d345 Mensajes escritos	■	■			■	■															
d349 Comunicación-Producción, otra especificada y no especificada																					

CIF	CDM/RAI	PLAISIR	EVALCAD	KURTZKE	SAKONTZEN	ATP	IA	N.R.A.	BARTHEL	LAWTON	NORTON	KATZ	KARNOFSKY	CRUZ ROJA	KENNY	MIF	RUG-III	MELENEC *	AGGIR VD	AGGIR VI	AMA *
	CONVERSACION Y UTILIZACION DE APARATOS Y TECNICAS DE COMUNICACIÓN (d350-d369)																				
d350 Conversación																					
d355 Discusión																					
d360 Utilización de dispositivos y técnicas de comunicación																					
d369 Conversación y utilización de dispositivos y técnicas de comunicación, otras especificadas y no especificadas																					
d398 Comunicación, otra especificada																					
d399 Comunicación, no especificada																					

CAPITULO 4 MOVILIDAD																					
CAMBIAR Y MANTENER LA POSICION DEL CUERPO (d410-d429)																					
d410 Cambiar las posturas corporales básicas																					
d415 Mantener la posición del cuerpo																					
d420 Transferir el propio cuerpo																					
d429 Cambiar y mantener la posición del cuerpo, otra especificada y no especificada																					
LLEVAR, MOVER Y USAR OBJETOS (d430-d449)																					
d430 Levantar y llevar objetos																					
d435 Mover objetos con las extremidades inferiores																					
d440 Uso fino de la mano																					
d445 Uso de la mano y el brazo																					
d449 Llevar, mover y usar objeto, otro especificado y no especificado																					
ANDAR Y MOVESE (d450-d469)																					
d450 andar																					
d455 Desplazarse por el entorno																					
d460 Desplazarse por distintos lugares																					
d465 Desplazarse utilizando algún tipo de equipamiento																					
d469 Andar y moverse, otro especificado y no especificado																					
DESPLAZARSE UTILIZANDO MEDIOS DE TRANSPORTE (d470-d489)																					
d470 Utilización de medios de transporte																					
d475 Conducción																					
d480 Montar animales como medio de transporte																					
d489 Desplazarse utilizando medios de transporte, otro especificado y no especificado																					
d498 Movilidad, otro especificado																					
d499 Movilidad, no especificado																					

CAPITULO 5: AUTOCUIDADO																					
d510 Lavarse																					
d520 Cuidado de partes del cuerpo																					
d530 Higiene personal relacionada con los procesos de excreción																					
d540 Vestirse																					
d550 Comer																					
d560 Beber																					
d570 Cuidado de la propia salud																					
d598 Autocuidado, otro especificado																					
d599 Autocuidado, no especificado																					

CIF	CDM/RAI	PLAISIR	EVALCAD	KURTZKE	SAKONTZEN	ATP	IA	N.R.A.	BARTHEL	LAWTON	NORTON	KATZ	KARNOFSKY	CRUZ ROJA	KENNY	MIF	RUG-III	MELENEC *	AGGIR VD	AGGIR VI	AMA *
	CAPITULO 6: VIDA DOMESTICA																				
ADQUISICION DE LO NECESARIO PARA VIVIR (d610-d629)																					
d610 Adquisición de un lugar para vivir			■							■									■		■
d620 Adquisición de bienes y servicios			■							■									■		■
d629 Adquisición de lo necesario para vivir, otra especificada y no especificada																					
TAREAS DEL HOGAR (d630-d649)																					
d630 Preparar comidas			■							■									■		■
d640 Realizar quehaceres de la casa			■							■									■		■
d649 Tareas del hogar, otras especificadas y no especificadas			■																		
CUIDADO DE LOS OBJETOS DEL HOGAR Y AYUDAR A LOS DEMAS (d650-d669)																					
d650 Cuidado de los objetos del hogar										■									■		■
d660 Ayudar a los demás																			■		■
d669 Cuidado de los objetos del hogar y ayudar a los demás, otro especificado y no especificado																					
d698 Vida doméstica, otras especificadas																					
d699 Vida doméstica, no especificadas																					
CAPITULO 7: INTERACCIONES Y RELACIONES INTERPERSONALES																					
INTERACCIONES INTERPERSONALES GENERALES (d710-d729)																					
d710 Interacciones interpersonales básicas	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
d720 Interacciones interpersonales complejas																					■
d729 Interacciones interpersonales generales, especificadas y no especificadas		■																			
INTERACCIONES INTERPERSONALES PARTICULARES (d730-d779)																					
d730 Relacionarse con extraños	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
d740 Relaciones formales	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
d750 Relaciones sociales informales	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
d760 Relaciones familiares	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
d770 Relaciones íntimas			■																		■
d779 Relaciones interpersonales particulares, otras especificadas y no especificadas																					
d798 Interacciones y relaciones interpersonales, otras especificadas																					
d799 Interacciones y relaciones interpersonales, no especificadas																				■	■
CAPITULO 8: AREAS PRINCIPALES DE LA VIDA																					
EDUCACION (d810-d839)																					
d810 Educación no reglada		■	■																		
d815 Educación preescolar																					
d820 Educación escolar																					
d825 Formación profesional																					
d830 Educación superior																					
d839 Educación, otra especificada y no especificada																					

CIF	CDM/RAI	PLAISIR	EVALCAD	KURTZKE	SAKONTZEN	ATP	IA	N.R.A.	BARTHEL	LAWTON	NORTON	KATZ	KARNOFSKY	CRUZ ROJA	KENNY	MIF	RUG-III	MELENEC *	AGGIR VD	AGGIR VI	AMA	*
	TRABAJO Y EMPLEO (d840-d859)																					
d840 Aprendizaje (preparación para el trabajo)																						
d845 Conseguir, mantener y finalizar un trabajo			■										■									
d850 Trabajo remunerado																						
d855 Trabajo no remunerado			■																			
d859 Trabajo y empleo, otro especificado y no especificado																						
VIDA ECONOMICA (d860-d879) Escala																						
d860 Transacciones económicas básicas			■							■											■	
d865 Transacciones económicas complejas			■							■												
d870 Autosuficiencia económica																						
d879 Vida económica, otra especificada y no especificada																						
d898 Areas principales de la vida, otras especificadas																						
d899 Areas principales de la vida, no especificadas																						
CAPITULO 9: VIDA COMUNITARIA, SOCIAL Y CIVICA																						
d910 Vida comunitaria	■						■	■													■	■
d920 Tiempo libre y ocio	■	■	■																			■
d930 Religión y espiritualidad	■																					
d940 Derechos humanos																						
d950 Vida política y ciudadanía																						
d998 Vida comunitaria, social y cívica, otra especificada																						
d999 Vida comunitaria, social y cívica, no especificada																	■					

CIF Factores ambientales	CDM/RAI	PLAISIR	EVALCAD	KURTZKE	SAKONTZEN	ATP	IA	N.R.A.	BARTHEL	LAWTON	NORTON	KATZ	KARNOFSKY	CRUZ ROJA	KENNY	MIF	RUG-III	MELENEC *	AGGIR VD	AGGIR VI	AMA
	CAPITULO 1: PRODUCTOS Y TECNOLOGIA																				
e110 Productos o sustancias para el consumo personal																					
e115 Productos y tecnología para uso personal en la vida diaria	■	■			■	■	■				■							■	■		■
e120 Productos y tecnología para la movilidad y el transporte personal en espacios cerrados y abiertos	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
e125 Productos y tecnología para la comunicación																					
e130 Productos y tecnología para la educación																					
e140 Productos y para las actividades culturales, recreativas y deportivas																					
e145 Productos y tecnología para la práctica religiosa y la vida espiritual																					
e150 Diseño, construcción, materiales de construcción y tecnología arquitectónica para edificios de uso privado													■					■			
e160 Productos y tecnología relacionados con el uso/explotación del suelo																					
e165 Pertenencias																					
e198 Productos y tecnología, otros especificados																					
e199 Productos y tecnología, no especificados																					

CAPITULO 2: ENTORNO NATURAL Y CAMBIOS EN EL ENTORNO DERIVADOS DE LA ACTIVIDAD HUMANA																					
e210 Geografía física																					
e215 Población																					
e220 Flora y Fauna																					
e225 Clima																					
e230 Desastres naturales																					
e235 Desastres causados por el hombre																					
e240 Luz																					
e245 Cambios relacionados con el paso del tiempo																					
e250 Sonido																					
e255 Vibración																					
e260 Calidad del aire																					
e298 Entorno natural y cambios en el entorno derivados de la actividad humana, otro especificado																					
e299 Entorno natural y cambios en el entorno derivados de la actividad humana, no especificado																					

CAPITULO 3: APOYO Y RELACIONES																					
e310 Familiares cercanos																			■		
e315 Otros familiares																					
e320 Amigos																					
e325 Conocidos, compañeros, colegas, vecinos y miembros de la comunidad																					
e330 Personas en cargos de autoridad																					
e335 Personas en cargos subordinados																					
e340 Cuidadores y personal de ayuda	■	■		■	■	■	■	■	■			■			■		■	■			■
e345 Extraños	■																				
e350 Animales domésticos	■																				
e355 Profesionales de la salud	■	■																			
e360 Profesionales "relacionados con la salud"	■	■		■	■	■	■	■			■								■		
e398 Apoyo y relaciones, otros especificados																					
e399 Apoyo y relaciones, no especificados																					

CIF	CDM/RAI	PLAISIR	EVALCAD	KURTZKE	SAKONTZEN	ATP	IA	N.R.A.	BARTHEL	LAWTON	NORTON	KATZ	KARNOFSKY	CRUZ ROJA	KENNY	MIF	RUG-III	MELENEC *	AGGIR VD	AGGIR VI	AMA *
	CAPITULO 4: ACTITUDES																				
e410 Actitudes individuales de miembros de la familia cercana																					
e415 Actitudes individuales de otros familiares																					
e420 Actitudes individuales de amigos																					
e425 Actitudes individuales de conocidos, compañeros, colegas, vecinos y miembros de la comunidad																					
e430 Actitudes individuales de personas en cargos de autoridad																					
e435 Actitudes individuales de personas con cargos subordinados																					
e440 Actitudes individuales de cuidadores y personal con ayuda																					
e445 Actitudes individuales de extraños																					
e450 Actitudes individuales de profesionales de la salud																					
e455 Actitudes individuales de "profesionales relacionados con la salud"																					
e460 Actitudes sociales																					
e465 Normas, costumbres e ideologías sociales																					
e498 Actitudes, otras especificadas																					
e499 Actitudes no especificadas																					

CAPITULO 5 SERVICIOS, SISTEMAS Y POLITICAS																					
e510 Servicios, sistemas y políticas de producción de artículos de consumo																					
e515 Servicios, sistemas y políticas de arquitectura y construcción																					
e520 Servicios, sistemas y políticas de planificación de espacios abiertos																					
e525 Servicios, sistemas y políticas de vivienda																					
e530 Servicios ,sistemas y políticas de utilidad pública																					
e535 Servicios, sistemas y políticas de comunicación																					
e540 Servicios, sistemas y políticas de transporte																					
e545 Servicios, sistemas y políticas de protección civil																					
e550 Servicios, sistemas y políticas de legales																					
e555 Servicios, sistemas y políticas de asociación y organización																					
e560 Servicios, sistemas y políticas de medios de comunicación																					
e565 Servicios, sistemas y políticas económicas																					
e570 Servicios, sistemas y políticas de seguridad social																					
e575 Servicios, sistemas y políticas de apoyo social general																					
e580 Servicios, sistemas y políticas sanitarias																					
e585 Servicios, sistemas y políticas de educación y formación																					
e590 Servicios, sistemas y políticas laborales de empleo																					
e595 Servicios, sistemas y políticas de gobierno																					
e598 Servicios, sistemas y políticas, otros especificados																					
e599 Servicios, sistemas y políticas, no especificadas																					

NOTA: Los sistemas de valoración de las tablas AMA y el MELENEC superan con mucho lam era valoración de las situaciones de dependencia, aunque también lo hacen, por lo que se han incluido en este estudio. Se han presentado en color más claro los ítems no relacionados estrictamente con los baremos de actividades de vida diaria que proponen.

3. Escalas y baremos de valoración de la dependencia/autonomía utilizadas

A continuación enumero las veintiún escalas y baremos utilizadas con un pequeño resumen explicativo sobre las mismas.

La gran mayoría son usadas para valorar en diversos estamentos socio-sanitarios el nivel de Dependencia “general” de la persona. Hay dos excepciones significativas, el Índice de Lawton y las variables ilustrativas de la escala AGGIR, que hacen referencia básicamente a actividades de la vida doméstica y de la vida económica. Si bien estas dos escalas normalmente se usan como complementarias de las de dependencia general, del Índice de Barthel y de las variables discriminantes del AGGIR, respectivamente, se han estudiado independientemente

Entre paréntesis se hace referencia a la especialidad o el uso que más corrientemente se les da, a continuación los parámetros claves en los que se basan y por último el tipo de escala numérica utilizada:

1. **Conjunto Mínimo de Datos (CMD) del RAI** (recursos asistenciales, geriatría); Proporciona una serie de datos, sobre los problemas más frecuentes y la evaluación de la capacidad funcional de los residentes y que pretende ser útil tanto para la gestión como para determinar los objetivos asistenciales diarios. El número de ítems es numeroso, aproximándose al centenar, agrupados en 11 secciones, recogiendo datos de diverso tipo, si bien el grueso de los ítems, hace referencia a las dificultades para realizar diversas actividades. Sucesivas revisiones van centrando el problema en los apartados de patrones cognitivos y “funcionamiento físico”, acotando dentro de este apartado (Sección E. Funcionamiento físico y problemas estructurales) ocho de estas actividades como “ actividades de vida diaria”(AVD) (3 de movilidad: movilidad en cama, traslados y deambulación; y 5 de autocuidado: vestirse, comer y beber, usar el aseo, higiene personal y baño). Gradúa la dependencia en cinco grupos: Independientes; Supervisión; Ayuda limitada; Ayuda ampliada y dependencia total:
2. **Metodo PLAISIR**. (Financiación de personas dependientes en hospitales de larga estancia). Sistema informatizado para la medición individualizada de los cuidados de enfermería requeridos por una persona en hospitales de larga estancia. Se realiza una estimación “teórica” de la carga de trabajo mediante un sistema de puntos, asignándole a cada punto un tiempo determinado. Recoge diez apartados sobre los que se centran los cuidados. Los seis primeros hacen una mayor referencia a problemas de funcionamiento/discapacidad, que denomina cuidados “básicos” (comer y beber, eliminación,

higiene corporal y cuidado de las partes del cuerpo, movilización, y comunicación) y los otros cinco a cuidados más específicos de enfermería que, denomina cuidados técnicos (terapéutica respiratoria, terapéutica por perfusión, terapéuticas especializadas, toma de medicamentos y medidas diagnósticas). Sobre estos diez grupos, compuestos por un centenar de ítems, se pueden distinguir en total unas 180 intervenciones, que a su vez pueden ser modificadas por cinco parámetros que gradúan la ayuda prestada.

3. **Escala de Evaluación de la Capacidad Adaptativa (EVALCAD)** (Centros de atención a Personas con deficiencias de funciones mentales). Recoge 40 apartados, divididos en tres grandes grupos; el primero (20 apartados) de autonomía personal; el segundo (11 apartados) de aspectos académicos; y el tercer grupo (9 apartados) a aspectos de comportamiento social. Cada apartado se subdivide en varios ítems, dando lugar de aproximadamente 200. Graduándose estos, a su vez, en tres niveles de gravedad de capacidad de realización y en otros tres niveles de "uso" real de dicha capacidad
4. **Escala de estado de disfunción Ampliada de Kurtzke (EEDA)** (neurología); Recoge un grupo 7 funciones corporales (denominados sistemas funcionales) de entre las neuromusculoesqueléticas, sensoriales y continencia, graduándolas de 0 a 9, según su gravedad, y posteriormente las combina con actividades de movilidad (andar independiente y con ayudas técnicas, desplazamiento con silla de ruedas manual o con motor, transferencias, uso de las manos y brazos, permanecer acostado) y actividades "cotidianas" (que no especifica), funciones de "de cuidado personal" (que no especifica) comunicarse y comer/tragar. Obteniéndose finalmente una escala de gravedad de 0 (normal) a 9.5 (totalmente "desvalido"). En conjunto se manejan unos 36 apartados
5. **Escala de Kuntzman/Sakontzen** (ingresos en residencias de media/larga estancia geriátricas de Gipuzkoa) Recoge un total de 9 grupos, que a su vez se gradúan en tres niveles: Por un lado 3 sobre la necesidad de ayuda para las actividades de cuidado personal: alimentación, lavado, vestido. Otro también de autocuidado, actividades relacionadas con la higiene relacionada con la excreción (que no se incluyen dentro del anterior). Un tercer grupo de actividades de movilidad (marcha independiente o con ayuda técnica o personal, desplazamiento en silla de ruedas, y transferencias. Un cuarto grupo de cuidados de salud (médicos, de enfermería y de rehabilitación). Y finalmente un quinto grupo que hace referencia a las dificultades en actividades de comunicación, de relación y de conducta por presentar trastornos mentales. En total se estudian unos 14 ítems. Estos grupos, en un segundo tiempo, se gradúan de 0 a 2 puntos según

una escala jerárquica previa, obteniéndose una escala final de 0 (independiente) a 10 puntos (dependencia máxima). En Gipuzkoa se considera "dependiente" a la persona que obtenga 4 o más puntos en esta escala.

6. **Baremo de necesidad de ayuda de tercera persona/ATP** (Condición legal de persona con discapacidad y dependiente en el Estado Español/ingresos residenciales); Recoge unos 40 ítems distribuidos en 5 grupos de actividades: 1. De autocuidado (vestido, lavado higiene de las partes del cuerpo, higiene de la excreción, comer, beber y cuidado de la propia salud); 2. De movilidad (marcha y desplazamientos ,con ayudas técnicas o personales, cambiar y mantener la posición del cuerpo, mover y usar objetos); 3. De comunicación; 4. De interrelaciones personales; 5. De tareas generales y un 6º grupo de necesidad de ayudas personales o técnicas especiales. Se gradúa cada actividad como si puede o no puede, con una puntuación preestablecida, obteniéndose una escala de 0 a 72 puntos. Se considera oficialmente como "dependiente" a la persona que obtenga 15 o más puntos en esta escala.

7. **Indicador de autonomía de la Diputación Foral de Gipuzkoa (IA)** (utilizado adecuar la financiación/ratios para personas con discapacidad orientadas a servicios residenciales)Se trata de una modificación del baremo de ATP, en el cual se reagrupan los 40 ítems anteriores en 15, que a su vez se subdividen en cuatro grupos: 1. Movilidad (andar ,escalones, agarrar, equilibrio, uso de dos bastones, uso de silla de ruedas); 2. Desplazamiento(por cualquier entorno, en transporte publico) ; 3. Cuidado de sí mismo (alimentación, aseo personal, uso de retrete y control esfínteres, vestido, movilidad en la cama, cuidados especiales, uso de dispositivos domésticos); 4. Adaptación Personal y Social (comunicación, convivencia, relaciones sociales, autoprotección, conducta social, autosuficiencia psíquica). Cada ítem se valora en cuatro niveles el 1º como autónomo con 0 puntos y la necesidad de ayuda en tres grados leve, moderada y grave, con 1,2 y 3 puntos respectivamente. Se suman los puntos de cada grupo por separado y se obtienen cuatro niveles de autonomía/dependencia en cada uno de los cuatro grupos (autónomo, dependiente leve, dependiente moderado y dependiente grave). Tiene como característica que se puede representar en forma gráfica a modo de perfil de autonomía.

8. **Baremo de Necesidad de Residencia** de la Diputación Foral de Alava (ingresos residenciales). Hace referencia a tres grupos de "factores médicos"(en un total de 22 apartados). Un primer grupo en el que se recogen 5 apartados referentes a la necesidad de cuidados /ayuda personales y técnicas relacionados con patologías crónicas denomi-

nado "valoración médica"; un segundo grupo de 12 apartados sobre actividades denominados de "incapacidad física"; y 6 apartados referentes a diagnósticos de patología neurológico/psiquiátrica denominado de "incapacidad psíquica". Los grupos se valoran el primero con 30, 35 y 35 puntos respectivamente siendo el total máximo de 100.

