

La clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) y la práctica neurológica

The International Classification of Functioning, Disability, and Health and the Neurological Practice

Pedro Chaná C.^{1,2} y Daniela Albuquerque^{1,3}

The International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF) aims to supply a reliable, standardized and common language that can be applied in different cultures allowing a description of human functioning and disability, using a universal view of disability. It belongs to a group of classifications from the World Health Organization providing an integral approach to the patient. It establishes a paradigm which approaches the problems of the patient linking the different components of functionality in a circular way where one system influences others, with mutual relationships between them. The model is established with two main parts: the first part includes the functioning and disability with two components a) body structure and function and b) activities and participation. The second part includes the so called contextual factors with two components c) environmental factors and d) personal factors. Each part is divided in domains and these in structures giving a branched structure to the classification. The usefulness of this classification is multiple. It can be used in various disciplines and also across them. It looks for providing a scientific basis for the understanding and study of health and the states related to it, to improve communication among users, such as health professionals, investigators, designers of health policies, and general population, including disabled people. It allows the comparison of data between countries, sanitary disciplines, services, and different periods of time. It gives a system of codification to be applied in the systems of sanitary information and clinical practice.

Key words: Disability Evaluation; Classification; Neurology.
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2006; 44(2): 89-97

Recibido: 26 de septiembre 2005

Aceptado: 3 de mayo 2006

¹ Centro de Estudios de Trastornos del Movimiento (CETRAM), Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Santiago de Chile, Santiago, Chile.

² Departamento de Neurología Clínica Alemana de Santiago.

³ Terapia Ocupacional, Universidad Nacional Andrés Bello.

Los autores no refieren posibles conflictos de interés.

Introducción

La discapacidad ha sido enfrentada por varios años desde la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidad y Minusvalías CIDDMM OPS-OMS, la cual tiene en sus fundamentos un enfoque biomédico y plantea una linealidad entre la enfermedad o problema de salud como causante de la deficiencia, es decir la alteración en una función y/o estructura corporal que provoca la discapacidad (entendida como disminución en la capacidad de realizar una actividad) y finalmente como resultado una minusvalía al presentar una desventaja social como consecuencia. Con el correr de los años comienzan a evidenciarse múltiples limitaciones en esta clasificación como por ejemplo que en algunos casos es posible evidenciar la presencia de deficiencias sin su consecuente limitación en la capacidad (como es el caso de pacientes con un espasmo hemifacial), así como se pueden presentar limitaciones en la capacidad y el desempeño sin deficiencias. Un caso característico es en las etapas finales del embarazo, condición fisiológica que afecta la capacidad y desempeño, situación reconocida por todas las legislaciones. Otra crítica al modelo tiene relación con apreciar problemas en el desempeño sin limitaciones de las capacidades del paciente, como es el caso de la estigmatización frecuentemente vista en neurología, especialmente hacia pacientes con epilepsia, o enfermedades degenerativas en sus etapas iniciales, lo que ciertamente afecta su participación social. Evidentemente este modelo no daba cuenta de todos los aspectos de la enfermedad. Este análisis crítico se enriquece con la llamada perspectiva social en respuesta al concepto biomédico tradicional, planteándose que la sociedad es la que ha fracasado en dar respuesta a las necesidades de las personas con discapacidad y no son estas personas las que no se han podido adaptar. De esta forma es responsabilidad de la sociedad adecuarse a las necesidades de estos colectivos, naciendo la lucha por reivindicaciones para grupos minoritarios en desventaja social.

Estas visiones, aparentemente divergentes, resultan complementarias, y de este modo lo reco-

nocen los paradigmas sobre los que se sustenta la actual Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud también conocida como CIF. El 22 de Mayo de 2001 mediante la resolución WHA54.21 de la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud y luego de haber llevado a cabo estudios de campo sistemáticos y consultas internacionales a lo largo de los cinco años, se aprobó la CIF para su uso internacional⁽¹⁾. En esta publicación realizamos una revisión de esta clasificación en cuanto a su filosofía, componentes, estructura y posibles formas de aplicación. La socialización de la CIF sienta las bases para un lenguaje común entre los profesionales de la salud. Actualmente, su aplicación y validación en las diferentes especialidades es una tarea pendiente que ha comenzado paulatinamente a realizarse a nivel mundial. Mediante esta revisión pretendemos motivar a nuestra comunidad en el tema.