9. **Índice de Barthel o AVD básicas** (rehabilitación, geriatría, ingresos residenciales); Recoge 10 apartados, 8 grupos de actividades (alimentación, lavado, vestirse, aseo personal, uso de retrete, transferencias del cuerpo, deambulación y dificultad para subir y bajar escaleras) y dos funciones corporales deposición y micción. La escala varía entre 100 (independiente) y 0 (dependencia máxima)
10. **Índice de Lawton o AVD instrumentales** (rehabilitación, geriatría, ingresos residenciales); Se ha querido usar para completar las actividades "básicas" que recoge el Índice de Barthel. Recoge 8 grupos de actividades para la mujer (uso de teléfono, compras, preparación de comida, trabajos domésticos, lavado de ropa, transporte, control de su medicación y capacidad de encargarse de sus finanzas) en el hombre solo se reconocen 5 grupos, ya que en el hombre no se recogen los grupos: prepara comida, realiza trabajos domésticos, ni lava la ropa. Cada grupo se subdivide en 4 o 5 ítems según la gravedad. La puntuación oscila de 8 a 0 en mujeres y de 5 a 0 en hombres
11. **Índice de Norton** (medicina interna/oncología); Se emplea a nivel hospitalario para clasificar los pacientes en tres grupos de necesidad de ayuda (mínimos, medios y máximos). Se tienen en cuenta 9 ítems (Nutrición, higiene, locomoción, eliminación, relación, oxigenación, otros aparatos especiales, medicación y curas) cada ítem se valora de 1 a 3 obteniéndose pues puntuaciones de 9 a 27.
12. **Índice de Katz** (rehabilitación, geriatra); Recoge 6 apartados; 5 grupos de actividades (baño, vestido, uso del retrete, transferencias y alimentación) y la función corporal continencia, dando la posibilidad de añadir "otro" no especificado. Realizando una graduación en 8 niveles desde el "A" (mínima independencia) al "G" (máxima dependencia). Se especifica claramente que el nivel mínimo no es de "independencia" sino de dependencia ligera.
13. **Índice de Karnofsky** (hematología/oncología); Se emplea a nivel hospitalario y valora la evolución desde la capacidad para desarrollar una actividad normal o un trabajo activo, pasando por la graduación de ayuda para "cubrir sus necesidades" a llegar a estar totalmente incapacitado y hospitalizado con cuidados especiales. Se gradúa de 100 a 0, en 10 grupos, según su mayor grado de dependencia.

- 14. Escala de incapacidad de la Cruz Roja** (ingresos residenciales); Recoge de forma global 2 grupos de actividades (la marcha y los “actos de la vida diaria”), la función corporal continencia y la necesidad de cuidados de enfermería, graduándolos en 6 niveles de 0 (independiente) a 5 (máxima dependencia)
- 15. Índice de Kenny** (rehabilitación,); Recoge 6 grupos, que estudian 17 actividades 8 de movilidad (Transferencia del cuerpo mientras se está acostado, mientras se esta sentado, permanecer sentado, permanecer de pie, andar, trepar escaleras y desplazarse utilizando silla de ruedas) y 9 de autocuidado (vestirse ropa, calzado, lavarse partes individuales del cuerpo, cuidado de partes del cuerpo, higiene relacionada con la excreción y alimentación). Cada grupo se gradúa de 0 a 4 según la dificultad para realizar dicha actividad (0 independiente, 4 dependiente total), obteniéndose finalmente una escala que oscila entre 0 (independiente y 24 máxima dependencia).
- 16. Medida de la Independencia funcional (MIF) (FIM)** (rehabilitación). Consiste en 18 ítems divididos en seis categorías, que se denominan de cuidado personal, control de esfínteres, movilidad, locomoción, comunicación y cognición social. Cada ítem puede evaluarse en siete niveles de 1 a 7 de acuerdo con el nivel de ayuda, de tal forma que el resultado final total puede registrarse entre 18 a 126. A partir de esta se ha desarrollado el FAM (Medida de Evaluación Funcional) que amplía los ítems relacionados con los problemas cognitivos y psicosociales.
- 17. Índice AVD del Grupos de Utilización de Recursos /RUG-III** (recursos asistenciales en centros media/larga estancia; rehabilitación) El objetivo es conseguir grupos de personas residentes en centros de media y larga estancia con demandas asistenciales similares. Diferencia siete categorías que pueden generar un total de 44 grupos distintos de usuarios. Diferencia dos grandes grupos: I.- Índice de AVD: en el cual considera 4 actividades como “actividades de vida diaria” (Movilización en cama, uso del retrete, transferencias y alimentación) y las puntúa según la necesidad de ayuda, en cuatro niveles, dando valores de entre un mínimo de 4 puntos y un máximo de 18 puntos. II.- Clasificación Clínica: En la que se tienen en cuenta 7 subgrupos de problemas médicos o clasificación clínica (Rehabilitación, Cuidados intensivos, cuidados especiales, deterioro cognitivo, alteraciones de conducta y funciones físicas reducidas).
- 18. Perfil de autonomía (Ayuda de tercera persona) Mélenec.** (Método de valoración de deficiencias, discapacidades y daño personal utilizado en el Estado Francés). Si bien es un método orientado, fundamentalmente, para valorar problemas de estructura y función corpo-

ral, también propone una tabla de valoración de la dependencia. Recoge un total de 30 actividades divididas en dos grupos. I. Autonomía física para: 1. Actividades “esenciales de la vida cotidiana”(12); 2. Actividades domésticas(6); 3. Desplazamientos(6) y II. Autonomía intelectual (6). Y los clasifica finalmente en función de si necesita ayuda en las actividades esenciales en uno, varios, la mitad, la mayoría o la totalidad de los mismos; También valora si haciéndolo, necesita de estímulo o vigilancia; y por último el número de horas diarias o semanales que requiere ayuda.

19. **Variables discriminantes de la escala del AGGIR/Grupos de Isorrecurso de Autonomía Geriátrica** (sistema oficial de valoración de la dependencia en el estado Francés) Permite clasificar a las personas en cinco grupos en función de su nivel de dependencia, (extremadamente, muy fuertemente, fuertemente, moderadamente y débilmente dependientes). Para ello recoge 10 grupos de “actos esenciales de la vida” (cuatro de autocuidado: lavarse, vestirse, comer y excreción; tres de movilidad: Transferencias, desplazarse por el interior y desplazarse por el exterior; una de relaciones interpersonales: coherencia en la conversación y el comportamiento; otra de comunicación: comunicación a distancia mediante aparatos, y una última que hace referencia a la función mental orientación) que se valoran en tres niveles de gravedad cada uno y mediante una combinación de estos conforman los grupos de dependencia.
20. **Variables ilustrativas de la escala del AGGIR/Grupos de Isorrecurso de Autonomía Geriátrica** (sistema oficial de valoración de la dependencia en el estado Francés) Sirven para describir otras áreas en las que se puede dar dependencia pero que no se consideran tan “esenciales” como los anteriores. Constituyen siete grupos (tres de actividades de la vida doméstica: Preparar comidas, tareas domésticas y adquisición de lo necesario para vivir; una de movilidad: Desplazarse utilizando medios de transporte; una de autocuidado: seguimiento del tratamiento; otra de áreas principales de la vida: gestiones y transacciones económicas básicas; y una última de vida comunitaria y social: actividades de tiempo libre.
21. **Guías para la Evaluación de las Deficiencias Permanentes de la American Medical Association (AMA)** (Valoración del grado de la deficiencia corporal en Personas con discapacidad) A pesar de que, como su nombre indica, las Guías AMA tratan de graduar las deficiencias de las estructuras y funciones corporales, también reconocen como objetivo, entre otros, el de representar una estimación del grado en que ha disminuido la capacidad del sujeto para realizar las actividades de la vida diaria. Divide estas en 9 grupos: de

Autocuidado o higiene personal; de Comunicación; de Actividad física intrínseca y funcional; de Función sensorial; de Funciones de las manos; de Transporte; de Función sexual; de Sueño; y por último de Actividades Sociales y ocio. De esta forma las Guías AMA, ocasionalmente, usan la afectación en la capacidad para la realización de las actividades de la vida diaria, para calcular el grado de deficiencia en problemas de difícil objetivación y/o medición, como pueden ser el caso de enfermedades degenerativas del sistema nervioso.

Anexo II

Estudio practico de aplicabilidad del índice de BARTHEL a la clasificacion internacional de funcionamiento y discapacidad (CIF)

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL I. BARTHEL

El **Índice de Barthel** o de **Actividades de vida diaria (AVD) básicas** o también llamado de **Valoración funcional**, es una de las escalas más extendidas para valorar el grado de dependencia y usada fundamentalmente en rehabilitación, geriatría e ingresos residenciales.

Recoge **10 apartados**:

- Ocho apartados se corresponden con 11 actividades distintas (ya que desplazarse en silla de ruedas y andar se incluyen en el mismo grupo, lo mismo ocurre con aseo personal y lavarse partes del cuerpo y con comer/beber en alimentación): 7 de autocuidado: **alimentación (comer/beber), lavado cuerpo entero, vestirse, aseo personal/lavado partes cuerpo, uso de retrete**) y 4 de movilidad: **trasferencias del cuerpo, deambulaci3n/desplazamiento en silla y dificultad para subir y bajar escaleras**)
- Dos apartados se corresponden con dos funciones corporales: **deposici3n y micci3n**.

En general recoge cuatro niveles de gravedad

1. El **primer nivel**, recoge aquellas situaciones en las cuales la persona tiene la suficiente capacidad de para realizar las actividades anteriormente mencionadas de forma independiente, incluido el uso de ayudas t3cnicas, pr3tesis o dispositivos externos.
2. En el **segundo nivel**, recoge situaciones en las que la persona requiere de alguna ayuda, pero la persona debe poder hacer por lo menos el 50% de la actividad.
3. El **tercer nivel**, recoge situaciones en las que la persona requiere mucha ayuda.
4. El **cuarto nivel** recoge la incapacidad total o en todo caso una gran ayuda para realizar la actividad

Estos cuatro niveles de gravedad se redistribuyen seg3n los 10 apartados de actividades de tal forma que en algunas se comprimen en tres niveles y en otros en dos.

Se asigna un valor de 0 puntos para la dependencia m3xima y un valor de 5 a 15 para los otros niveles de gravedad, seg3n la actividad de la que se trate.

La escala var3a entre 100 (independiente) y 0 (dependencia m3xima)

2. ADAPTACION DEL I. BARTHEL A LA CIF

2.1 Graduación de la Dependencia

Si tomamos como referencia la escala de los calificadores de gravedad de las CIF:

.0	NO hay problema	(ninguno ausente, insignificante...)	0-4%
.1	Problema LIGERO	(poco, escaso.....)	5-24%
.2	Problema MODERADO	(medio, regular...)	25-49%
.3	Problema GRAVE	(mucho, extremo...)	50-95%
.4	Problema COMPLETO	(total)	96-100%

No nos costaría mucho hacer una primera escala de equivalencia:

- **Primer nivel** de gravedad del I. Barthel con calificador de la CIF **.0 y .1**
- **Segundo nivel** de gravedad del I. Barthel con calificador de la CIF **.1 y .2**
- **Tercer nivel** de gravedad del I. Barthel con calificador de la CIF **.3**
- **Cuarto nivel** de gravedad del I. Barthel con calificador de la CIF **.3 y .4**

2.2 Valores numéricos parciales

También podríamos aproximarnos a una equivalencia en los valores numéricos parciales asignados:

- La independencia estaría expresada por el I. De Barthel por 10 - 15 puntos y en las CIF se expresaría por 0 puntos (o por porcentajes de hasta el 4%)
- La necesidad de alguna ayuda estaría expresada por el I. De Barthel por 5-10 puntos y en las CIF se expresaría por 1 o 2 puntos (porcentajes de 5 al 49%)
- La dependencia muy importante se expresaría en el I. De Barthel por 0-5 y en las CIF se expresaría por 3 puntos (porcentajes del 50 al 96%)
- La dependencia total se expresaría en el I. De Barthel por 0 y en las CIF se expresaría por 4 puntos (porcentajes del 96% al 100%)

2.3 Valores numéricos totales

En cuanto a los valores numéricos totales la equivalencia sería más sencilla: Si el I. Barthel asigna 100 puntos a la dependencia mínima y 0 puntos a la dependencia máxima. En los 10 los ítems equivalentes de las CIF que

tendremos en cuenta, y valoraremos de 0 a 4 puntos cada uno, obtendremos unos valores totales de dependencia mínima 0 y máxima 40.

Esto traspasado a la tabla de niveles de gravedad de la CIF nos daría lo siguiente:

	CIF	I. BARTHEL	CIF
.0 NO hay problema(ninguno ausente, insign.)	(0-4%)	100 - 96	0-1
.1 Problema LIGERO(poco, escaso)	(5-24%)	95-76	2-10
.2 Problema MODERADO(medio, regular)	(25-49%)	75-51	11-19
.3 Problema GRAVE(mucho, extremo)	(50-95%)	50-5	20-38
.4 Problema COMPLETO(total)	(96-100%)	4-0	39-40

2.4 Las definiciones:

No existen importantes dificultades para adaptar las definiciones propuestas en el texto del I. Barthel, con las que propone la CIF, existiendo algunas dudas en algunos apartados y en concreto:

En el **aseo personal** que el I. Barthel incluye el lavado de partes del cuerpo y el arreglarse y la CIF diferencia como dos ítems separados.

En el caso del **desplazamiento en distancias cortas** (50 metros) el I. Barthel incluye caminar y desplazarse en silla de ruedas en el mismo apartado y la CIF diferencia en actividades diferenciadas.

También en el caso de **alimentación** no se especifica si se trata de la actividad de comer o la de beber, que la CIF diferencia por separado.

Sería necesario aumentar de 10 a 13 ítems para adaptar correctamente el I. Barthel a la CIF.

2.5 Grupos de actividades:

Se puede ver claramente que lo que el I. Barthel denomina **AVD actividades básicas de la vida diaria** esta formado tomando como referencia la terminología de la CIF por:

- Las seis primeras actividades de autocuidado: Lavarse, Cuidado de las partes del cuerpo, Higiene personal relacionada con los procesos de excreción, vestirse y comer/beber (faltaría cuidado de la propia salud).
- Por cuatro actividades de movilidad: Transferir el propio cuerpo, andar distancias cortas, desplazarse utilizando algún equipamiento y trepar.
- Por dos funciones corporales: Continencia fecal y continencia urinaria

3. MODELO DE INDICE DE BARTHEL ADAPTADO A LA CIF

INDICE DE BARTHEL (Actividades básicas de la vida diaria o valoración funcional)

(entre paréntesis la adaptación a la CODIFICACIÓN CIF)

ALIMENTACION		(d550 Comer) (d560 Beber)
10	INDEPENDIENTE (.0)	Capaz de usar cualquier instrumento y las ayudas técnicas cuando sean necesarias. Come en tiempo razonable.
5	NECESITA AYUDA (.1 .2 .3)	Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla,
0	DEPENDIENTE (.4)	Necesita ser alimentado.
BAÑO		(d5100 Lavar todo el cuerpo)
5	INDEPENDIENTE (.0)	Capaz de ejecutar todos los pasos necesarios para bañarse o ducharse sin la ayuda de otra persona.
0	DEPENDIENTE (.1 .2 .3 .4)	Necesita alguna ayuda.
VESTIRSE		(d540 vestirse)
10	INDEPENDIENTE (.0)	Se viste, desnuda y ajusta la ropa. Se ata zapatos. Se pone braguero
5	NECESITA AYUDA (.1 .2)	Realiza al menos la mitad de las labores en un tiempo razonable.
0	DEPENDIENTE (.3 .4)	Realiza menos de la mitad de las labores o emplea tiempo desmesurado.
ARREGLARSE (ASEO PERSONAL)		(d520 Cuidado de partes del cuerpo) (d5100 Lavar partes individuales del cuerpo)
5	INDEPENDIENTE (.0)	Realiza todas las actividades personales: se lava las manos y cara, los dientes, afeitarse, maquillarse, etc.
0	DEPENDIENTE (.1 .2 .3 .4)	Necesita alguna ayuda.
DEPOSICION		(b5253 Continencia fecal)
10	CONTINENTE/ NINGUN ACCIDENTE (.0)	No presenta episodios de incontinencia.
5	INCONTINENTE/ACCIDENTE OCASIONAL (.1 .2)	
0	INCONTINENTE (.3 .4)	

MICCIÓN	(b6202 Continencia urinaria)
10 CONTINENTE/NINGUN ACCIDENTE (.0)	No presenta episodios de incontinencia.
5 INCONTINENTE/ACCIDENTE OCASIONAL (.1 .2)	Episodios ocasionales de incontinencia.
0 INCONTINENTE (.3 .4)	
USO DE RETRETE	(d530 Higiene personal relacionada con los procesos de excreción)
10 INDEPENDIENTE (.0)	Usa el retrete, bacinilla o cuña. Se sienta y levanta se limpia y viste
5 NECESITA AYUDA (.1 .2)	Para mantener el equilibrio, limpiarse o ponerse y quitarse la ropa
0 DEPENDIENTE (.3 .4)	Incapaz de manejarse sin gran ayuda.
TRASLADO SILLON/CAMA	(d420 Transferir el propio cuerpo)
15 INDEPEDIENTE (.0)	No necesita ninguna ayuda. Si usa silla de ruedas es independiente.
10 MINIMA AYUDA (.1)	Supervisión verbal y pequeña ayuda física.
5 GRAN AYUDA (.2 .3)	Capaz de sentarse, pero necesita mucha asistencia para el traslado.
0 DEPENDIENTE (.4)	Incapaz de permanecer sentado. Necesita la ayuda de dos personas en las trasferencias.
DEAMBULACION DESPLAZAMIENTO	(d4500 Andar distancias cortas) (d465 Desplazarse utilizando algún tipo de equipamiento)
15 INDEPENDIENTE (.0)	Puede caminar independientemente al menos 50 m. Aunque se ayude
10 NECESITA AYUDA (.1 .2 .3)	Puede caminar al menos 50 m., pero con supervisión o ayuda.
5 INDEPENDIENTE EN SILLA DE RUEDAS. (.0 .1 .2 .3)	Propulsa su silla al menos 50m.
0 DEPENDIENTE/INMOVIL (.4)	Incluye ser desplazado por otro.
ESCALONES	(d4551 Trepas)
10 INDEPENDIENTE (.0)	Capaz de subir y bajar escaleras sin ayuda personal o supervisión
5 NECESITA AYUDA (.1 .2 .3)	Necesita ayuda física o supervisión.
0 DEPENDIENTE/INCAPAZ (.4)	Necesita alzamiento (ascensor) o no puede salvar escalones.

4 APLICACIÓN DE CASOS PRACTICOS DE EQUIVALENCIA DEL I. BARTHEL Y LA ESCALA CIF

Se toman como ejemplos cinco de entre los 25 "resúmenes de Casos Tipo" que se propusieron en los Estudios de Campo del Borrador Beta-2 de la CIDDM en el estudio de Fiabilidad y Validez, que mayor grado de dependencia presentan, y en concreto los casos 11, 13, 20, 23 y 24.

4.1 Ejemplo 1 (Caso 13)

Simón es un niño de 12 años que vive con sus padres y con sus hermanos en una casa en las afueras de Tel Aviv. Tuvo una lesión en la columna vertebral y tiene las piernas paralizadas. Su movilidad está limitada porque no puede utilizar las piernas y depende de su silla de ruedas para desplazarse. Sus padres han reformado la casa para que Simón pueda moverse dentro de ella sin dificultades. También han instalado un pequeño ascensor para que pueda subir y bajar. El problema surge cuando quiere salir de su casa. Tanto la infraestructura como los edificios han sido construidos sin tener en cuenta los problemas de acceso de las personas con discapacidades y es muy difícil ir a cualquier sitio. Si utiliza el transporte público necesita asistencia personal.