La CIF es una clasificación cuyo objetivo es aportar un lenguaje común, fiable, estandarizado y aplicable transculturalmente, que permita describir el funcionamiento humano y la discapacidad, utilizando una visión universal de la discapacidad. Forma parte de la familia de clasificaciones de la Organización Mundial de la Salud que proporcionan un marco conceptual uniforme de clasificación⁽²⁾. La mayor virtud de esta clasificación es que provee un abordaje integral del paciente, estableciendo un paradigma que aborda la problemática de los pacientes enlazando los diferentes componentes de la funcionalidad en forma circular donde un sistema influye sobre el otro, implicándose e imbricándose entre ellos (Figura 1).

El Modelo se establece en dos grandes partes: la primera que agrupa el Funcionamiento y Discapacidad con dos componentes: a) Funciones y Estructuras Corporales y b) Actividades y Participación. Una segunda parte en que se agrupan los llamados Factores Contextuales con dos componentes; c) Factores Ambientales y d) Factores Personales (Tabla 1). A su vez cada constructo es dividido en dominios y estos en constructos, dando una estructura arborífera a la clasificación. (Figura 2).

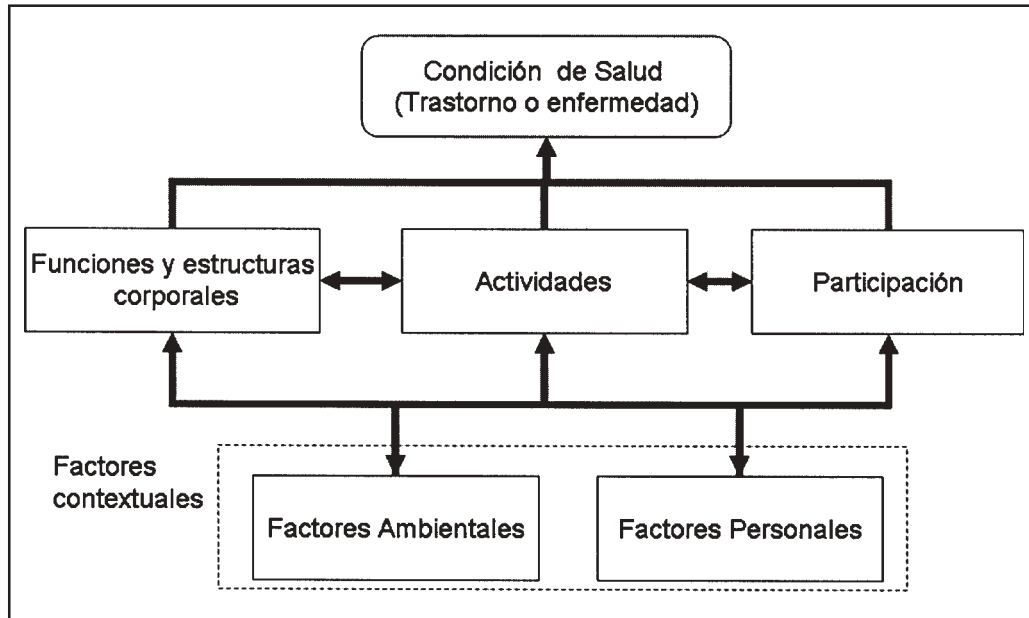


Figura 1. Interacción componentes CIF.