Simón necesita ayuda para bañarse y ponerse la ropa en la parte inferior de su cuerpo. También tiene incontinencia urinaria y fecal, y utiliza pañales. Esto supone un gran problema para Simón porque le parece que es desagradable y que huele mal. Puede cambiarse los pañales e ir al lavabo por sí mismo, pero piensa que es anormal y por este motivo no pasa tiempo con sus amigos. Se está aislando de la gente de su misma edad.

Como apenas sale, pasa la mayor parte del tiempo en casa y lo dedica a navegar por Internet. No realiza ninguna actividad que implique mover el cuerpo y le gusta mucho comer caramelos y helados, lo que le ha llevado a tener sobrepeso. También tiene llagas por presión en los pies y en las nalgas.

Simón no va bien en el colegio y sus notas están bajando. No juega con nadie y casi siempre está solo. Está ejercitando y fortaleciendo sus brazos para poder participar en algún juego o deporte, pero sus compañeros de clase no quieren que participe porque les molesta la silla de ruedas.

PUNTUACIÓN I. BARTHEL	APARTADOS DEL I. BARTHEL ADAPTADO A LOS CÓDIGOS CIF	CALIFICADORES DE GRAVEDAD DE LA CIF(*)
ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO		
0	d5100 Lavar todo el cuerpo	4
-	d5101 Lavar partes individuales del cuerpo (**)	0
5	d520 Cuidado de partes del cuerpo (**)	0
5	d540 Vestirse	2
10	d550 Comer / d560 beber (**)	0
10	d530 Higiene personal en procesos de excreción	0
ACTIVIDADES DE MOVILIDAD		
15	d420 Transferir el propio cuerpo	0
-	d4500 Andar distancias cortas (**)	(4)
5	d465 Desplazarse utilizando algún equipamiento	2
5	d4551 Trepas	3
FUNCIONES DE LOS SISTEMAS DIGESTIVO, METABOLICO Y ENDOCRINO		
0	b5253 Continencia fecal	4
FUNCIONES GENITOURINARIAS Y REPRODUCTORAS		
0	b6202 Continencia urinaria	4
TOTAL = 55		TOTAL = 19

(*) ASIGNACION DE VALORES NUMÉRICOS A LOS CALIFICADORES DE GRAVEDAD SEGÚN CRITERIOS DE LAS CIF. ADAPTACION A VALORES NUMÉRICOS GLOBALES DEL I. BARTHEL (Mínima dependencia 100 puntos, máxima dependencia 0 puntos) A LOS 10 ITEMS DE LA CIF CORESPONDIENTES (10x4 = 40 Máxima dependencia, 10x0 = 0 Mínima dependencia)

(**) En los dos casos que se puntúan los ítems duplicados d5101/d520, d4500/d465 y d550/d560 sólo se valora uno de ellos.

Equivalencia	CIF	BARTHEL
.0 NO hay problema (ninguno ausente, insig.)(0-4%)	100-96	0-1
.1 Problema LIGERO(poco, escaso) (5-24%)	95-76	2-10
.2 Problema MODERADO(medio, regular) (25-49%)	75-51	11-19
.3 Problema GRAVE(mucho, extremo) (50-95%)	50-5	20- 38
.4 Problema COMPLETO(total) (96-100%)	4-0	39-40

RESULTADO: Los 55 puntos del I. Barthel se corresponden con el 45% del máximo de dependencia posible asignado por el I. Barthel.

La suma de los puntos asignados según la tabla de calificadores de gravedad de la CIF, de 19 suman el 47% del máximo de dependencia posible.

Según ambos valores el grado de dependencia, para las actividades concretas estudiadas, podría ser calificado (según los criterios de la CIF) como DEPENDENCIA DE GRADO MODERADO.

4.2. Ejemplo 2 (Caso 23)

Isabel es una mujer de 80 años que vive en Londres. Vive en su propio apartamento en una residencia protegida, lo que implica que un cuidador le visita varias veces al día. Sus dos hijos también le visitan con frecuencia. Era ama de casa y vivía con su marido hasta que falleció.

Tiene artritis, glaucoma y cataratas. No puede realizar sus tareas personales o diarias sin ayuda. El personal de los servicios sociales va a su apartamento un par de veces al día para ayudarla a bañarse y a vestirse. Ella no puede hacer ningún trabajo doméstico.

Isabel se cae con frecuencia, camina con dificultad y utiliza un andador /caminador. Cuando se cae, no es capaz de levantarse y por esto se le ha proporcionado un reloj alarma para que pueda pedir ayuda al cuidador. El cuidador le tiene aprecio y cuida bien de ella.

Es alegre y conversadora, y consigue mantenerse ocupada escuchando la radio y cuidando de sus plantas. También habla mucho por teléfono con sus viejos amigos y su familia. Isabel ha hecho nuevos amigos en el lugar donde vive y se ven con frecuencia.

No puede prepararse las comidas, pero en la residencia existe una comedor donde todos los residentes comen juntos. A Isabel le gusta mucho comer allí y hablar con los demás. También asiste a la pequeña capilla de la residencia cuando viene el sacerdote.

Vivir en una residencia protegida resulta caro, pero Isabel se lo puede permitir con la ayuda de los servicios sociales a la tercera edad y con sus ahorros.

PUNTUACIÓN I. BARTHEL	APARTADOS DEL I. BARTHEL ADAPTADO A LOS CÓDIGOS CIF	CALIFICADORES DE GRAVEDAD DE LA CIF(*)
ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO		
0	d5100 Lavar todo el cuerpo	3
-	d5101 Lavar partes individuales del cuerpo	0
5	d520 Cuidado de partes del cuerpo **	0
0	d540 Vestirse	3
10	d550 Comer / d560 beber **	0
10	d530 Higiene personal en procesos de excreción	0
ACTIVIDADES DE MOVILIDAD		
10	d420 Transferir el propio cuerpo	1
10	d4500 Andar distancias cortas	3
-	d465 Desplazarse utilizando algún equipamiento **	(2)
5	d455 Trepas	3
FUNCIONES DE LOS SISTEMAS DIGESTIVO, METABOLICO Y ENDOCRINO		
10	b5253 Continencia fecal	0
FUNCIONES GENITOURINARIAS Y REPRODUCTORAS		
10	b6202 Continencia urinaria	0
TOTAL = 70		TOTAL = 13

(*) ASIGNACION DE VALORES NUMÉRICOS A LOS CALIFICADORES DE GRAVEDAD SEGÚN CRITERIOS DE LAS CIF. ADAPTACION A VALORES NUMÉRICOS GLOBALES DEL I. BARTHEL (Mínima dependencia 100 puntos, máxima dependencia 0 puntos) A LOS 10 ITEMS DE LA CIF CORRESPONDIENTES (10x4 = 40 Máxima dependencia, 10x0 = 0 Mínima dependencia)

(**) En los dos casos que se puntúan los ítems duplicados d5101/d520, d4500/d465 y d550/d560 sólo se valora uno de ellos.

Equivalencia	CIF	BARTHEL
.0 NO hay problema (ninguno ausente, insig.)(0-4%)	100-96	0-1
.1 Problema LIGERO(poco, escaso) (5-24%)	95-76	2-10
.2 Problema MODERADO(medio, regular) (25-49%)	75-51	11-19
.3 Problema GRAVE(mucho, extremo) (50-95%)	50-5	20- 38
.4 Problema COMPLETO(total) (96-100%)	4-0	39-40

RESULTADO: Los 70 puntos del I. Barthel se corresponden con el 30% del máximo de dependencia posible asignado por el I. Barthel.

La suma de los puntos asignados según la tabla de calificadores de gravedad de la CIF, de 13 suman el 32% del máximo de dependencia posible.

Según ambos valores el grado de dependencia, para las actividades concretas estudiadas, podría ser calificado (según los criterios de la CIF) como DEPENDENCIA DE GRADO MODERADO.

4.3. Ejemplo 3 (Caso 20)

Julio es un hombre de 20 años que vive en un pueblo de Etiopía. Vive con su familia compuesta por sus padres y 5 hermanos. La familia posee una pequeña casa y son granjeros. Dos de su hermanos han recibido una educación superior y se han trasladado a una ciudad más grande para encontrar un trabajo mejor.

Es ciego desde los seis años, pero no tiene ningún otro problema físico. Sin embargo, la ceguera le causa muchas dificultades. Se acuerda de cuando podía ver, pero nunca ha ido al colegio. Por lo tanto, no aprendió a leer, a escribir o a calcular. Fue excluido del colegio porque no podía ver y no existía ningún colegio para ciegos. Esto hizo que se sintiera muy solo. No tiene amigos cercanos, pero pasa mucho tiempo con su familia y vecinos. Ellos suponen un gran apoyo.

Le está costando mucho esfuerzo encontrar un trabajo. No puede ser contratado en la única fábrica cercana al pueblo, a causa de su ceguera y de no haber recibido una educación básica. Por lo tanto, intenta hacer cualquier trabajo al alcance de sus posibilidades en la granja, con la ayuda de su padre y de sus hermanos. También ayuda a su madre y a sus hermanas a realizar diferentes tareas domésticas.

No tiene problemas para andar y desplazarse por el pueblo con la ayuda de un bastón, ya que no hay mucho tráfico y conoce bien el camino. Si quiere desplazarse lejos, entonces sí necesita la ayuda de una persona.

Le gusta estar con su familia e ir a la iglesia. Siempre que puede escucha música en la radio y también le gusta participar en deportes, pero no puede hacerlo. Le preocupa no encontrar una mujer que quiera casarse con él. Para él es muy importante tener su propia familia, pero no cree poder encontrar a nadie debido a su problema.

Julio se ha enterado de que existe un nuevo tratamiento que podría curar su ceguera, pero todavía no está disponible en la ciudad cercana al pueblo donde vive y por ello se siente frustrado.

PUNTUACIÓN I. BARTHEL	APARTADOS DEL I. BARTHEL ADAPTADO A LOS CÓDIGOS CIF	CALIFICADORES DE GRAVEDAD DE LA CIF(*)
ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO		
5	d5100 Lavar todo el cuerpo	0
-	d5101 Lavar partes individuales del cuerpo	0
5	d520 Cuidado de partes del cuerpo **	0
10	d540 Vestirse	0
10	d550 Comer / d560 Beber **	0
10	d530 Higiene personal en procesos de excreción	0
ACTIVIDADES DE MOVILIDAD		
15	d420 Transferir el propio cuerpo	0
15	d4500 Andar distancias cortas	1
-	d465 Desplazarse utilizando algún equipamiento	0
10	d4551 Trepar	0
FUNCIONES DE LOS SISTEMAS DIGESTIVO, METABOLICO Y ENDOCRINO		
10	b5253 Continencia fecal	0
FUNCIONES GENITOURINARIAS Y REPRODUCTORAS		
10	b6202 Continencia urinaria	0
TOTAL= 100		TOTAL = 1

(*) ASIGNACION DE VALORES NUMÉRICOS A LOS CALIFICADORES DE GRAVEDAD SEGÚN CRITERIOS DE LAS CIF. ADAPTACION A VALORES NUMÉRICOS GLOBALES DEL I. BARTHEL (Mínima dependencia 100 puntos, máxima dependencia 0 puntos) A LOS 10 ITEMS DE LA CIF CORRESPONDIENTES (10x4 = 40 Máxima dependencia, 10x0 = 0 Mínima dependencia)

(**) En los dos casos que se puntúan los ítems duplicados d5101/d520, d4500/d465 y d550/d560 sólo se valora uno de ellos.

Equivalencia	CIF	BARTHEL
.0 NO hay problema (ninguno ausente, insig.)(0-4%)	100-96	0-1
.1 Problema LIGERO(poco, escaso) (5-24%)	95-76	2-10
.2 Problema MODERADO(medio, regular) (25-49%)	75-51	11-19
.3 Problema GRAVE(mucho, extremo) (50-95%)	50-5	20- 38
.4 Problema COMPLETO(total) (96-100%)	4-0	39-40

RESULTADO: Los 100 puntos del I. Barthel se corresponden con el 0% del máximo de dependencia posible asignado por el I. Barthel.

La suma de los puntos asignados según la tabla de calificadores de gravedad de la CIF, de 1 suman el 2% del máximo de dependencia posible

Según ambos valores el grado de dependencia, para las actividades concretas estudiadas, podría ser calificado (según los criterios de la CIF) como DEPENDENCIA DE GRADO INSIGNIFICANTE.

4.4. Ejemplo 4 (caso 24)

Jaime tiene 63 años y vive en Edimburgo, Escocia. Vive solo en un apartamento cerca de la ciudad. Tiene una hija casada que le cuida y le visita casi todos los días. Su hijo también le ayuda de vez en cuando.

Ha sufrido un trastorno maníaco depresivo de carácter severo durante 15 años, pero ahora la enfermedad se ha estabilizado con la ayuda de la medicación. También tiene artritis en el hombro izquierdo, la pierna y la rodilla, lo que le resulta muy doloroso. Tiene problemas para caminar y necesita utilizar un bastón. No puede coger cosas a consecuencia del dolor.

No sale mucho a la calle debido al dolor que le causa la artritis y se siente mareado por las medicinas. Va a la oficina de correos y a la biblioteca una vez a la semana con su hija, quien también la acompaña una vez al mes al médico.

Le cuesta levantarse de la cama por las mañanas y tomar un baño sin ayuda. Se ocupa de las tareas rutinarias de la casa, pero no puede limpiar los cristales de las ventanas. No cocina porque piensa que puede quemarse.

No tiene muchos amigos y su vida social está muy limitada. Se separó de su mujer hace 20 años debido a su enfermedad mental. Intentó volver a casar, pero como la gente de la comunidad conocía su enfermedad, no encontró una pareja adecuada.

Lleva desempleado 12 años, a causa de los ataques recurrentes. Depende mucho de su hija y se preocupa por el futuro y por el hecho de estar envejeciendo.

PUNTUACIÓN I. BARTHEL	APARTADOS DEL I.BARTHEL ADAPTADO A LOS CÓDIGOS CIF	CALIFICADORES DE GRAVEDAD DE LA CIF(*)
ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO		
0	d5100 Lavar todo el cuerpo	1
-	d5101 Lavar partes individuales del cuerpo	0
5	d520 Cuidado de partes del cuerpo **	0
10	d540 Vestirse	0
10	d550 Comer / d560 Beber **	0
10	d530 Higiene personal en procesos de excreción	0
ACTIVIDADES DE MOVILIDAD		
10	d420 Transferir el propio cuerpo	1
10	d4500 Andar distancias cortas	3
-	d465 Desplazarse utilizando algún equipamiento **	(2)
5	d4551 Trepar	3
FUNCIONES DE LOS SISTEMAS DIGESTIVO, METABOLICO Y ENDOCRINO		
10	b5253 Continencia fecal	0
FUNCIONES GENITOURINARIAS Y REPRODUCTORAS		
10	b6202 Continencia urinaria	0

TOTAL = 80

TOTAL = 8

(*) ASIGNACION DE VALORES NUMÉRICOS A LOS CALIFICADORES DE GRAVEDAD SEGÚN CRITERIOS DE LAS CIF. ADAPTACION A VALORES NUMÉRICOS GLOBALES DEL I.BARTHEL (Mínima dependencia 100 puntos, máxima dependencia 0 puntos) A LOS 10 ITEMS DE LA CIF CORESPONDIENTES (10x4 = 40 Máxima dependencia, 10x0 = 0 Mínima dependencia)

(**) En los dos casos que se puntúan los ítems duplicados d5101/d520, d4500/d465 y d550/d560 sólo se valora uno de ellos.

Equivalencia	CIF	BARTHEL
.0 NO hay problema (ninguno ausente, insig.)(0-4%)	100-96	0-1
.1 Problema LIGERO(poco, escaso) (5-24%)	95-76	2-10
.2 Problema MODERADO(medio, regular) (25-49%)	75-51	11-19
.3 Problema GRAVE(mucho, extremo) (50-95%)	50-5	20- 38
.4 Problema COMPLETO(total) (96-100%)	4-0	39-40

RESULTADO: Los 80 puntos del I. Barthel se corresponden con el 20% del máximo de dependencia posible asignado por el I. Barthel.

La suma de los puntos asignados según la tabla de calificadores de gravedad de la CIF, de 8 suman el 20% del máximo de dependencia posible.

Según ambos valores el grado de dependencia, para las actividades concretas estudiadas, podría ser calificado (según los criterios de la CIF) como DEPENDENCIA DE GRADO LIGERO.

4.5. Ejemplo 5 (caso 11)

Ove es un hombre de 57 años que vive en Oslo, Noruega. Vive con su mujer y su único hijo, ya adulto, en un apartamento. Trabaja como encargado en un almacén desde hace muchos años. Ove y su mujer solían pasar mucho tiempo juntos y les gustaba escuchar música y leer.

Ove a sufrido recientemente una apoplejía y ahora se recupera en una clínica. No puede vivir en el apartamento porque necesita ser reformado para que pueda arreglárselas, ya que tiene la mitad derecha del cuerpo paralizada parcialmente y su movilidad está muy limitada. Tiene que desplazarse en silla de ruedas, pero puede andar despacio con la ayuda de un bastón durante unos minutos.

Necesita asistencia para realizar varias actividades diarias. Necesita ayuda para vestirse y para ponerse y atarse los zapatos. Puede afeitarse y lavarse los dientes, pero no puede hacerse la comida y las enfermeras se la proporcionan. Intenta comer y beber por sus propios medios pero derrama la bebida y se le cae la comida.

También tiene dificultades para expresarse. Resulta difícil entender lo que dice, pero por medio del lenguaje corporal y otras señas es posible comunicarse con él. No es capaz de escribir pero su mujer le ayuda mucho con los detalles prácticos, tales como los asuntos financieros. Ove y su mujer siguen intentando pasar mucho tiempo juntos: leen, escuchan música y ven la televisión juntos.

Ove no puede volver a su trabajo porque ya no es capaz de levantar y llevar peso como antes. Seguirá en paro, ya que es muy difícil encontrar un trabajo a su edad. Les resultará muy difícil arreglárselas sin el sueldo y ninguno de los dos sabe como resolver este problema

PUNTUACIÓN I. BARTHEL	APARTADOS DEL I.BARTHEL ADAPTADO A LOS CÓDIGOS CIF	CALIFICADORES DE GRAVEDAD DE LA CIF(*)
ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO		
0	d5100 Lavar todo el cuerpo	4
-	d5101 Lavar partes individuales del cuerpo	0
5	d520 Cuidado de partes del cuerpo **	0
5	d540 Vestirse	2
5	d550 Comer / d560 Beber **	2
10	d530 Higiene personal en procesos de excreción	0
ACTIVIDADES DE MOVILIDAD		
15	d420 Transferir el propio cuerpo	0
10	d4500 Andar distancias cortas	3
(5)	d465 Desplazarse utilizando algún equipamiento **	(2)
5	d4551 Trepar	3
FUNCIONES DE LOS SISTEMAS DIGESTIVO, METABOLICO Y ENDOCRINO		
10	b5253 Continencia fecal	0
FUNCIONES GENITOURINARIAS Y REPRODUCTORAS		
10	b6202 Continencia urinaria	0

TOTAL = 70

TOTAL = 14

(*) ASIGNACION DE VALORES NUMÉRICOS A LOS CALIFICADORES DE GRAVEDAD SEGÚN CRITERIOS DE LAS CIF. ADAPTACION A VALORES NUMÉRICOS GLOBALES DEL I.BARTHEL (Mínima dependencia 100 puntos, máxima dependencia 0 puntos) A LOS 10 ITEMS DE LA CIF CORRESPONDIENTES (10x4 = 40 Máxima dependencia, 10x0 = 0 Mínima dependencia)

(**) En los dos casos que se puntúan los ítems duplicados d5101/d520, d4500/d465 y d550/d560 sólo se valora uno de ellos.