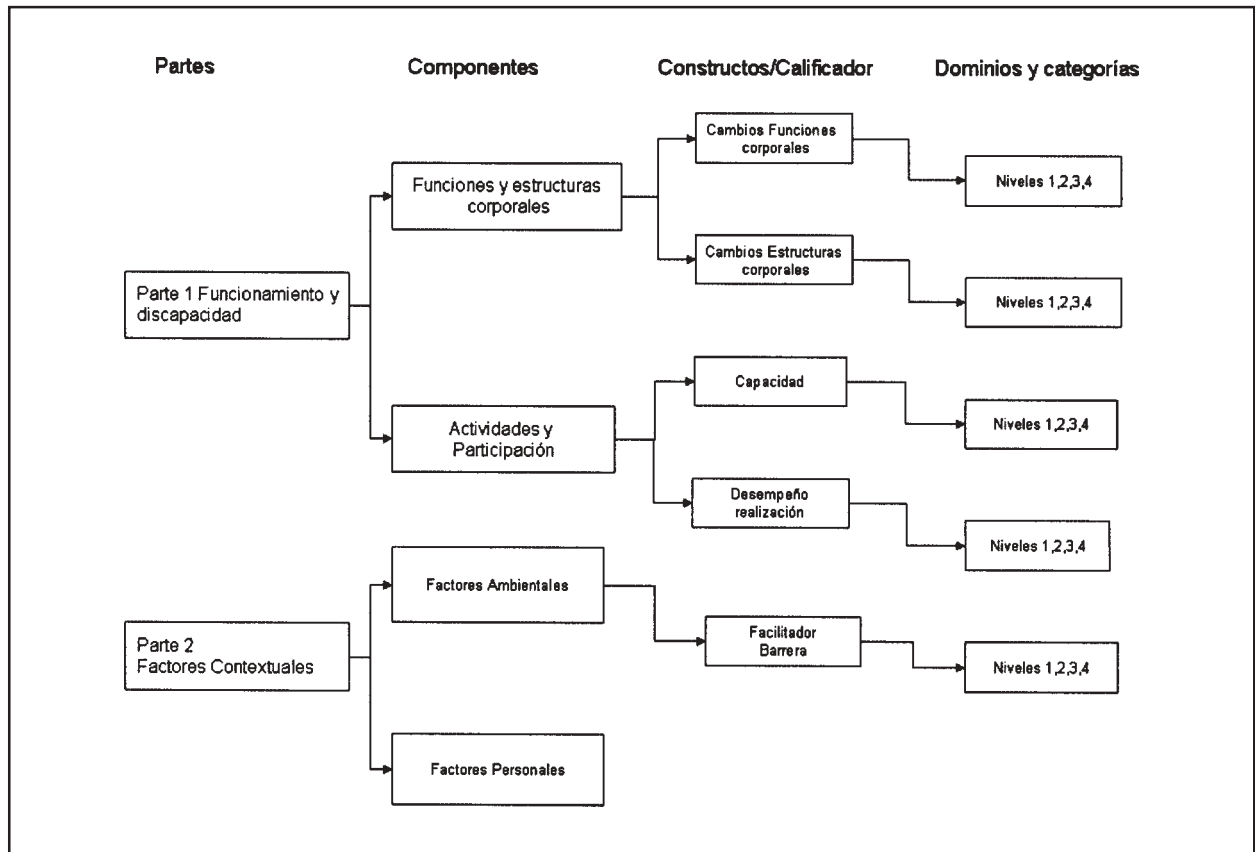


Figura 2. Estructura de la CIF.

Se identifican y definen así los siguientes componentes:

Funciones corporales: Que se refieren a las funciones fisiológicas de los diferentes sistemas y estructuras corporales relacionadas a las partes anatómicas del cuerpo.

Actividades y Participación: La primera entendida como la realización de una tarea o acción por parte de un individuo y la segunda como el acto de involucrarse en una situación vital. Se establece por definición que limitaciones en la Actividad son dificultades que un individuo puede tener en el desempeño/realización de actividades y restricciones en la Participación son problemas que un individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones reales de la vida.

Factores Contextuales: Que incluyen el ambiente y los factores personales. Factores ambientales constituyen el ambiente físico, social y actitudinal en el que las personas viven y conducen sus vidas. Los factores personales que son las múltiples aspectos propios de cada individuo, no se detallan en esta versión de la clasificación. Estos factores se integran enlazándose unos con otros para determinar el estado de salud (Figura 1).

Los objetivos de esta clasificación son múltiples. Puede ser utilizada en varias disciplinas y transectorialmente. Busca proporcionar una base científica para la comprensión y el estudio de la salud y los estados relacionados con ella, establecer un lenguaje común para describirla y para mejorar la comunicación entre distintos usuarios, tales como profesionales de la salud, investigadores, diseñadores de políticas sanitarias y la población general, incluyendo a las personas con discapacidades; permitir la comparación de datos entre países, entre disciplinas sanitarias, entre los servicios, y en diferentes momentos a lo largo del tiempo; proporciona un esquema de codificación sistematizado para ser aplicado en los sistemas de información sanitaria.

Ámbitos o dimensiones diferentes pueden ser distinguidos al aplicar el paradigma CIF, hacia lo objetivo y lo subjetivo. Lo primero es claramente reflejado en la CIF como veremos a continuación. Sin embargo, lo subjetivo es recogido

en el contexto de la participación, siendo claramente insuficiente para valorar lo que podríamos llamar la satisfacción de la persona respecto a su participación, definida como el estado cognitivo y de motivación que compromete a la persona, dependiendo de su estado funcional y cultura entre otros factores personales o sociales. La naturaleza de este estado puede resultar resiliente o inhibitorio para la persona lo cual podría ser considerado dentro de un componente de los aspectos personales que no existen predeterminados en la CIF. Sin embargo, esto pueden ser referidos más bien a aspectos objetivos, raza, edad... y la satisfacción estar referida a todos los aspectos considerados en la CIF⁽³⁾.