Equivalencia	CIF	BARTHEL
.0 NO hay problema (ninguno ausente, insig.)(0-4%)	100-96	0-1
.1 Problema LIGERO(poco, escaso) (5-24%)	95-76	2-10
.2 Problema MODERADO(medio, regular) (25-49%)	75-51	11-19
.3 Problema GRAVE(mucho, extremo) (50-95%)	50-5	20- 38
.4 Problema COMPLETO(total) (96-100%)	4-0	39-40

RESULTADO: Los 70 puntos del I. Barthel se corresponden con el 30% del máximo de dependencia posible asignado por el I. Barthel.

La suma de los puntos asignados según la tabla de calificadores de gravedad de la CIF, de 14 suman el 35% del máximo de dependencia posible.

Según ambos valores el grado de dependencia, para las actividades concretas estudiadas, podría ser calificado (según los criterios de la CIF) como DEPENDENCIA DE GRADO MODERADO.

5. CONCLUSIONES

5.1 La adaptación de los apartados del Índice de Barthel a la codificación de la CIF, es sencilla. Si bien se aprecia una falta de precisión en las definiciones de las actividades de algunos de los apartados del Índice de Barthel, que obligan a usar más de una codificación CIF.

En general las CIF aportan una mayor clarificación en las definiciones de las actividades en estudio.

5.2 Las puntuaciones obtenidas por medio de la puntuación asignada por el I. de Barthel y por la suma de los calificadores de gravedad de la CIF, en los casos estudiados, son muy similares, con diferencias siempre menores al 5%.

El uso de los calificadores de gravedad propuesto por la CIF para la graduación de los problemas concretos estudiados, también pueden ser utilizados para obtener una puntuación o valoración global de la situación de dependencia.

Anexo III

Estudio comparativo de los indicadores sobre las actividades de la vida diaria en encuestas sociológicas de tipo sociosanitario, los baremos de valoración de la dependencia y la “lista breve” de la CIF

1. OBJETIVOS Y METODOLOGIA

Siguiendo una metodología similar a la utilizada en el anexo 1 sobre el estudio comparativo de tablas y baremos para la valoración y graduación de la dependencia, se va a realizar, utilizando la clasificación de la CIF, una comparación entre los indicadores de las "**actividades de la vida diaria**" que son tenidas en cuenta en las encuestas de tipo socio-sanitario realizadas en la última década por organismos oficiales en el estado Español y que son utilizadas habitualmente en los estudios referentes a la dependencia.

Estas encuestas sociológicas toman en consideración otros muchos datos, la mayoría de tipo "sanitario" que se clasificarían por la CIE. También encontramos, entre estos datos, aspectos de los apartados de funciones y estructuras y de factores contextuales de la CIF, que en parte quedan reflejados en el tabla de aplicación de primer nivel, pero por no ser objetivo de este estudio no se va a profundizar en ellos.

Los objetivos serán por un lado identificar cuales son los parámetros referentes a las "actividades de la vida diaria" que más se repiten en estas encuestas, y por otro, ver si existen diferencias significativas, al respecto, con los resultados del estudio realizado en el anexo 1 sobre baremos y tablas de valoración y graduación de la dependencia. Intentando finalmente realizar una lista "conjunta".

Una vez realizado lo anterior compararemos estos datos con la "Check List" o "Lista Breve" de la CIF, intentando nuevamente encontrar correspondencias.

2. ESTUDIOS SOCIOLÓGICOS COMPARADOS

1. Estudio sobre las necesidades de atención socio-sanitaria de las personas mayores del municipio de Móstoles (EM) (1994). Recoge 7 ítems en el apartado que denomina como "Capacidad funcional para la realización de las actividades de la vida diaria" y otro apartado con dificultades de movilidad que hace referencia por un lado a las dificultades para desplazarse por el entorno (8 ítems) y al desplazamiento con transporte (4 ítems)

2. CIS - Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC) (1997) Encuesta Nacional de Salud 1993 y 1997. Toma en consideración tres grandes grupos que subdivide en 27 ítems. Autocuidado (8), Vida doméstica (13), Movilidad (6).

3. CIS - IMSERSO (CISIM) (1998). Encuesta sobre la soledad en las personas mayores. Considera 12 ítems: Comunicación (1), Movilidad (4), Autocuidado (2), vida doméstica (2) Vida económica (2), Vida Comunitaria (1).

4. Instituto Nacional de Estadística (INE) (1999): Encuesta Sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de salud. Distribuye las AVD en 10 grandes grupos (en los que a su vez se subdividen 36 ítems según de la CIDDM de la OMS) y que clasificados según la CIF se corresponderían con: Aprendizaje y aplicación del conocimiento (10), Tareas y demandas generales (1), comunicación (4), movilidad (9), autocuidado (4), Vida doméstica (5), Interacciones personales (3)

5. Encuesta de salud del Departamento de Salud del Gobierno Vasco (ESCAV) (2002) En uno de sus apartados el de "incapacidad permanente" que hace referencia a las limitaciones que el estado de salud le impone en el plano de la "actividad". Y considera de 0 a 4 años los juegos; de 5 a 17 las actividades educativas; de 18 a 69 las laborales y de más de 70 las "actividades personales, las labores de casa y el tipo de ayuda que percibe". En conjunto se corresponden con Movilidad (1), autocuidado (3), vida domestica (4), áreas principales de la vida (4) y vida comunitaria, social y cívica (1)

3. ESTUDIO COMPARATIVO CUANTITATIVO (NÚMERO DE ITEMS)

· ESTUDIO SOCIO-SANITARIO DE MOSTOLES	(19)
· ENCUESTA NACIONAL DE SALUD CIS - MSC	(27)
· ENCUESTA SOLEDAD CIS - IMSERSO	(12)
· ENCUESTA DEFICIENCIA / DISCAPACIDAD INE	(36)
· ENCUESTA DE SALUD OSANSUN SAIA - CAV	(12)

RESULTADO:

La media de items que hacen referencia a "actividades diarias" es de **21,2**

4. ESTUDIO COMPARATIVO CUALITATIVO

4.1. ESTUDIO DE APLICACIÓN DEL PRIMER NIVEL DE LA CIF

Se tienen en cuenta los ítems del apartado de "actividades", como se puede observar en la **Tabla 4**, si bien en dicha tabla también quedan recogidos (en sombreado más claros) otros aspectos del funcionamiento y la discapacidad por los que se interesan las encuestas, pero que no van a ser objeto de este estudio.

Los resultados porcentuales, en relación con los nueve grupos de actividades de la vida de la CIF son los siguientes:

1) Actividades de autocuidado	100%
2) Actividades de movilidad	100%
3) Actividades de Vida doméstica	100%
4) Actividades de Comunicación	60%
5) Actividades Áreas Principales de la vida (económica)	60%
6) Vida Comunitaria y Social	60%
7) Aplicación del conocimiento	20%
8) Interacciones y relaciones interpersonales	20%
9) Tareas y demandas generales	20%

RESULTADOS

Los grupos de actividades que más aparecen son las de autocuidado, movilidad y vida doméstica.

En un segundo nivel aparecerían las actividades de comunicación, vida comunitaria y social y área económica

En un tercer nivel las actividades de tipo relacional y aplicación del conocimiento.

4.2. ESTUDIO DE APLICACIÓN DEL SEGUNDO NIVEL DE LA CIF

Los resultados después de la aplicación del segundo nivel de complejidad, en el apartado de actividades y participación (ver Tabla 5) son los siguientes:

1) d510 Lavarse	100%
2) d540 Vestirse	100%
3) d630 Preparar comidas	100%
4) d640 Realizar quehaceres de la casa	100%
5) d455 Desplazarse por el entorno	80%
6) d470 Utilización de medios de transporte	80%
7) d520 Cuidado de partes del cuerpo	80%
8) d460 Desplazarse por distintos lugares	80%
9) d620 Adquisición de bienes y servicios	80%
10) d410 Cambiar las posturas corporales básicas	60%
11) d450 Andar	60%
12) d550 Comer	60%
13) d650 Cuidado de los objetos del hogar	60%
14) d860 Transacciones económicas básicas	60%
15) d920 Tiempo libre y ocio	60%
16) d360 Utilización de dispositivos y técnicas de comunicación	40%
17) d465 Desplazarse usando algún equipamiento	40%
18) d530 Higiene personal relacionada con los procesos de excreción	40%
19) d415 Mantener la posición del cuerpo	40%
20) d110 Mirar	20%
21) d115 Escuchar	20%
22) d175 Resolver problemas	20%
23) d178 Tomar decisiones	20%
24) d198 Aprendizaje y aplicación del conocimiento, otro (reconocer personas, orientarse)	20%
25) d210 Llevar a cabo una única tarea	20%
26) d310 Comunicación - recepción de mensajes hablados	20%

27) d315 Comunicación - recepción de mensajes no verbales	20%
28) d320 Comunicación - recepción de mensajes signos	20%
29) d325 Comunicación - recepción de mensajes escritos	20%
30) d330 Hablar	20%
31) d335 Producción de mensajes no verbales	20%
32) d340 Producción de mensajes en lenguaje de signos	20%
33) d345 Mensajes escritos	20%
34) d440 Uso fino de la mano	20%
35) d445 Uso de la mano y el brazo	20%
36) d475 Conducción	20%
37) d560 Beber	20%
38) d570 Cuidado de la propia salud	20%
39) d598 Autocuidado otro (Quedarse solo por la noche)	20%
40) d660 Ayudar a los demás	20%
41) d720 Interacciones interpersonales complejas	20%
42) d740 Relaciones formales	20%
43) d750 Relaciones sociales informales	20%
44) d760 Relaciones familiares	20%
45) d420 Transferir el propio cuerpo	20%
46) d810 Educación no reglada	20%
47) d859 Trabajo y empleo	20%

RESULTADOS

Lavarse, vestirse, preparar comidas y realizar quehaceres de la casa, son las actividades que más se repiten

Las actividades de movilidad que hacen referencia al desplazamiento (desplazarse por el entorno, por distintos lugares, desplazarse usando transporte) cuidado de partes del cuerpo, adquisición de bienes y servicios ocupan un segundo nivel.

En un tercer grupo encontramos andar, comer, cuidado de objetos del hogar y transacciones económicas básicas

5. COMPARACIÓN DE LAS "ACTIVIDADES DE LA VIDA" EN LOS ESTUDIOS SOCIOLOGICOS SOCIO-SANITARIOS Y EN LOS ESTUDIOS DE TABLAS Y BAREMOS DE VALORACIÓN DE DEPENDENCIA DEL ANEXO I

Vamos por tanto a comparar los resultados anteriores sobre actividades diarias y encuestas sociológicas, con los resultados del anexo 1 de este trabajo y en concreto con las actividades diarias que aparecen en los baremos y escalas de valoración y graduación de las situaciones de dependencia.

Continuaremos con la misma metodología de comparar el primer y segundo nivel de complejidad de la CIF

5.1 APLICACIÓN DEL PRIMER NIVEL DE LA CIF

Ordenando las actividades según los nueve grupos del primer nivel de la CIF y comparando según la frecuencia en la que aparecen tanto en baremos como en encuestas sociológicas nos encontramos:

ACTIVIDADES CIF	BAREMOS	ENCUESTAS
Aprendizaje y aplicación del conocimiento	33%	20%
Tareas y demandas generales	19%	20%
Comunicación	70%	60%
Movilidad	100%	100%
Autocuidado	100%	100%
Vida doméstica	19%	100%
Interacciones y relaciones personales	28%	20%
Áreas principales de la vida (económica...)	23%	40%
Vida comunitaria, social y cívica	38%	60%

RESULTADOS

La diferencia más importante se aprecia en las actividades de vida doméstica, que se encuentra en todas las encuestas y solo en el 20% de tablas y baremos.

Las actividades de autocuidado, movilidad y comunicación están entre las más encontradas en ambas encuestas con porcentajes similares

Las actividades de áreas principales (económica...) y vida comunitaria y social, se encuentran más frecuentemente en las encuestas.

Las actividades de aprendizaje y aplicación del conocimiento se encuentran más frecuentemente en los baremos

5.2 APLICACIÓN DEL SEGUNDO NIVEL

Si comparamos los 40 ítems que más se repiten tanto en "baremos" como en "estadísticas" de la categoría de "actividades y participación" en el segundo nivel de complejidad de la CIF, nos encontramos con lo siguiente:

Actividades CIF	Baremos	Encuestas
Comer	75%	60%
Beber	75%	20%
Higiene personal en procesos de excreción	75%	40%
Lavarse	70%	100%
Vestirse	70%	100%
Cuidado de partes del cuerpo	70%	80%
Andar	65%	60%
Cambiar las posturas básicas	60%	60%
Desplazarse utilizando algún equipamiento	55%	40%
Transferir el propio cuerpo	55%	20%
Mantener la posición del cuerpo	55%	40%
Cuidado de la propia salud	45%	20%
Desplazarse por el entorno	40%	80%
Hablar	40%	20%
Desplazarse por distintos lugares	40%	80%
Utilización de medios de transporte	20%	80%
Utilización dispositivos comunicación	30%	40%
Transacciones económicas básicas	15%	60%
Realizar quehaceres de la casa	20%	100%
Preparar comidas	20%	100%
Tiempo libre y ocio	15%	60%
Adquisición de bienes y servicios	20%	80%
Cuidado de objetos del hogar	15%	60%
Resolver problemas	15%	20%
Mirar	10%	20%
Escuchar	10%	20%
Tomar decisiones	20%	20%
Uso fino de la mano	25%	20%
Uso de la mano y el brazo	20%	20%
Relaciones sociales informales	20%	20%
Relaciones sociales formales	25%	20%
Interacciones interpersonales complejas	15%	20%
Relaciones familiares	10%	20%
Conducción	10%	20%
Comunicación-recepción mensajes hablados	20%	20%
Comunicación-recepción mensajes no verbales	15%	20%
Comunicación de mensajes no verbales	15%	20%
Llevar a cabo una única tarea	15%	20%
Ayudar a los demás	5%	20%
Educación no reglada	10%	20%

RESULTADOS

Las actividades que más se repiten con elevados porcentajes en ambas escalas son:

De autocuidado: Comer, lavarse, cuidado de las partes del cuerpo, vestirse,

De movilidad: Andar, cambiar las posturas básicas, desplazarse utilizando algún equipamiento, mantener la posición del cuerpo

De comunicación: Utilización de dispositivos de comunicación.

Las diferencias a destacar entre las actividades que aparecen en los baremos y que se encuentran con porcentajes significativamente menores en las encuestas son:

De autocuidado: Higiene personal en procesos de excreción, beber y cuidado de la propia salud.

De movilidad: Transferir el propio cuerpo.

De comunicación: Hablar.

Las diferencias a destacar entre las actividades que aparecen en las encuestas y que se encuentran con porcentajes significativamente menores en los baremos son:

De la vida doméstica: Preparar comidas, realizar quehaceres de la casa, adquisición de bienes y servicios, cuidado de objetos del hogar y ayudar a los demás.

De movilidad: Desplazarse por el entorno, desplazarse por distintos lugares y utilización de medios de transporte.

De áreas principales de la vida (económica): Transacciones económicas básicas.

De vida comunitaria y social: Tiempo libre y ocio.

Se podría concluir, después de la comparación de estos estudios, que las actividades de la "vida diaria" más representativas, serían las siguientes (Lista L-31):

1. Comer
2. Beber
3. Higiene personal relacionada con los procesos de excreción
4. Lavarse
5. Vestirse
6. Cuidado de partes del cuerpo
7. Cuidado de la propia salud
8. Mantener la posición del cuerpo
9. Cambiar las posturas básicas
10. Transferir el propio cuerpo
11. Andar
12. Desplazarse usando algún equipamiento
13. Desplazarse por el entorno

14. Desplazarse por distintos lugares
15. Utilización de medios de transporte
16. Uso de la mano y el brazo
17. Uso fino de la mano
18. Hablar
19. Recepción de mensajes hablados
20. Utilización de dispositivos de comunicación
21. Realizar quehaceres de la casa
22. Preparar comidas
23. Cuidado de los objetos del hogar
24. Adquisición de bienes y servicios
25. Transacciones económicas básicas
26. Tomar decisiones
27. Resolver problemas
28. Relaciones sociales formales
29. Relaciones sociales informales
30. Interacciones interpersonales complejas
31. Tiempo libre y ocio

6. COMPARACIÓN DE ESTOS RESULTADOS CON LA "CHECK LIST" O "LISTA DE COMPROBACIÓN" DE LA CIF.

La "lista de comprobación" es una lista resumida de las categorías principales de la CIF, intenta ser una herramienta práctica que resume la exploración de los casos.

Vamos a intentar comparar los ítems que aparecen en esta con los datos obtenidos en el apartado anterior. Compararemos por tanto exclusivamente la categoría de actividades y participación.

En esta "lista breve" nos encontramos con 48 ítems que se corresponden con aquellos que según los estudios previos realizados de tipo internacional e intercultural, se consideran como más importantes a nivel general para resumir las actividades que realiza un individuo. Por tanto también podrían considerarse como representantes de las denominadas actividades "básicas" o "corrientes" de la vida.

CHECK LIST (CIF)		BAREMOS/ENCUESTAS	
d1	APRENDIZAJE Y APLICACIÓN DEL CONOCIMIENTO		
d110	Mirar	10%	20%
d115	Escuchar	10%	20%
d140	Aprender a leer	----	----
d145	Aprender a escribir	----	----
d150	Aprender a calcular (aritmética)	----	----
d175	Resolver problemas	15%	20%
d2	TAREAS Y DEMANDAS GENERALES		
d210	Llevar a cabo una única tarea	15%	----
d220	Llevar a cabo múltiples tareas	15%	20%
d3.	COMUNICACIÓN		
d310	Comunicación-recepción de mensajes hablados	20%	20%
d315	Comunicación-recepción de mensajes no verbales	15%	20%
d330	Hablar	40%	20%
d335	Producción de mensajes no verbales	15%	20%
d350	Conversación	15%	----
d4.	MOVILIDAD		
d430	Levantar y llevar objetos * d445 uso mano y brazo	20%	20%
d440	Uso fino de la mano (recoger, agarrar)	25%	20%
d450	Andar	65%	60%
d465	Desplazarse utilizando algún tipo de equipamiento	55%	40%
d470	Utilización de medios de transporte	20%	80%
d475	Conducción (montar en bicicleta, caballo, coche...)	10%	20%

d5. AUTOCUIDADO		
d510 Lavarse	70%	100%
d520 Cuidado de las partes del cuerpo	70%	80%
d530 Higiene personal relacionada con la excreción	75%	40%
d540 Vestirse	70%	100%
d550 Comer	75%	60%
d560 Beber	75%	20%
d570 Cuidado de la propia salud	45%	20%
d6. VIDA DOMESTICA		
d620 Adquisición de bienes y servicios	20%	80%
d630 Preparar comidas	20%	100%
d640 Realizar los quehaceres de la casa	20%	100%
d660 Ayudar a los demás	5%	20%
d7 INTERACCIONES Y RELACIONES INTERPERSONALES		
d710 Interacciones interpersonales básicas	20%	-----
d720 Interacciones interpersonales complejas	15%	20%
d730 Relaciones con extraños	25%	-----
d740 Relaciones formales	25%	20%
d750 Relaciones sociales informales	20%	20%
d760 Relaciones familiares	10%	20%
d770 Relaciones íntimas	10%	-----
d8. ÁREAS PRINCIPALES DE LA VIDA		
d810 Educación no reglada	10%	20%
d820 Educación escolar	-----	-----
d830 Educación superior	-----	-----
d850 Trabajo remunerado	-----	-----
d860 Transacciones económicas básicas	15%	60%
d870 Autosuficiencia económica		
d9. VIDA COMUNITARIA, SOCIAL Y CÍVICA		
d910 Vida comunitaria	25%	-----
d920 Tiempo libre y ocio	15%	60%
d930 Religión y espiritualidad	5%	-----
d940 Derechos humanos	-----	-----
d950 Vida política y ciudadanía	-----	-----

RESULTADOS

Actividades que no se tienen en cuenta en los baremos y estudios de las situaciones de dependencia y que se incluyen en la "Check List": Aprender a leer, aprender a escribir, aprender a calcular, levantar y llevar objetos educación escolar, educación superior, trabajo remunerado, autosuficiencia económica, derechos humanos y vida política y ciudadanía.

Actividades que no se tienen en cuenta en la "Check List" y que aparecen de forma significativa en los baremos y estudios de las situaciones de dependencia: Cambiar las posturas básicas, transferir el propio cuerpo, mantener la posición del cuerpo, desplazarse por el entorno, desplazarse por distintos lugares, utilizar dispositivos de comunicación y cuidado de los objetos del hogar

Actividades que se tienen en cuenta en porcentajes muy bajos: Llevar acabo múltiples tareas, conversación, ayudar a los demás, relaciones íntimas, religión y espiritualidad.

Actividades que coinciden con la lista de la "actividades más representativas" del punto 5.2, de esta forma podremos hacer una lista algo más corta que la anterior que nos representaría las actividades esenciales de la vida diaria-según criterios de la CIF- a tener en cuenta en las situaciones de dependencia (Lista L-23):

1. Comer
2. Beber
3. Higiene personal relacionada con los procesos de excreción
4. Lavarse
5. Vestirse
6. Cuidado de partes del cuerpo
7. Cuidado de la propia salud
8. Andar
9. Desplazarse usando algún equipamiento
10. Utilización de medios de transporte
11. Uso fino de la mano
12. Levantar y llevar objetos
13. Hablar
14. Recepción de mensajes hablados
15. Realizar quehaceres de la casa
16. Preparar comidas
17. Adquisición de bienes y servicios
18. Transacciones económicas básicas
19. Resolver problemas
20. Relaciones sociales formales
21. Relaciones sociales informales
22. Interacciones interpersonales complejas
23. Tiempo libre y ocio

7. CONCLUSIONES FINALES

Existe una coincidencia en considerar las actividades de autocuidado, las de movilidad y las de comunicación (en menor medida) entre las más significativas tanto en encuestas como en baremos.

Las encuestas sociológicas de tipo socio-sanitarios que estudian la dependencia se caracterizan fundamentalmente por la gran importancia que les dan a las actividades de la vida doméstica.

Es de resaltar así mismo, la mucho menor importancia que se le da en las encuestas sociológicas a la actividad higiene personal relacionada con los problemas de excreción

En los baremos, nos encontramos con una mayor incidencia en los problemas de movilidad que hacen referencia a cambiar y mantener la posición del cuerpo y a desplazarse utilizando algún equipamiento. En las encuestas sin embargo, priman los desplazamientos por el entorno y utilización de medios de transporte, sobre otros aspectos de la movilidad.

En las encuestas nos encontramos con más frecuencia con ítems que hacen referencia a actividades de transacciones económicas básicas y de tiempo libre y ocio.

La "Check List" o "Lista de comprobación" que propone la CIF integra los ítems más característicos de ambos estudios (con la salvedad de los que hacen referencia a cambiar y mantener la posición del cuerpo), y ofrece datos suficientes para describir la situaciones de dependencia,

TABLA 4

CIF	ESS M-94	ENS - 97	CIS - 98	INE - 97	CPAV - 02
	FUNCIONES CORPORALES				
cap 1: FUNCIONES MENTALES					
cap 2: FUNCIONES SENSORIALES Y DOLOR					
cap 3: FUNCIONES DE LA VOZ Y EL HABLA					
cap 4: FUNCIONES DE LOS SISTEMAS CARDIOVASCULAR, HEMATOLOGICO, INMUNOLOGICO Y RESPIRATORIO					
cap 5: FUNCIONES DE LOS SISTEMAS DIGESTIVO, METABOLICO Y ENDOCRINO					
cap 6: FUNCIONES GENITOURINARIAS Y REPRODUCTORAS					
cap 7: FUNCIONES NEUROMUSCULOESQUELETICAS RELACIONADAS CON EL MOVIMIENTO					
cap 8: FUNCIONES DE LA PIEL Y ESTRUCTURAS RELACIONADAS					
ESTRUCTURAS CORPORALES					
cap 1: ESTRUCTURAS DEL SISTEMA NERVIOSO					
cap 2: EL OJO, EL OIDO Y ESTRUCTURAS RELACIONADAS					
cap 3: ESTRUCTURAS INVOLUCRADAS EN LA VOZ Y EL HABLA					
cap 4: ESTRUCTURAS DE LOS SISTEMAS CARDIOVASCULAR, INMUNOLOGICO Y RESPIRATORIO					
cap 5: ESTRUCTURAS RELACIONADAS CON LOS SISTEMAS DIGESTIVO, METABOLICO Y ENDOCRINO					
cap 6: ESTRUCTURAS RELACIONADAS CON EL SISTEMA GENITOURINARIO Y EL SISTEMA REPRODUCTOR					
cap 7: ESTRUCTURAS RELACIONADAS CON EL MOVIMIENTO					
cap 8: PIEL Y ESTRUCTURAS RELACIONADAS					
ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN					
cap 1 APRENDIZAJE Y APLICACIÓN DEL CONOCIMIENTO					
cap 2 TAREAS Y DEMANDAS GENERALES					
cap 3 COMUNICACIÓN					
cap 4 MOVILIDAD					
cap 5 AUTOCUIDADO					
cap 6 VIDA DOMESTICA					
cap 7 INTERACCIONES Y RELACIONES INTERPERSONALES					
cap 8 AREAS PRINCIPALES DE LA VIDA					
cap 9 VIDA COMUNITARIA, SOCIAL Y CIVICA					
FACTORES AMBIENTALES					
cap 1 PRODUCTOS Y TECNOLOGIA					
cap 2 ENTORNO NATURAL Y CAMBIOS EN EL ENTORNO DERIVADOS DE LA ACTIVIDAD HUMANA					
cap 3 APOYO Y RELACIONES					
cap 4 ACTITUDES					
cap 5 SERVICIOS, SISTEMAS Y POLITICAS					

TABLA 5

CIF actividades y participación	ESS M-94	ENS - 97	CIS - 98	INE - 97	CPAV - 02
CAPITULO 1: APRENDIZAJE Y APLICACIÓN DEL CONOCIMIENTO					
EXPERIENCIAS SENSORIALES INTENCIONADAS (d110-d129)					
d110 Mirar					
d115 Escuchar					
d120 Otras experiencias intencionadas					
d 129 Experiencias sensoriales intencionadas, otras especificadas y no especificadas					
APRENDIZAJE BASICO (d130-d159)					
d130 Copiar					
d135 Repetir					
d140 Aprender a leer					
d145 Aprender a escribir					
d150 Aprender a calcular					
d155 Adquisición de habilidades					
d159 Aprendizaje básico, otro especificado y no especificado					
APLICACIÓN DEL CONOCIMIENTO (d160-d179)					
d160 Centrar la atención					
d163 Pensar					
d166 Leer					
d169 Escribir					
d172 Calcular					
d175 Resolver problemas					
d178 Tomar decisiones					
d179 Aplicación del conocimiento, otras especificada y no especificada					
d198 Aprendizaje y aplicación del conocimiento, otro especificado					
d199 Aprendizaje y aplicación del conocimiento, no especificado					
CAPITULO 2: TAREAS Y DEMANDAS GENERALES					
d210 Llevar a cabo una única tarea					
d220 Llevar a cabo múltiples tareas					
d230 Llevar a cabo rutinas diarias					
d240 Manejo del estrés y otras demandas psicológicas					
d298 Tareas y demandas generales, otras especificadas					
d299 Tareas y demandas generales, no especificadas					
CAPITULO 3: COMUNICACIÓN					
COMUNICACIÓN - RECEPCION (d310-d329)					
d310 Comunicación-recepción de mensajes hablados					
d315 Comunicación-recepción de mensajes no verbales					
d320 Comunicación-recepción de mensajes en lenguaje de signos convencional					
d325 Comunicación-recepción de mensajes escritos					
d329 Comunicación-recepción, otra especificada y no especificada					
COMUNICACIÓN - PRODUCCIÓN (d330-d349)					
d330 Hablar					
d335 Producción de mensajes no verbales					
d340 Producción de mensajes en lenguaje de signos convencional					
d345 Mensajes escritos					
d349 Comunicación-Producción, otra especificada y no especificada					

CIF	ESS M-94	ENS - 97	CIS - 98	INE - 97	CPAV - 02
	CONVERSACION Y UTILIZACION DE APARATOS Y TECNICAS DE COMUNICACIÓN (d350-d369)				
d350 Conversación					
d355 Discusión					
d360 Utilización de dispositivos y técnicas de comunicación					
d369 Conversación y utilización de dispositivos y técnicas de comunicación, otras especificadas y no especificadas					
d398 Comunicación, otra especificada					
d399 Comunicación, no especificada					

CAPITULO 4 MOVILIDAD					
CAMBIAR Y MANTENER LA POSICION DEL CUERPO (d410-d429)					
d410 Cambiar las posturas corporales básicas					
d415 Mantener la posición del cuerpo					
d420 Transferir el propio cuerpo					
d429 Cambiar y mantener la posición del cuerpo, otra especificada y no especificada					
LLEVAR, MOVER Y USAR OBJETOS (d430-d449)					
d430 Levantar y llevar objetos					
d435 Mover objetos con las extremidades inferiores					
d440 Uso fino de la mano					
d445 Uso de la mano y el brazo					
d449 Llevar, mover y usar objeto, otro especificado y no especificado					
ANDAR Y MOVERSE (d450-d469)					
d450 Andar					
d455 Desplazarse por el entorno					
d460 Desplazarse por distintos lugares					
d465 Desplazarse utilizando algún tipo de equipamiento					
d469 Andar y moverse, otro especificado y no especificado					
DESPLAZARSE UTILIZANDO MEDIOS DE TRANSPORTE (d470-d489)					
d470 Utilización de medios de transporte					
d475 Conducción					
d480 Montar animales como medio de transporte					
d489 Desplazarse utilizando medios de transporte, otro especificado y no especificado					
d498 Movilidad, otro especificado					
d499 Movilidad, no especificado					

CAPITULO 5: AUTOCUIDADO					
d510 Lavarse					
d520 Cuidado de partes del cuerpo					
d530 Higiene personal relacionada con los procesos de excreción					
d540 Verstirse					
d550 Comer					
d560 Beber					
d570 Cuidado de la propia salud					
d598 Autocuidado, otro especificado					
d599 Autocuidado, no especificado					

CIF	ESS M-94	ENS - 97	CIS - 98	INE - 97	CPAV - 02
	CAPITULO 6: VIDA DOMESTICA				
ADQUISICION DE LO NECESARIO PARA VIVIR (d610-d629)					
d610 Adquisición de un lugar para vivir					
d620 Adquisición de bienes y servicios					
d629 Adquisición de lo necesario para vivir, otra especificada y no especificada					
TAREAS DEL HOGAR (d630-d649)					
d630 Preparar comidas					
d640 Realizar quehaceres de la casa					
d649 Tareas del hogar, otras especificadas y no especificadas					
CUIDADO DE LOS OBJETOS DEL HOGAR Y AYUDAR A LOS DEMAS (d650-d669)					
d650 Cuidado de los objetos del hogar					
d660 Ayudar a los demás					
d669 Cuidado de los objetos del hgar y ayudar a los demás, otro especificado y no especificado					
d698 Vida doméstica, otras especificadas					
d699 Vida doméstica, no especificadas					

CAPITULO 7: INTERACCIONES Y RELACIONES INTERPERSONALES					
INTERACCIONES INTERPERSONALES GENERALES (d710-d729)					
d710 Interacciones interpersonales básicas					
d720 Interacciones interpersonales complejas					
d729 Interacciones interpersonales generales, especificadas y no especificadas					
INTERACCIONES INTERPERSONALES PARTICULARES (d730-d779)					
d730 Relacionarse con extraños					
d740 Relaciones formales					
d750 Relaciones sociales informales					
d760 Relaciones familiares					
d770 Relaciones íntimas					
d779 Relaciones interpersonales particulares, otras especificadas y no especificadas					
d798 Interacciones y relaciones interpersonales, otras especificadas					
d799 Interacciones y relaciones interpersonales, no especificadas					

CAPITULO 8: AREAS PRINCIPALES DE LA VIDA					
EDUCACION (d810-d839)					
d810 Educación no reglada					
d815 Educación preescolar					
d820 Educación escolar					
d825 Formación profesional					
d830 Educación superior					
d839 Educación, otra especificada y no especificada					

<h1>CIF</h1>	ESS M-94	ENS - 97	CIS - 98	INE - 97	CPAV - 02
TRABAJO Y EMPLEO (d840-d859)					
d840 Aprendizaje (preparación para el trabajo)					
d845 Conseguir, mantener y finalizar un trabajo					
d850 Trabajo remunerado					
d855 Trabajo no remunerado					
d859 Trabajo y empleo, otro especificado y no especificado					
VIDA ECONOMICA (d860-d879) Escala					
d860 Transacciones económicas básicas					
d865 Transacciones económicas complejas					
d870 Autosuficiencia económica					
d879 Vida económica, otra especificada y no especificada					
d898 Areas principales de la vida, otras especificadas					
d899 Areas principales de la vida, no especificadas					
CAPITULO 9: VIDA COMUNITARIA, SOCIAL Y CIVICA					
d910 Vida comunitaria					
d920 Tiempo libre y ocio					
d930 Religión y espiritualidad					
d940 Derechos humanos					
d950 Vida política y ciudadanía					
d998 Vida comunitaria, social y cívica, otra especificada					
d999 Vida comunitaria, social y cívica, no especificada					

Anexo IV

Aplicación práctica de la terminología y criterios de graduación de la CIF al baremo de necesidad de ayuda de ayuda de tercera persona (ATP)

1. APLICACIÓN PRÁCTICA DE LA TERMINOLOGÍA Y CRITERIOS DE GRADUACIÓN DE LA CIF AL BAREMO DE NECESIDAD DE AYUDA DE TERCERA PERSONA (AT).

A partir de la resolución WHA 54/21 en la que se aprueba la **Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF)**, la OMS pone a disposición de particulares, administraciones y estados, una herramienta que trata de aproximar, simplificar y unificar tanto terminologías como sistemas de graduación de todos los problemas relacionados con la discapacidad.

Basándonos en los anteriores estudios comparativos y de aplicabilidad de este trabajo, podemos partir de la premisa de que la mayoría de los baremos para valorar las situaciones de dependencia que se han manejado, se centran en el mismo problema, y que en líneas generales pueden ser "traducidos" a la terminología de la CIF, e incluso ésta puede servir ésta como referencia, a la hora de encontrar un método de comparación entre todos estos sistemas de valoración. (Tabla I, Tabla II, Grafica I)

A continuación vamos a tratar de adaptar uno baremos para la valoración de la dependencia - el baremo de ATP - a los diversos criterios y conclusiones que hemos ido exponiendo a lo largo de este trabajo.

1.1 Criterios generales utilizados

1.1.1 En primer lugar a los seis puntos propuestos para denominar, clasificar y graduar los problemas relacionados con la discapacidad y la dependencia

1. Las enfermedades y problemas de las condiciones de salud. Mediante la Clasificación de enfermedades y problemas de salud relacionados (CIE-10) de la OMS.

2. Los problemas referentes a las deficiencias corporales: Mediante la clasificación de estructuras y funciones corporales de la Clasificación de Funcionamiento y discapacidad (CIF) de la OMS.

3. Los problemas referentes a las limitaciones para realizar actividades (o en su caso a las actividades en que se da la situación de necesidad de ayuda o dependencia para realizarlas): Mediante la clasificación de actividades de la Clasificación de Funcionamiento y discapacidad (CIF) de la OMS.

4. Los problemas referentes a los factores contextuales externos que están interactuando con la persona y en su caso de las ayudas técnicas

o personales que pueda precisar: Mediante la clasificación de Factores Contextuales de la Clasificación de Funcionamiento y discapacidad (CIF) de la OMS.

5. La graduación de todos estos problemas: Mediante la escala en cinco niveles de gravedad de los problemas propuesta por la Clasificación de Funcionamiento y discapacidad (CIF) de la OMS.

No hay problema	(0-4%)
Problema Ligero	(5-24%)
Problema Moderado	(25-49%)
Problema Grave	(50-96%)
Problema Completo	(96-100%)

6. Las actividades de la vida diaria. Mediante la terminología, concreta, con el significado exacto, propuesta al denominar los nueve grupos de actividades de la vida, en la clasificación de primer nivel Clasificación de Funcionamiento y discapacidad (CIF) de la OMS.

1. Aprendizaje y aplicación del conocimiento
2. Tareas y demandas generales
3. Comunicación
4. Movilidad
5. Autocuidado
6. Vida doméstica
7. Interacciones y relaciones personales
8. Áreas principales de la vida (Educación/Trabajo/Economía)
9. Vida comunitaria, social y cívica

1.1.2 En segundo lugar a los 11 puntos que se proponen como aspectos más importantes que debe recoger un método o procedimiento de evaluación de la dependencia:

1. Información y consentimiento de la persona a la que se le practica el estudio o baremo, o de su tutor, en el caso de que ésta no sea capaz.

2 Aplicación universal. Debe permitir su aplicación a cualquier persona, con diferentes estados de salud, etiología y severidad de sus problemas, edad, cultura, etc.

3. Elección de las actividades que sea procedente valorar según el área de dependencia que se pretende estudiar (actividades de autocuidado, de movilidad dentro o fuera del domicilio, actividades domésticas, de relación interpersonal, actividades de ocio y tiempo libre, etc.)

4. Claridad y concreción de las definiciones, con lenguaje sencillo, evitando ambigüedades o repeticiones, aceptado internacionalmente y que admita su aplicación pluridisciplinar.

5. Debe diferenciar la necesidad de ayudas o apoyos humanos, es decir, de otra persona, de la necesidad de ayudas o apoyos materiales o técnicos.

6. Determinación del contexto en el que se desarrollan dichas actividades a valorar.

Contexto real (institucional, domicilio, rural, etc.)

Contexto neutral o estandarizado

Contexto subjetivo (anterior, futuro posible con adaptaciones, pronosticable, etc.)

7. Posibilidad de análisis desde distintos niveles de complejidad, tanto a nivel **cuantitativo** (intensidad, frecuencia y temporalidad de la ayuda para cada actividad) como **cualitativo** (isogrupos, perfiles de usuarios, representación visual etc.)

8. Graduación de la severidad. Debe cumplir criterios sensibilidad (con niveles de graduación que puedan reflejar la severidad del problema, tanto a nivel global como parcial) fiabilidad (con resultados similares entre evaluadores pluridisciplinarios) y validez (debe medir el problema esperado y su resultado ser compatible con el de otros baremos que midan el mismo problema).

9. Una vez definida la dependencia y sus criterios de valoración, y partiendo de la premisa de tratarse de conceptos distintos, pero estrechamente relacionados, debe de ser también **sensible a la discriminación de la pérdida autonomía intelectual y las cargas de trabajo generadas**.

10. Debe recoger fundamentalmente aspectos sobre el funcionamiento y el contexto del individuo, pero también sobre **aspectos básicos de las condiciones de salud alteradas y de las deficiencias físicas y/o psíquicas que originan la situación de dependencia**, así como la posibilidad de comparación de los resultados a nivel estadístico entre distintos usuarios, administraciones y disciplinas, mediante el uso de codificación unificada y aceptada internacionalmente en concreto la CIE y la CIF.

11. Posibilidad de servir como herramienta a la hora de **programar intervenciones** tanto desde el punto de vista particular, como desde el de las políticas sociales, tendentes a **disminuir, o paliar, de la forma más eficaz la situación de dependencia, teniendo siempre como guía el respeto a la autonomía de la persona dependiente**.

1.2 Aplicación de criterios de la CIF al Baremo de necesidad de Ayuda de Tercera Persona (ATP)

Se ha escogido de entre más de una veintena de los baremos más usados hasta la fecha, el Baremo de necesidad de ayuda de tercera persona /ATP, este recoge unos 40 ítems distribuidos en 5 grupos de actividades: 1. De autocuidado (vestido, lavado higiene de las partes del cuerpo, higiene de la excreción, comer, beber y cuidado de la propia salud); 2. De movilidad (marcha y desplazamientos ,con ayudas técnicas o personales, cambiar y mantener la posición del cuerpo, mover y usar objetos); 3. De comunicación; 4. De interrelaciones personales; 5. De tareas generales y un 6º grupo de necesidad de ayudas personales o técnicas especiales. Se gradúa cada actividad como puede o no puede, con una puntuación preestablecida, obteniéndose una escala de 0 a 72 puntos. Se considera oficialmente como "dependiente" a la persona que obtenga 15 o más puntos en esta escala.

El baremo de necesidad de Ayuda de Tercera Persona (ATP) tiene una serie de ventajas, entre otras:

- Ha sido ampliamente utilizado en los últimos 20 años en el estado español, y reconocido oficialmente desde que se adjuntó como baremo anexo a las tablas de valoración del grado de "minusvalía" del año 84. Y a pesar de que en el año 2000 se modificó dicho sistema, este baremo se ha mantenido sin ninguna corrección, lo cual demuestra su utilidad y fiabilidad para la evaluación de la dependencia. Esto último simplificaría procesos de validación, ante la tentación de realizar un baremo "nuevo".
- Su denominación como Baremo de necesidad de ayuda de tercera persona, deja claro cual es su cometido, y que es lo que evalúa, huyendo de nombres propios u otros nombres confusos.
- Es un baremo de tipo medio en cuanto a su complejidad, recogiendo un número de ítems, suficiente como para poder ser empleado en diversos campos.
- Se centra en el estudio de actividades y no en el de las estructuras o funciones alteradas, pero también recoge información sobre factores contextuales y necesidad de ayudas especiales.
- Para la discusión y elaboración de este estudio se contó con la participación del equipo de valoración de personas con discapacidad de Gizartekintza de Guipúzcoa, conformado por médicos, psicólogos y trabajadores sociales con amplia experiencia en la aplicación y elaboración de diversos baremos de dependencia, y más en concreto del ATP.

Siguiendo por tanto las recomendaciones realizadas anteriormente, se va a intentar, por un lado, ver si el ATP coincide, en líneas generales, con lo expuesto en estos puntos y por otro intentar adaptarlo, sin modificarlo sustancialmente, a las recomendaciones de la CIF. Obteniendo finalmente un baremo al que denominaremos, para diferenciarlo del anterior, Baremo de necesidad de ayuda de otra persona BNAOP.

1.2.1 Codificación y terminología internacional.

A efectos de codificación y terminología se adoptan los **criterios de la OMS**, en concreto: En lo referente a las **enfermedades** se utilizaría la **Clasificación de enfermedades y problemas de salud relacionados (CIE-10) de la OMS**. En lo referente a las **deficiencias** se utilizaría la clasificación de **estructuras y funciones corporales de la CIF**

Los dos puntos anteriores quedarían recogidos en el sistema general de clasificación del sistema de graduación de personas con discapacidad, que se emplearía, como parece lógico pensar, como complementario a la valoración de la dependencia (tal y como se viene haciendo en la actualidad con método de valoración del grado de "minusvalía" y el baremo de necesidad de ayuda de tercera persona).

A falta de una definición por parte de la OMS, se adoptará la definición de dependencia de la **recomendación No(98)9 del Consejo de Europa**:

*Se considera la dependencia como un estado en el que personas, debido a una **pérdida física, psíquica** o en su **autonomía intelectual**, necesitan asistencia o ayuda significativa para manejarse en las actividades diarias.*

*Se considera que el principio de **autonomía para personas dependientes** debe ser una guía para toda política relativa a personas en situación de dependencia.*

1.2.2 Dependencia y discapacidad.

En relación al **BNAOP** se considerará, por tanto, la dependencia derivada de situaciones de discapacidad motivadas por deficiencias físicas o psíquicas

1.2.3 Actividades diarias

El baremo de ATP recoge fundamentalmente ítems que hacen referencia a la necesidad de ser ayudado por otra persona para la realización de una serie de **actividades que se consideran esenciales**, y que según

la CIF se verían representadas en la clasificación de **actividades y participación**. Fundamentalmente por todas las actividades de autocuidado, por algunas de movilidad, y en menor medida por actividades de comunicación, de relación y aplicación del conocimiento

1.2.3.1 Se intentará, primero identificar Cada ítem del ATP con los ítems y definiciones de la CIF y posteriormente reagruparlos siguiendo el esquema propuesto en la misma.

Quedaría el baremo de esta forma conformado por **cinco grandes grupos** de problemas:

- A. De movilidad
- B. De autocuidado
- C. De comunicación
- D. De autonomía psíquica
- E. De factores contextuales de ayuda

En la siguiente tabla: En la primera columna aparece el código CIF, después entre paréntesis la numeración de los ítems del ATP. En la segunda columna el texto que corresponde al código CIF y entre paréntesis aclaraciones para mejor identificarlos con los ítems que sustituyen.

CIF	ATP	ITEMS CIF DEL BAREMO PARA DETERMINAR LA NECESIDAD DE AYUDA DE TERCERA PERSONA
-----	-----	---

A. MOVILIDAD

CAMBIAR Y MANTENER LA POSICIÓN DEL CUERPO

d 410	(B1.1 B1.2 A4)	Cambiar las posturas corporales básicas (<i>Tumbarse, sentarse y ponerse en pie</i>)
d 4106	(B1.3)	Cambiar el centro de gravedad del cuerpo (<i>cambios posturales</i>)
d 420	(A1)	Transferir el propio cuerpo

LLEVAR, MOVER Y USAR OBJETOS

d440	(B2.4 B4 .1 C3 B4.2 B4.3 D1 D2 D3)	Uso fino de la mano (<i>manipular grifos, enchufes, llaves, interruptores...</i>)
d445	(B1.4 B4 .3 C2 D1 D3)	Uso de la mano y del brazo (<i>abrir/cerrar puertas, persianas, alcanzar objetos...</i>)

ANDAR Y MOVERSE

d 4600	(A2 A3 A5 C2)	Desplazarse dentro de la casa
d 4602	(A2 A3 A5)	Desplazarse fuera del hogar y de otros edificios

B. AUTOCUIDADO

d5100	(B3.3 B3.4)	Lavar partes del cuerpo (<i>cara, manos, pies...</i>)
d5101	(B3.1)	Lavar todo el cuerpo (<i>baño, ducha</i>)
d520	(B3.5)	Cuidado de partes del cuerpo (<i>peinarse, cortarse las uñas, afeitarse...</i>)
d5300	(B3.2)	Regulación de la micción
d5301	(B3.2)	Regulación de la excreción
d5302	(B3.4)	Cuidado menstrual
d5400/d5401	(B2.1 B2.2 B2.4)	Ponerse/quitar ropa
d5404	(B.2)	Elección de vestimenta adecuada
d5402/d5403	(B2.3)	Ponerse/quitar calzado
d550	(B4.1 B4.3)	Comer
d560	(B4.2)	Beber
d570	(E2 E3 F2.1 F2.2)	Cuidado de la propia salud (<i>dietas, consultas médicas, seguimiento de los consejos y tratamientos, evitar daños para la salud...</i>)

C. COMUNICACIÓN

d349	(C1)	Producción de mensajes (<i>hablados, escritos, signos... como avisar en caso de urgencia.</i>)
d329	(C2)	Recepción de mensajes (<i>hablados, escritos, signos... como identificar una llamada a la puerta, o un sonido de una alarma</i>)
d3600	(C3)	Utilización de dispositivos de comunicación

D. AUTONOMÍA PSÍQUICA

INTERACCIONES Y RELACIONES PERSONALES

d760	(F1.1)	Relaciones Familiares (<i>con el núcleo familiar más próximo</i>)
d750	(F1.2 F1.3)	Relaciones sociales informales (<i>con amigos, vecinos, conocidos..</i>)
d710	(F3.1 F3.2)	Interacciones interpersonales básicas (<i>de manera adecuada a los usos y costumbres corrientes de su entorno, respeto, tolerancia, contacto físico...</i>)
d720	(F1.2 F3.2 F3.3)	Interacciones interpersonales complejas (<i>controlar las emociones, impulsos, agresividad, normas y convenciones sociales de su entorno</i>)

TAREAS Y DEMANDAS GENERALES

d230	(F4.1)	Llevar a cabo rutinas diarias (<i>economía domestica, planes de actividades...</i>)
------	--------	---

APLICACIÓN DEL CONOCIMIENTO

d175	(F4.1 F4.2)	Resolver problemas (<i>o situaciones no habituales</i>)
d177	(F4)	Tomar decisiones

E. FACTORES CONTEXTUALES DE AYUDA

e120	(E3)	Productos y tecnología de ayuda para la movilidad y el transporte personal en espacios cerrados y abiertos (<i>silla de ruedas, taca-taca, bastones, prótesis, órtesis, grúas...</i>)
e1151	(E1 E2)	Productos y tecnología de ayuda para uso personal en la vida diaria (<i>dispositivos de oxígeno, diálisis, pañales, bolsas, audífonos, prótesis...</i>)
e355	(E1 E3)	Profesionales de la salud (<i>Curas de enfermería, fisioterapia, sondas...</i>)
e398	(F2.1 F2.2)	Apoyos personales para supervisión y protección (<i>disponibilidad continua, supervisión intermitente en ambientes controlados...</i>)

1.2.3.2 Las actividades de interacciones y relaciones personales, tareas y demandas generales y aplicación del conocimiento, representarían dentro del grupo de **autonomía psíquica**, lo que en diversos apartados de este documento se a denominado como autonomía intelectual, o capacidad de la persona de tomar sus propias decisiones.

1.2.3.3 Número de ítems. Se considerarán 12 ítems de autocuidado, 7 de movilidad, 7 de autonomía psíquica, 3 de comunicación y 4 de ayudas y apoyos especiales. Resultando un total de 33 ítems. Este número, aunque a mi entender resulta lo suficientemente equilibrado, podía ser objeto de discusión en cuanto a añadir o suprimir algún ítem, fundamentalmente en el apartado de autonomía psíquica.

1.2.3.4 Grupos de actividades esenciales de la vida. Finalmente a efectos del BNAOP se reagruparán estas actividades de la vida en tres grupos, que se consideran como imprescindibles o necesarias para la subsistencia personal y la interacción con su contexto más próximo, y más en concreto todas las de autocuidado, algunas de movilidad y otras que se incluyen dentro de un grupo denominado de comunicación y autonomía psíquica.

1.2.3.5 Otras actividades de la vida. En su sentido más amplio la dependencia se considera intrínseca a las personas, por tanto, podrá darse en todas las edades y en todas las actividades, laborales, domésticas, escolares, etc. Pudiendo considerarse como las más importantes, de todas las clasificadas por la CIF, las que recoge la lista "Check List" propuesta por la OMS. En caso de considerarse necesario, para el estudio de la dependencia en otras situaciones (domésticas, escolares, laborales, etc.) el BNAOP, podría incrementarse con ítems de esta lista.

A este respecto y tras el estudio realizado en el anexo 3, parecería necesario que en un baremo de uso "general" para graduar la dependencia se introdujeran los siguientes ítems:

- d470 Utilización de medios de transporte
- d620 Adquisición de bienes y servicios
- d630 Preparar comidas
- d640 Realizar los quehaceres de la casa
- d860 Transacciones económicas básicas
- d920 Tiempo libre y ocio

También e intentando aproximar los ítems a los de la "Check List" se podría sustituir los ítems propuestos en desplazamiento por los de **d450 andar y d465 desplazarse usando algún equipamiento** y el de llevar a cabo rutinas diarias por el de **d220 Llevar a cabo una única tarea**; en uso de la mano y el brazo por **d430 levantar y llevar objetos...**¹

1.2.4 Implicación del contexto.

1.2.4.1 El baremo de ATP, recoge también una serie de ítems que hacen referencia a la necesidad de ayudas o asistencia técnica o personal, y que según lo clasificado en la CIF se verían representadas en la clasificación de **factores contextuales** de la CIF

1.2.4.2 Se intentarán, como anteriormente, primero identificarlos con los ítems y definiciones de la CIF y posteriormente reagrupar siguiendo el esquema propuesto en la misma.

1.2.4.3 Este grupo representaría fundamentalmente las **cargas de trabajo** de tipo sanitario o técnico dentro del estudio de la dependencia

1.2.4.4 Los factores contextuales que se tendrán en cuenta en el BNAOP hacen referencia fundamentalmente a la necesidad ayudas o cuidados especiales y más en concreto, al uso de productos y tecnología de ayuda, a la necesidad de cuidados por parte de profesionales de salud y la necesidad de apoyos de cuidadores

1.2.5 Ayuda personal.

La valoración de los problemas relacionados con la realización de las actividades que recoge el BNAOP se hará, no en función de la dificultad para realizarlas, ni en la necesidad de usar ayudas técnicas, sino en función de la **necesidad de ser ayudado por otra persona**, tanto en las actividades, como en el uso de las ayudas técnicas.

¹ Esta "adecuación del baremo de ATP" se realizará más detenidamente en el apartado 3 de este anexo

1.2.6 Especificidad de las definiciones

El BNAOP hará referencia a **actividades de la vida diaria y factores del contexto ambiental** con las definiciones concretas propuestas en la CIF lo cual les da un significado exacto.

1.2.7 Isogrupos por clase de dependencia.

A partir de los anteriores puntos obtendríamos cuatro grandes grupos: Autocuidado; Movilidad; Comunicación y autonomía psíquica; Ayudas y apoyos especiales. Partiendo de la combinación de los grupos anteriores obtendríamos **seis isogrupos según el tipo de dependencia**

Se trataría de conseguir clasificar a las personas dependientes en función de unas características comunes en cuanto a las ayudas y tipos de cuidados que van a requerir. Con el baremo de BNAOP independientemente del diagnóstico, también podríamos hacer una clasificación y en función de los cuatro grupos de ítems de las CIF realizados se podrían definir teóricamente gran número de grupos. Ahora bien, si partimos del supuesto de que en todos los casos van a existir problemas de autocuidado, nos quedarían por combinar tan solo movilidad, autonomía psíquica y ayudas especiales, obteniendo los siguientes isogrupos:

El obtener el nivel G o T en cualquiera de los cuatro niveles definiría automáticamente el grupo

1. Dependencia con problemas de movilidad
2. Dependencia con problemas psíquicos
3. Dependencia con problemas de movilidad y problemas psíquicos
4. Dependencia con problemas de movilidad y ayudas especiales
5. Dependencia con problemas psíquicos y ayudas especiales
6. Dependencia con problemas de movilidad, problemas psíquicos y ayudas especiales

1.2.8 Sensibilidad / graduación de la ayuda.

La graduación del problema se modificaría partiendo del sistema simple del ATP de, puede / no puede, a uno más complejo con mayores criterios de sensibilidad, en cuanto a reflejar la severidad del problema. Esto se cumpliría mediante la adopción del sistema de graduación en cinco niveles, para cada ítem, según la propuesta de medición de los problemas de la CIF:

NO hay problema	(ninguno ausente, insignificante...)	0-4%
Problema LIGERO	(poco, escaso.....)	5-24%
Problema MODERADO	(medio, regular....)	25-49%
Problema GRAVE	(mucho, extremo...)	50-95%
Problema COMPLETO	(total...)	96-100%

Hay que dejar bien sentado que en este baremo el "problema" que se gradúa no es la dificultad para realizar una actividad, sino la necesidad de ayuda, ya que es un baremo para graduar y estudiar las situaciones de dependencia. De tal forma que una persona con una gran dificultad para realizar una actividad (por ejemplo andar), pero que la realiza sin ayuda, se consideraría como que no hay problema (de ayuda de otra persona).

NOTA: Este sistema sería equiparable a los usados por algunos baremos que han tratado de incrementar la sensibilidad como son el FIM y el RAI, que se describen a continuación

PUNTUACIONES FIM /MIF

7. Independencia completa (con rapidez y seguridad) NO ASISTENCIA
6. Independencia moderada (aparatos)

Dependencia moderada

5. Supervisión
4. Asistencia mínima (paciente más del 75%)
3. Asistencia moderada (paciente más del 50%)

Dependencia completa

2. Asistencia máxima (paciente más del 25%)
1. Asistencia total (paciente más del 0%)

ASISTENCIA

Graduación del RAI - RUG

REALIZACION AUTONOMA DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

(Codificar la realización del autocuidado por el residente a lo largo de todos los turnos, durante los últimos 7 días de las Actividades de la Vida Diaria. - No incluye preparación del material)

1. INDEPENDIENTE - Sin ayuda ni supervisión del personal -ó- con ayuda/supervisión del personal suministrada sólo una ó dos veces durante los últimos 7 días.
2. SUPERVISION- Supervisión, estimulación ó dar ánimos 3 ó más veces durante los últimos 7 días -ó- supervisión más asistencia física solamente 1 ó 2 veces durante los últimos 7 días.
3. AYUDA LIMITADA/PARCIAL - El residente, muy implicado en la actividad, recibió ayuda física para guiar el movimiento de los miembros u otras ayudas SIN sostener peso en 3 ó más ocasiones -ó- mayor ayuda suministrada sólo una ó dos veces durante los últimos 7 días.

4. AYUDA AMPLIA- Durante la realización de parte de la actividad en los últimos 7 días, el paciente recibió ayuda 3 ó más veces de alguno/s del/los siguiente/s tipo/s:
 - Ayuda implicando soporte de peso.
 - Ayuda total del personal, durante parte (pero no todos) de los últimos 7 días
5. DEPENDENCIA TOTAL - Actividad con ayuda total del personal, durante todo el período de 7 días.

1.2.9 Isogrupos por gravedad / Umbrales de dependencia.

Una vez graduados todos los ítems y aún partiendo de que salvo valores de cero puntos no se podría considerar al individuo como independiente, se pretende obtener unos umbrales de dependencia o necesidad de ayuda "significativa", también utilizando la graduación de gravedad del problema - esta vez aplicado al conjunto del baremo- propuesto por la CIF, que nos ofrece la posibilidad de encuadrar esta en **cinco grandes grupos de gravedad de la dependencia**

1. Dependencia insignificante (0 - 4%)
2. Dependencia ligera (5 - 24%)
3. Dependencia Moderada (25 - 49%)
4. Dependencia Grave (50 - 95%)
5. Dependencia Total (96 - 100%)

Habría que acordar el % de dependencia a tener en cuenta a la hora de considerar a una persona como "dependiente administrativamente" o "umbral" de dependencia.

Considerando, en base a los estudios comparativos anteriores de varios baremos, que dicho porcentaje estaría alrededor del 25%. Y según esto, se consideraría "administrativamente":

- 1. Personas no dependientes (autónomas, independientes, validas,...):** Aquellas que se encuentran en situación de **dependencia ligera** y que presentan un problema de necesidad de ayuda inferior a un 25% en el BNAOP u otro asimilable.
- 2. Personas dependientes:** Aquellas que se encuentran en situación de **dependencia moderada** y que presenten un problema de necesidad de ayuda superior a un 25% e inferior al 50% en el BNAOP u otro asimilable.
- 3. Personas Gran dependientes (dependientes complejos, psicogeriatricos...):** Aquellas que se encuentran en situación de **dependencia grave o total** y que presenten un problema de necesidad de ayuda superior a un 50% en el BNAOP u otro asimilable

1.2.10 Prevención y modificación de la dependencia.

Utilizando como modelo el sistema "doble" de calificadores **c** (de capacidad) y **p** (de desempeño /realización) que utiliza la CIF para describir y graduar las limitaciones para realizar una determinada actividad, se podría utilizar también para describir y graduar los problemas de situaciones de dependencia, y de esta forma obtener información sobre la posibilidad de interactuar o realizar modificaciones en el contexto ambiental con el objeto de mejorar o suprimir la situación de dependencia.

- c** Calificador de codificación de la CIF que hace referencia a la Capacidad "posible" para realizar una determinada actividad. Se entiende en lo relacionado a este baremo como la necesidad teórica o posible de ayuda de otra persona para realizar la actividad estudiada, **en un contexto neutral (sin barreras) o adaptado.**
- p** Calificador de codificación de la CIF que hace referencia al Desempeño/ Realización "real" de una determinada actividad. Se entiende en lo relacionado a este baremo como la necesidad de **ayuda de otra persona** para realizar la actividad estudiada, **en el contexto real/ actual.**

1.2.11 Perfil de dependencia.

De lo dicho en los anteriores apartados podría obtenerse un perfil de dependencia que informara de forma grafica tanto de la gravedad como del tipo de dependencia.

PERFIL DE DEPENDENCIA

GRAVEDAD DEL PROBLEMA (niveles CIF)		I	L	M	G	T
A. AUTOCAUIDADO	c	2	3-13	14-26	27-52	54
	p					
B. MOVILIDAD	c		1-2	3-5	6-11	12
	p					
C. AUTONOMÍA PSÍQUICA	c	1	2-3	4-6	7-12	13
	p					
D. AYUDAS ESPECIALES	c	1	2-5	6-10	11-21	22
	p					
TOTAL: A+B+C+D	c					
	p					

1.2.12 Cargas de trabajo.

1. Si bien el baremo pretende graduar fundamentalmente la gravedad de la situación de dependencia, también puede servir para la **medición indirecta de las cargas de trabajo**, que se verían reflejadas en general por la gravedad de la valoración global y más en concreto por los grupos de autocuidado y el de ayudas y apoyos especiales.

2. Para cada actividad se le asignará una puntuación, en función de la teórica carga de trabajo que puede generar para la persona que presta la ayuda.

Actividad y carga de trabajo	Puntuación asignada	0	1	2	3
Actividades con carga de trabajo insignificante o ligera *		0	1		
Actividades con carga de trabajo moderada		0	1	2	
Actividades con carga de trabajo grave **		0	1	2	3

* La necesidad de supervisión siempre se incluirá en este grupo

** Se considerarán de forma especial los apartados de Autocuidado y Ayudas especiales por lo que se multiplicarán por 2.

3. En cuanto a la **puntuación de cada grupo**, sobre el total del baremo, habría que considerar su adecuación, según criterios consensuados y acordes con otros estudios y baremos comparados. Así podemos comparar los valores del ATP con los de otros baremos en la siguiente tabla.

TABLA COMPARATIVA DE GRADUACIÓN PORCENTUAL DE ITEMS

	KATZ	BARTHEL	KENNY	FIM	FAM	KUNTZMAN	ATP	PLAISIR	BNAOP
1 Autocuidado	83%	60%	59%	44%	29%	40%	37%	52%	54%
2 Movilidad	17%	40%	41%	28%	23%	20%	31%	11%	11%
3 Comunicación y Auton. Intelectual				11%	17%	20%	7%	13%	13%
4 Ayudas especiales				17%	30%		14%		
						20%	11%	25%	22%

4. **Adecuación de los valores porcentuales asignados a cada grupo.** Con objeto de adecuar la puntuación obtenida en el ATP a unos porcentajes que se aproximen en mayor medida a otros baremos más específicos para la medición de las cargas de trabajo, se adecuara ésta porcentualmente a estudios actualizados. En concreto, y para la graduación del

BNAOP, se tomará como referencia los porcentajes propuestos por el grupo Eros- Universidad de Montreal (Esfínteres 17%; Higiene 15%; Comida 13%; Relacional 13%; Movilidad 10%;Vestido 7%; Cuidados especiales 25%).

4. La puntuación final podría mantenerse sobre un total de 72 puntos (lo cual tendría la ventaja de una mayor compatibilidad el sistema y censos anteriores) o modificarse a un total de 100 puntos, que lo haría más comprensible en líneas generales y compatible tanto con otros baremos como con el sistema de graduación propuesto por la CIF.

5. Sensibilidad en la valoración en el grupo de ayudas especiales. Con objeto de incrementar la sensibilidad en el grupo de ayudas especiales se tendrán en cuenta los siguientes criterios, a la hora de valorar la "gravedad del problema"según los criterios de los niveles de gravedad de la CIF , obteniendo la siguiente puntuación:

Nivel de gravedad del problema (CIF)	I	L	M	G/T
Puntuación asignada	0	1	2	3
Criterio de frecuencia.				
Un día a la semana.	0	1		
La mitad de los días.			2	
Todos los días				3
Criterio de duración.				
Menos de 4 horas al mes	0	1		
Menos de 7 horas a la semana			2	
Más de una hora diaria				3
Criterio de cualificación profesional.				
Cuidados médicos.			2	3
Cuidados de enfermería especializados.			2	3
Cuidados de cuidadores o de enfermería básicos.	0	1	2	
Criterio de número de personas de ayuda				
Más de una persona.				3

2. Propuesta de actualización a los criterios de la cif del atp. Baremo de necesidad de ayuda de otra persona (BNAOP)

Teniendo en cuenta todo lo anterior, obtendríamos la siguiente la siguiente tabla.

BAREMO PARA DETERMINAR LA NECESIDAD DE AYUDA DE OTRA PERSONA (BNAOP)

Apellidos y nombre	<input type="text"/>	nº expte	<input type="text"/>
		fecha	<input type="text"/>

I. CODIFICACIONES

A. Enfermedades (CIE-10)

1	<input type="text"/>	2	<input type="text"/>	3	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	5	<input type="text"/>	6	<input type="text"/>

B. Deficiencias (CIF)

1	<input type="text"/>	2	<input type="text"/>	3	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	5	<input type="text"/>	6	<input type="text"/>

C. Necesidad de ayuda en las actividades (CIF)

ACTIVIDADES DE AUTOCAUIDADO

1	<input type="text"/>	2	<input type="text"/>	3	<input type="text"/>	4	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	6	<input type="text"/>	7	<input type="text"/>	8	<input type="text"/>

ACTIVIDADES DE MOVILIDAD

1	<input type="text"/>	2	<input type="text"/>	3	<input type="text"/>	4	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	6	<input type="text"/>	7	<input type="text"/>		

ACTIVIDADES DE COMUNICACIÓN Y AUTONOMÍA PSÍQUICA

1	<input type="text"/>	2	<input type="text"/>	3	<input type="text"/>	4	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	6	<input type="text"/>	7	<input type="text"/>	8	<input type="text"/>
9	<input type="text"/>	10	<input type="text"/>				

D. Factores contextuales (CIF). Ayudas y apoyos especiales

1	<input type="text"/>	2	<input type="text"/>	3	<input type="text"/>	4	<input type="text"/>
---	----------------------	---	----------------------	---	----------------------	---	----------------------

II. PERFIL DE DEPENDENCIA

GRAVEDAD DEL PROBLEMA (niveles CIF)		I	L	M	G	T
A. AUTOCAUIDADO	c					
	p					
B. MOVILIDAD	c					
	p					
C. AUTONOMÍA PSÍQUICA	c					
	p					
D. AYUDAS ESPECIALES	c					
	p					
TOTAL: A+B+C+D	c					
	p					

III. BAREMO PARA DETERMINAR LA NECESIDAD DE AYUDA DE OTRA PERSONA (BNAOP)

Calificador de gravedad de la ayuda	I	L	M	G	T			
Calificador de capacidad/desempeño real	c	p	c	p	c	p	c	p

A. AUTOCUIDADO								
1. Lavar partes del cuerpo (<i>cara, manos, pies...</i>)	0	1	2	2	3			
2. Lavar todo el cuerpo (<i>baño, ducha</i>)	0	1	2	2	3			
3. Cuidado de partes del cuerpo (<i>peinarse, cortarse las uñas, afeitarse...</i>)	0	1	1	1	1			
4. Regulación de la micción	1	1	2	2	3			
5. Regulación de la excreción	1	1	2	2	3			
6. Cuidado menstrual	0	1	1	1	1			
7. Ponerse/quitar ropa	0	1	2	2	3			
8. Elección de vestimenta adecuada	0	1	1	1	1			
9. Ponerse/quitar calzado	0	1	1	1	1			
10. Comer	0	1	2	2	3			
11. Beber	0	1	2	2	3			
12. Cuidado de la propia salud (<i>dietas, consultas médicas, seguimiento de los consejos y tratamientos, evitar daños para la salud</i>)	0	1	1	2	3			
(Máximo 27 x 2 = 54) TOTAL	C			P				

B. MOVILIDAD								
1. Cambiar las posturas corporales básicas (<i>Tumbarse, sentarse y ponerse en pie</i>)	0	1	1	2	2			
2. Cambiar el centro de gravedad del cuerpo (<i>cam-bios posturales</i>)	1	1	2	2	3			
3. Transferir el propio cuerpo	0	1	1	1	1			
4. Uso fino de la mano (<i>manipular grifos, enchufes, llaves, interruptores...</i>)	0	1	1	1	1			
5. Uso de la mano y del brazo (<i>abrir/cerrar puertas, persianas, alcanzar objetos...</i>)	0	1	1	1	1			
6. Desplazarse dentro de la casa	0	1	1	2	2			
7. Desplazarse fuera del hogar y de otros edificios	0	1	1	2	2			
(Máximo 12) TOTAL	C			P				

Calificador de gravedad de la ayuda	I	L	M	G	T			
Calificador de capacidad/desempeño real	c	p	c	p	c	p	c	p

C. COMUNICACIÓN Y AUTONOMÍA PSÍQUICA								
1. Producción de mensajes (hablados, escritos, signos... como avisar en caso de necesidad.)	0	1	1	1	1	1		
2. Recepción de mensajes (hablados, escritos, signos como identificar una llamada a la puerta, o un sonido de una alarma)	0	1	1	1	1	1		
3. Utilización de dispositivos de comunicación (teléfono, telealarma...)	0	1	1	1	1	1		
4. Relaciones Familiares (con el núcleo familiar más próximo)	0	1	1	1	1	1		
5. Relaciones sociales informales (con amigos, vecinos, conocidos..)	0	1	1	1	1	1		
6. Interacciones interpersonales básicas (de manera adecuada a los usos y costumbres corrientes de su entorno, respeto, tolerancia, contacto físico...)	0	1	1	1	1	1		
7. Interacciones interpersonales complejas (controlar las emociones, impulsos, agresividad, normas y convenciones sociales de su entorno)	0	1	1	1	1	1		
8. Llevar a cabo rutinas diarias (economía doméstica, planes de actividades...)	0	1	1	1	2	2		
9. Resolver problemas (en situaciones no habituales)	0	1	1	1	1	1		
10. Tomar decisiones	1	1	2	2	2	3		
(Máximo 13) TOTAL	C			P				

D. AYUDAS Y APOYOS ESPECIALES								
1. Productos y tecnología de ayuda para la movilidad y el transporte personal en espacios cerrados y abiertos (silla de ruedas, taca-taca, bastones, prótesis, órtesis, grúas...)	0	1	1	2	2	2		
2. Productos y tecnología de ayuda para uso personal en la vida diaria (dispositivos de oxígeno, diálisis, pañales, bolsas, audífonos, prótesis...)	0	1	2	2	2	3		
3. Profesionales de la salud (Curas de enfermería, fisioterapia, sondas...)	1	1	2	2	2	3		
4. Apoyos personales para supervisión y protección (disponibilidad continua, supervisión intermitente en ambientes controlados...)	1	1	2	2	2	3		
(Máximo 11x 2 = 22) TOTAL	C			P				

A+B+C+D (Máximo 100) TOTAL	C			P				
----------------------------	---	--	--	---	--	--	--	--

1. DIFERENCIADORES DE CAPACIDAD Y DESEMPEÑO REAL (CIF)

Calificadores de capacidad /desempeño

- c** Calificador de codificación de la CIF que hace referencia a la Capacidad. Se entiende en lo relacionado a este baremo como la necesidad teórica o posible de necesitar ayuda de otra persona para realizar la actividad estudiada en un contexto neutral (sin barreras) o adaptado
- p** Calificador de codificación de la CIF que hace referencia al Desempeño /Realización. Se entiende en lo relacionado a este baremo como como la necesidad de ayuda de otra persona para la actividad estudiada en el contexto real /actual.

2. CALIFICADORES DE GRAVEDAD (CIF)

Calificación del problema	Gravedad del problema
I Insignificante (ninguna, no hay problema ...)	0 - 4 %
L Ligero (poco, escasa...)	5 -24%
M Moderado (medio, regular...)	25 - 49 %
G Grave (mucho, extrema...)	50 - 95 %
T Total (completa...)	96 - 100 %

3. PUNTUACIÓN SEGÚN LA CARGA TEORICA ASIGNADA A CADA ITEM

Actividad y carga de trabajo	Puntuación asignada	0	1	2	3
Actividades con carga de trabajo insignificante o ligera *		0	1		
Actividades con carga de trabajo moderada		0	1	2	
Actividades con carga de trabajo grave **		0	1	2	3

* La necesidad de supervisión siempre se incluirá en este grupo

** Se considerarán de forma especial los apartados de Autocuidado y Ayudas especiales por lo que se multiplicarán por 2.

CONSIDERACIONES PARTICULARES DE GRADUACIÓN EN AYUDAS ESPECIALES

Nivel de gravedad del problema (CIF)	I	L	M	G/T
Puntuación asignada	0	1	2	3
Criterio de frecuencia.				
Un día a la semana.	0	1		
La mitad de los días.			2	
Todos los días.				3
Criterio de duración.				
Menos de 4 horas al mes	0	1		
Menos de 7 horas a la semana			2	
Más de una hora diaria				3
Criterio de cualificación profesional.				
Cuidados médicos.			2	3
Cuidados de enfermería especializados.			2	3
Cuidados de cuidadores o de enfermería básicos.	0	1	2	
Criterio de número de personas de ayuda				
Más de una persona.				3

3. ADECUACIÓN DEL BAREMO DE NECESIDAD DE AYUDA DE TERCERA PERSONA A LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL PRESENTE ESTUDIO SOBRE DISCAPACIDAD/DEPENDENCIA

3.1. Objetivos

Se trataría en este caso de comparar el baremo de ATP, tal y como lo hemos adaptado a la CIF en el apartado anterior, con los diversos resultados obtenidos en los otros estudios realizados en el presente trabajo (anexos 1,2 y 3) para de esta forma considerar en primer lugar, si recoge los ítems fundamentales a la hora de reflejar adecuadamente las situaciones de dependencia y en segundo lugar, proponer cuales son los ítems que se podrían suprimir o añadir a dicho baremo para adecuarlo lo máximo posible a las conclusiones derivadas de dicho estudio.

3.2. Metodología

Para ello nos basaremos fundamentalmente en los resultados del anexo 3, en los que se comparan tanto los resultados obtenidos del estudio de baremos, como del de estudios sociológicos.

I. En primer lugar se compara el ATP con la "lista breve o Check List" de la CIF, diferenciando por un lado aquellos ítems del ATP que se encuentran en esta lista y los que no. Los resultados serían:

a. En actividades de autocuidado

La coincidencia sería completa, con una mayor especificación de ítems en el ATP

b. En actividades de movilidad

Existiría coincidencia en: andar, utilización de equipamiento para desplazamiento, uso fino de la mano y uso del brazo y la mano.

No aparece: utilización de medios de transporte

No se considera: cambiar y mantener la posición del cuerpo (sentarse, ponerse en pie...)

c. En actividades de comunicación:

Coincidirían los ítems de: hablar y recepción de mensajes.

No se considera: utilización de dispositivos de comunicación (telefono...)

d. En Aprendizaje y aplicación del conocimiento

Coincidirían: resolver problemas

No se considera: Tomar decisiones

e. En tareas y demandas generales

Podría equipararse llevar a cabo rutinas diarias con los items de la Check list de llevar a cabo una única tarea o múltiples tareas.

f. En interacciones y relaciones personales

Coincidirían: relaciones sociales informales, interacciones interpersonales básicas, interacciones personales complejas, relaciones sociales formales y relaciones familiares

g. En áreas principales de la vida

No aparece: Transacciones económicas básicas

h. En vida comunitaria y social

No aparece: tiempo libre y ocio

i. En vida doméstica

No aparecen: realizar quehaceres de la casa, preparar comidas y adquisición de bienes y servicios

II. En segundo lugar, comparando lo anterior con la lista de "31" actividades (L-31) del anexo 3.5.2 podríamos realizar una tabla comparativa, que aparece a continuación.

	ATP	L-31	Check-1
MOVILIDAD			
Andar			
Desplazarse usando algún equipamiento			
Uso fino de la mano			
Levantar y llevar objetos			
Utilización de medios de transporte			
Cambiar posturas corporales básicas			
Transferir el propio cuerpo			
Mantener la posición del cuerpo			
Desplazarse por el entorno			
AUTOCUIDADO			
Comer			
Beber			
Lavarse			
Cuidado de las partes del cuerpo			
Vestirse			
Higiene personal relacionada con la excreción			
Cuidado de la propia salud			
COMUNICACIÓN			
Hablar			
Recepción de mensajes hablados			
Utilización de dispositivos de comunicación			
APLICACIÓN DE CONOCIMIENTO			
Resolver problemas			
Tomar decisiones			
TAREAS Y DEMANDAS GENERALES			
Llevar a cabo una única tarea			
INTERACCIONES Y RELACIONES PERSONALES			
Relaciones sociales iformales			
Relaciones sociales informales			
Interacciones interpersonales básicas			
Interacciones interpersonales complejas			
Relaciones familiares			
VIDA DOMÉSTICA			
Realizar quehaceres de la casa			
Preparar comidas			
Adquisición de bienes y servicios			
AREAS PRINCIPALES DE LA VIDA			
Transacciones económicas básicas			
VIDA COMUNITARIA Y SOCIAL			
Tiempo libre y ocio			

3.3 Conclusiones

Finalmente, comparando los datos anteriores con la lista de 23 (L-23) actividades "más representativas", del anexo 3, podremos obtener las siguientes conclusiones:

1ª Se consideran como "inamovibles" en la lista de ATP aquellos ítems que coincidan en las cuatro listas. Serían los siguientes:

1. Comer
2. Beber
3. Higiene personal relacionada con los procesos de excreción
4. Lavarse
5. Vestirse
6. Cuidado de partes del cuerpo
7. Cuidado de la propia salud
8. Andar
9. Desplazarse usando algún equipamiento
10. Uso fino de la mano
11. Levantar y llevar objetos
12. Hablar
13. Recepción de mensajes hablados
14. Resolver problemas
15. Relaciones sociales informales
16. Interacciones interpersonales complejas

2º Se consideraría como **necesario incluir** en dicha lista, aquellas 7 actividades que aparecen hasta completar la L-23 (anexo 3.6)

1. Utilización de medios de transporte
2. Realizar quehaceres de la casa
3. Preparar comidas
4. Adquisición de bienes y servicios
5. Transacciones económicas básicas
6. Tiempo libre y ocio
7. Relaciones sociales formales

3º Tendríamos nueve actividades que se podrían considerar como "convenientes" de mantener en el ATP, y alguna de nueva inclusión que serían:

1. Transferir el propio cuerpo
2. Mantener la posición del cuerpo
3. Desplazarse por el entorno
4. Utilización de medios de comunicación

5. Tomar decisiones
6. Llevar a cabo una única tarea
7. Cambiar las posturas básicas
8. Desplazarse por distintos lugares
9. Cuidado de objetos del hogar

4º Quedarían finalmente, después de comparar las cuatro listas, 8 actividades que encontraríamos con una menor frecuencia pero que **“podrían”** tenerse en cuenta en una lista más extensa:

1. Recepción de mensajes no verbales
2. Producción de mensajes no verbales
3. Mirar
4. Escuchar
5. Educación no reglada
6. Conducción
7. Relaciones familiares
8. Interacciones interpersonales básicas

5º A esta lista de actividades del ATP habría que añadir, los cuatro ítems de factores contextuales de ayuda:

1. Productos y tecnología de ayuda para la movilidad y el transporte personal en espacios cerrados y abiertos.
2. Productos y tecnología de ayuda para uso personal en la vida diaria
3. Profesionales de la salud
4. Apoyos personales para supervisión y protección

3.4. Baremo para determinar la necesidad de ayuda de otra persona 2 (BNOP -2)

Con los datos anteriores podríamos realizar - ya para finalizar- una última propuesta de baremo de ATP o "Baremo para determinar la necesidad de ayuda de otra persona 2 revisado" (BNOP-2) que estaría compuesto por 32 ítems:

- 7 actividades de autocuidado
- 7 actividades de movilidad
- 8 actividades de comunicación y autonomía intelectual
- 6 actividades domésticas y tareas generales
- 4 factores contextuales ambientales que se refieren a: Ayudas y apoyos especiales

A estos ítems habría que añadir - a mi entender, tal y como se expone en el apartado de criterios generales - seis codificaciones (CIF) que recojan las deficiencias corporales más importantes que generan la limitación para realizar actividades y otros tantos códigos de la CIE-10 que recojan los diagnósticos de las enfermedades principales implicadas en la situación de discapacidad/dependencia que se pretende estudiar.

Quedando finalmente este baremo constituido por un máximo de 44 ítems de la OMS - perfectamente identificados y homologados internacionalmente, así como comparables con otros informes estudios o escalas que usen esta misma codificación - distribuidos de la siguiente forma:

- Seis ítems (máximo) de enfermedades de la codificación de la OMS - CIE-10
- Seis ítems (máximo) de deficiencias de la codificación de la OMS - CIF
- Veintiocho ítems de actividades de la codificación de la OMS - CIF
- Cuatro ítems de factores contextuales ambientales de la codificación de la OMS - CIF

Este baremo que recogería lo dicho anteriormente tendría el aspecto que se recoge a continuación:

BAREMO PARA DETERMINAR LA NECESIDAD DE AYUDA DE OTRA PERSONA REVISADO (BNAOP 2)

Apellidos y nombre	<input type="text"/>	nº expte	<input type="text"/>
		fecha	<input type="text"/>

I. CODIFICACIONES

A. Enfermedades (CIE-10)

1	<input type="text"/>	2	<input type="text"/>	3	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	5	<input type="text"/>	6	<input type="text"/>

B. Deficiencias (CIF)

1	<input type="text"/>	2	<input type="text"/>	3	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	5	<input type="text"/>	6	<input type="text"/>

C. Dependencia en las actividades (CIF)

ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO

1	<input type="text"/>	2	<input type="text"/>	3	<input type="text"/>	4	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	6	<input type="text"/>	7	<input type="text"/>		

ACTIVIDADES DE MOVILIDAD

1	<input type="text"/>	2	<input type="text"/>	3	<input type="text"/>	4	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	6	<input type="text"/>	7	<input type="text"/>		

ACTIVIDADES DE COMUNICACIÓN Y AUTONOMÍA PSÍQUICA

1	<input type="text"/>	2	<input type="text"/>	3	<input type="text"/>	4	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	6	<input type="text"/>	7	<input type="text"/>	8	<input type="text"/>

ACTIVIDADES DOMÉSTICAS Y TAREAS GENERALES

1	<input type="text"/>	2	<input type="text"/>	3	<input type="text"/>	4	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	6	<input type="text"/>				

D. Factores contextuales (CIF). Ayudas y apoyos especiales

1	<input type="text"/>	2	<input type="text"/>	3	<input type="text"/>	4	<input type="text"/>
---	----------------------	---	----------------------	---	----------------------	---	----------------------

III. BAREMO PARA DETERMINAR LA NECESIDAD DE AYUDA DE OTRA PERSONA REVISADO (BNAOP 2)

<i>Calificador de gravedad de la ayuda</i>	I	L	M	G	T	
<i>Calificador de capacidad/desempeño real</i>	c	p	c	p	c	p

A. AUTOCUIDADO					
1. Comer					
2. Beber					
3. Higiene personal relacionada con la excreción					
4. Lavarse					
5. Vestirse					
6. Cuidado de las partes del cuerpo					
7. Cuidado de la propia salud					
TOTAL A	C			P	

B. MOVILIDAD					
1. Cambiar las posturas corporales básicas					
2. Andar					
3. Desplazarse por el entorno					
4. Desplazarse usando algún equipamiento					
5. Utilización de medios de transporte					
6. Levantar y llevar objetos					
7. Uso fino de la mano					
TOTAL B	C			P	

C. COMUNICACIÓN Y AUTONOMÍA PSÍQUICA					
1. Hablar					
2. Recepción de mensajes hablados					
3. Utilización de medios de comunicación					
4. Resolver problemas					
5. Tomar decisiones					
6. Interacciones personales complejas					
7. Relaciones sociales formales					
8. Relaciones sociales informales					
TOTAL C	C			P	

Calificador de gravedad de la ayuda	I	L	M	G	T
Calificador de capacidad/desempeño real	c p	c p	c p	c p	c p

D. ACTIVIDADES DOMÉSTICAS Y TAREAS GENERALES						
1. Realizar quehaceres de la casa						
2. Preparar comidas						
3. Adquisición de bienes y servicios						
4. Llevar a cabo una única tarea						
5. Transacciones económicas básicas						
6. Tiempo libre y ocio						
TOTAL D	C			P		

E. AYUDAS Y APOYOS ESPECIALES						
1. Productos y tecnología de ayuda para la movilidad y el transporte personal en espacios cerrados y abiertos						
2. Productos y tecnología de ayuda para uso personal en la vida diaria						
3. Profesionales de la salud						
4. Apoyos personales para supervisión y protección						
TOTAL E	C			P		

A+B+C+D + E (Máximo 100) TOTAL	C			P		
--------------------------------	---	--	--	---	--	--

Nota: Para la graduación parcial de los grupos y de cada ítem, me remito a la adaptación de lo expuesto en el apartado 1.2 del presente anexo.

También podríamos representar el baremo anterior a modo de perfil de la dependencia, tomando como modelo el propuesto en el punto 1.2.11 de este anexo, que quedaría:

GRAVEDAD DEL PROBLEMA (niveles CIF)		I	L	M	G	T
A. AUTOCUIDADO	c					
	p					
B. MOVILIDAD	c					
	p					
C. AUTONOMÍA PSÍQUICA	c					
	p					
D. ACTIVIDADES DOMÉSTICAS	c					
	p					
E. AYUDAS ESPECIALES	c					
	p					
TOTAL: A+B+C+D+E	c					
	p					

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA Y LEGISLACIÓN DE CONSULTA

1. [Abanto Alda JJ y Reuss Fernández](#) (2000): Demografía del paciente crónico: Situación actual de la dependencia. Medicina Geriátrica en Residencias. EDIMSA. Madrid.
2. [Abellán A, Rodríguez V.](#) Las personas mayores en España. Informe 2000. Salud y atención sanitaria. Observatorio de Personas Mayores. IMSERSO - CSIC
3. [Abellán A.](#) Las personas mayores en España. Informe 2002. Longevidad y estado de salud. Observatorio de Personas Mayores. IMSERSO - CSIC
4. [American Medical Association](#) (1994) Guías para la evaluación de las Deficiencias Permanentes.. Última edición 1994. . Edita. Instituto Nacional de Servicios Sociales. Madrid 1995.
5. [Barthel DW, Mahoney FI](#) (1965): Functional evaluation: Barthel Index. Md State Med. J, 1965, 14:61-65
6. [Blanco E.](#) (2001) Protección de las personas con discapacidad en situación de dependencia. IMSERSO. Madrid..
7. [Braña FJ, Monserrat J.](#) (2002) Los costes asociados a la dependencia de las personas mayores
8. [Casado D, Lopez i Cassanovas](#) (2001) "Vejez, dependencia y cuidados de larga duración": Colección Estudios Sociales Núm. 6. Fundación Caixa.
9. [Carrillo E](#) (1994) Estudio sobre las necesidades de atención de socio-sanitaria de las personas mayores en el municipio de Móstoles. Fundación Caja Madrid.
10. [Centro de investigaciones sociológicas](#) (1998). CIS - IMSERSO Nº 2279. Encuesta sobre la soledad en las personas mayores
11. [Codigo Civil.](#) Art. 200. Causas de incapacitación.
12. [Conseil de l'Europe.](#) Strasbourg (1993).Les applications du concept de handicap (désavantage) de la CIH et de sa nomenclature. ISBN 92-871-240-5..
13. [Conseil de l'Europe.](#) Groupe de travail ad hoc: Suède-Canada. (1995)Utilisation et utilité de la CIDIH (CIH) pour le maintien des personnes ayant des incapacités a domicile et dans leur environnement communautaire.
14. [Consejo de Europa](#) (1998) recomendación No.R.(98)9 Del Comité de Ministros relativa a la Dependencia.

15. [Consejería de sanidad y servicios sociales. Xunta de Galicia \(1995\)](#) Programa de atención sociosanitaria.
16. [Convenio de Oviedo \(1999\)](#) Para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina (BOE 10/99)
17. [Decret n° 97-426 du 28 avril 1997 relatif aux conditios et aux modalités dátrtribution de la prestation spécifique dépendance. Journal Officiel de la Republique Française.](#)
18. [Decret n° 93-1216 de 4 novembre 1993 relatif au gide-bareme applicable pour látrtribution de diverses prestations aux personnes handicapées. Annexe Guide-bareme pour lévaluation des deficiences et incapacite des personnes Handicapees.](#)
19. [Declaración de Madrid Congreso Europeo sobre discapacidad \(2002\).](#) "No -discriminación más acción positiva es igual a inclusión social.
20. [Declaración de Tenerife \(2003\).](#) Primer Congreso Europeo sobre Vida Independiente. Acabemos con la discriminación hacia las personas con discapacidad.
21. [Decreto Foral 126/98 de 6 de abril \(BON 55\).](#) Por el que se aprueba el método oficial de valoración del nivel de dependencia de personas de la tercera edad en Navarra.
22. [Defensor del pueblo \(2000\)](#) Recomendaciones del defensor del pueblo e informes de la sociedad española de geriatría y gerontología y de la asociación multidisciplinaria de gerontología. Sobre atención sociosanitaria a las personas mayores en España y aspectos conexos
23. [Del Ser T y Peña-Casanova J \(1994\)](#) Objetivos y métodos de la evaluación de la demencia. Evaluación neuropsicologica y funcional de la demencia. Barcelona. Prous Editores
24. [Diputaciones Forales de la CAV \(Vitoria-Gazteiz 01/03\):](#) Carta de derechos de las personas dependientes.
25. [Egea C. y Sarabia A. \(2001\):](#) Experiencias de aplicación en España de la Clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías (CIDDM). Madrid: Real patronato sobre discapacidad. Documentos 91/99
26. [Egea C. \(1999\).](#) Políticas para la Discapacidad Diagnóstico y valoración. Seminario de derecho comparado sobre discapacidades) Real Patronato. Documentos 52/99

27. Ferrieu M. (1996). Bilan d'autonomie. Ency.Med. Chir. 26-030-A-10.
28. Foro Europeo de Personas con Discapacidad (2002). Personas con discapacidades de gran dependencia. Los marginados entre los marginados.
29. García Viso M. (1990) Diagnóstico y valoración de discapacidades.. Colección Documentos 22/90. . Edita. Instituto Nacional de Servicios Sociales. Madrid 1990.
30. Garcia Viso M.(1995) Horizontes de la CIDDM. Seminario Iberoamericano sobre aplicación de CIDDM.. Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid 1995.
31. Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social (2002). Llibre Blanc de la Gent Gran amb Dependencia
32. Gizartekintza Diputación Foral de Gipuzkoa (2003): Plan de atención a las personas con discapacidad de Gipuzkoa.
33. Gonzalez Dominguez Mercedes (1991) Usos de la clasificación internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvaloras (CIDDM).. Colección Rehabilitación. INSERSO. Madrid 1991.
34. Granger CV, (1985) Valoración funcional del paciente crónico (FIM). Medicina Fisica y rehabilitación. Krusen. Ed. Panamericana. 1985 285-307.
35. Grupo de trabajo sobre la dependencia (2002). Aportaciones de la CIF al concepto de dependencia. Santander.
36. Hinojal Fonseca R (1996) Daño Corporal: Fundamentos y métodos de valoración médica.. Edita. Arcano Medicina. Oviedo 1996.
37. INE (1999): Encuesta Sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de salud. Madrid 1999.
38. Jimenez Lara A y Huete García (2002): La discapacidad en España: Datos epidemiológicos. Real Patronato sobre Discapacidad. Documentos 62/2002.
39. Jouvencel M R (2002) Manual del perito médico. Fundamentos técnicos y jurídicos. Ed. Diaz de Santos
40. Lawton MP (1971) The functional assessment in rehabilitation of elderly people. Self-maintaining and instrumental Activities of Daily Living. The Gerontologist 1969, 9:179-186
41. Le Gall M y Ruet JL. (1996). Evaluation et analyse de l'autonomie. Ency.Med. Chir. 26-030-A-10.

42. Katz s. Frd AB, Moskowitz et al (1963); Studies of illness in the aged: the index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial funtion. JAMA 1963; 185-94.
43. Kuntzman F (1982) Evaluation des besoins des pensionnaires des établissements gériatriques. Rev Geriatrie 1982; 7(6)-263 -271.
44. Leturia FJ, Yanguas JJ y Leturia M. Gizartekintza- Diputación Foral de Gipuzkoa (1999): Las personas mayores y el reto de la Dependencia en el siglo XXI.
45. Leturia FJ, Yanguas FJ, Arriola E, Uriarte A (200) Valoración multi-factorial de la dependencia. La valoración de las personas mayores:evaluar para conocer, conocer para intervenir. Fundación Matia -Caritas.
46. Ley 13/1982. Integración social de los minusválidos.
47. Ley 12/98 de 22 de Mayo: Medidas contra la Exclusión social
48. Ley 6/2001, de 20 de noviembre, de protección a las personas dependientes, Comunidad Autónoma de Cantabria.
49. Ley 30/95 de 8 de Noviembre, de ordenación y supervisión de seguros privado. B.O.E. de 9 de Noviembre de 1995.
50. Ley 41/2002, de 4 de Noviembre, Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación.
51. Lopez Mongil R. (2000) Valoración geriátrica en residencias de ancianos. Diputación Provincial de Valladolid.
52. Melenneec L. (1997) Valoración de las discapacidades y del daño corporal. Masson.
53. Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC) (1997) Encuesta Nacional de Salud 1993 y 1997. Madrid.
54. Montero Centeno D. (1993) Inventario para la planificación de servicios y programacion individual ICAP. ICE-DEUSTO
55. OECD (1995). Social Protection for dependent elderly people: perspectives from a riview of OECD countries.
56. ONU (1948) Resolucion 217(III)A. En la 183ª Asamblea General de la ONU en 10 de diciembre de 1948. Declaración Universal de los Derechos Humanos.
57. ONU(1975) Resolucion 3447 de 9 de diciembre de 1975. Declaración de los derechos de los impedidos.
58. ONU (1982) Resolución 37/52 en la 37 sesión regular de la

Asamblea general de 03/12/82. Programa de Acción Mundial para Personas con Discapacidad:1983-1992.

59. ONU(1993). Resolución 48/96 de la Asamblea General 48 periodo. 20/12/93.Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad.
60. Orden de 8 de Marzo de 1984 (Ministerio de Trabajo y Seguridad Social). INVALIDOS, INVALIDEZ- [Determinación del grado de minusvalía y valoración de las diferentes situaciones exigidas para ser beneficiario de las prestaciones y subsidios](#) previstos en el Real Decreto de 1 de febrero B.O.E. de 16 de Marzo de 1984 (nº65).
61. [Organización Mundial de la Salud](#). CIIDDM-2 (1997): Clasificación internacional de deficiencias, actividades y participación. Manual de las dimensiones de las consecuencias de la enfermedad y del rendimiento funcional. Versión Beta-1 para experimentación. OMS, Ginebra 1997.
62. [Organización Mundial de la Salud](#) (2001): Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud. CIF. Ginebra.
63. [Organización Mundial de la Salud](#) (2001). Aprobación de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la discapacidad y de la Salud (CIF).Resolución 54/21. De la 54 Asamblea Mundial de la Salud realizada en 22/05/01
64. [Organización Mundial de la Salud](#) (1980). Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. Manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad" Edita. Instituto Nacional de Servicios Sociales. Colección rehabilitación Madrid 1983. Ultima edición con nuevo prólogo en 1994.
65. [Real decreto](#) 1971/1999, de 23 de diciembre, de [procedimiento para reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía](#).
66. Ring J. (1994): Valoración funcional: una necesidad imperiosa en rehabilitación.Colección rehabilitación, 28. IMSERSO.
67. [Rodríguez Cabrero G](#) (2001) Cuidados de larga duración en España: Contexto, debates, políticas y futuro. Unidad de políticas comparadas (CSIC). Doc 02-14.
68. [Rodriguez Rodríguez Pilar](#) (1998). El problema de la dependencia en las personas mayores. Rev. Documentación Social nº 112 Julio-sept.
69. [Sancho Castiello M. Miguel Polo JA](#) (2001). II Asamblea Mundial sobre el envejecimiento.(abril 2002). Envejecer en España. IMSERSO. Madrid.

70. Schoening HA et al Sister Kenny Rehabilitation Institute Mineapolis (1963): Numerical scoring of self-care status of patients. *Ach Phys Med Rehabil.* 1965: 46:689-697.
71. Sentencia del Juzgado de lo Social 15 de Barcelona (12/5/99) sobre gran invalidez.
72. SIIS. Ramon Saizarbitoria, Luis Sanzo y julio Diaz. (1985). Mesa redonda sobre Servicios de diagnostico para minusvalidos. Viceconsejeria de Bienestar y Seguridad Social. Servicio Central de publicaciones del Gobierno Vasco. Vitoria-Gazteiz..
73. SIIS (Centro de documentación y estudios) (1999):Legislación relativa a la política para la discapacidad en Alemania, Francia, Reino Unido y Suecia. Madrid: Real patronato sobre discapacidad.
74. Solano JJ, Lopez E (1998): Envejecimiento y sistemas de clasificación de pacientes. *Rev. Española de Geriatria y Gerontología* 33(6)
75. Tilquin C, Berthou A, Frijters, Van der Kooij (1997). Herramientas de medida de las cargas en cuidados, en el Canadá y los Estados Unidos (CTMSP; PLAISIR, RAI Y Radio-Hogar Care. *Gero Care.* Boletín informativo 6
76. Tilquin C, Saiz E, Carrillo E,, (1992) Monitorización de la dependencia y asignación de recursos en centros sociosanitarios y hospitales de larga estancia" *Revista de gerontología*, Vol 2, nº2
77. Tilquin C, Michelon P, Gascon V., Leonard G, Roussel B (1991). "Validación de una escala de independencia y confinamiento para precedir el nivel de cuidados de enfermería necesarios en las residencias y unidades de hospitalización de ancianos" *Revista de Gerontología*, vol 1 nº 2,
78. Tilquin C, Sicotte C, D'Hoore W, Portella E (1996). "Evaluación de las necesidades en las personas dependientes para ofrecerles unos cuidados y unos servicios apropiados". *Revista de Gerontología* Vol 6.
79. Union Europea (1998) comunicado de la comisión, de 12 de Marzo de 1997. Política social y protección social. Modernización y mejora de la protección.
80. Unión Europea (1992) Recomendación 92/442/CEE Política Social y Protección Social. Convergencia de Objetivos y Politizas.
81. Unión Europea (2000) Resolución del Parlamento Europeo, al comité económico y social y al comité de la Regiones "Hacia una Europa sin Barreras para las personas con discapacidad.
82. UNESPA (2000) Estudio del nivel de dependencia, necesidades de recursos y proyecciones de futuro

83. Valverde MD, Florez M, Sanchez I(1994) Escalas de actividades de la vida diaria. Colección rehabilitación, 28. IMSERSO.
84. Verdugo M.A. y Urries J.(2001) Apoyos, autodeterminación y calidad de vida. Salamanca. Amaru.
85. Verdugo M.A. (2003). Análisis de la definición de discapacidad intelectual de la asociación americana sobre retraso mental de 2002. Siglo cero vol.34