Una interesante aplicación como herramienta estadística en la recogida y registro de datos es la Encuesta Nacional de la Discapacidad realizada recientemente por FONADIS, que es semejante a otras experiencias internacionales^(4,5) como herramienta de investigación para medir resultados, calidad de vida o factores ambientales; como herramienta clínica en la valoración de necesidades, para homogeneizar tratamientos con condiciones específicas de salud, en la valoración vocacional, en la rehabilitación y en la evaluación de resultados; como herramienta de política social en la planificación de sistemas de seguridad social, sistemas de compensación, y para diseñar e implementar políticas; como herramienta educativa para diseño del "currículum", y para aumentar la toma de conciencia de la sociedad y para poner en marcha actividades sociales.

A continuación presentamos algunos ejemplos prácticos de la clasificación que servirán al lector para comprender sus alcances:

Ejemplo 1: Clasificación de un estado de conciencia

Debe ser considerado dentro de las FUNCIONES CORPORALES en el Capítulo 1 de el dominio de las Funciones mentales dentro de los constructos de las Funciones mentales globales (b110-b139) y en ellas las Funciones de la con-

ciencia (b110) el Nivel de conciencia (b1100) que se entiende como: Funciones mentales que cuando se alteran producen estados tales como la obnubilación mental, el estupor o el coma.

Este nivel de conciencia puede ser calificado según los siguientes calificadores:

- xxx.0 NO hay problema (ninguno, insignificante,...) 0-4%
- xxx.1 Problema LIGERO (poco, escaso,...) 5-24%
- xxx.2 Problema MODERADO (medio, regular,...) 25-49%
- xxx.3 Problema GRAVE (mucho, extremo, ...) 50-95%
- xxx.4 Problema COMPLETO (total,...) 96-100%
- xxx.8 sin especificar
- xxx.9 no aplicable

Este lenguaje común no siempre coincidirá con los usos de la práctica clínica y sus clasificadores en muchos casos estarán lejos de ser útiles a la práctica clínica. Su validación es un proceso dinámico en el que se esperan muchos cambios y una creciente consolidación.

Ejemplo 2

Un ejemplo que se ajusta mejor a la práctica clínica es la evolución de los déficit motores, como una paresia de la mano en el contexto de una enfermedad de la moto neurona.

Se clasifica dentro de FUNCIONES CORPORALES, Capítulo 7 dominio de las Funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento, en el constructo de las Funciones musculares (b730-b749), Funciones relacionadas con la fuerza muscular (b730), Fuerza de músculos aislados o de grupos de músculos (b7300), que se entiende Funciones relacionadas con la fuerza generada por la contracción de músculos específicos y aislados o de grupos de músculos. Incluye deficiencias tales como debilidad de pequeños músculos de los pies y manos, clasificándose con uno de los clasificadores ya mencionados. Se podría adicionalmente especificar la estructura afectada calificando ESTRUCTURAS CORPORALES en el Capítulo 7 Estructuras rela-

cionadas con el movimiento, Estructura de la extremidad superior (s730), Estructura de la mano (s7302), Músculos de la mano (s73022), pudiendo utilizarse los siguientes calificadores:

- 0 no hay cambio en la estructura
- 1 ausencia total
- 2 ausencia parcial
- 3 parte adicional
- 4 dimensiones aberrantes
- 5 discontinuidad
- 6 posición desviada
- 7 cambios cualitativos en la estructura, incluyendo la acumulación de fluido
- 8 sin especificar
- 9 no aplicable.

La precisión en la descripción dependerá del nivel que se quiera alcanzar y los ítems que se desea describir, lo cual variará según los objetivos que se tenga al utilizar la clasificación.

Este afinamiento de la descripción de los aspectos funcionales y estructuras afectadas es uno de los aspectos de la clasificación. Otro ámbito integrado como la participación y desempeño extiende el ámbito de la clasificación a lo psicosocial.

Ejemplo 3

Una aplicación neurológica frecuente es en pacientes con demencia en relación a la capacidad de auto cuidado de su salud, la cual se clasifica dentro de ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN en el Capítulo 5 dominio de Autocuidado, constructo Cuidado de la propia salud (d570) Asegurar el propio bienestar físico (d5700) definido como Cuidar de uno mismo, siendo consciente que uno debe tomar medidas, y tomándolas para que el cuerpo esté en una postura cómoda, sin sentir demasiado calor o frío y que se dispone de la luz adecuada. Se podrá clarificar según sistema genérico de porcentajes.

En último término los factores ambientales también podrán ser clasificados y calificados esta vez definiendo si facilitan o dificultan el desempeño del paciente.

Aplicación estadística

El primer estudio nacional de la discapacidad realizado por el Fondo Nacional de la Discapacidad (FONADIS) y el Instituto Nacional de Estadística (INE) toma una radiografía de la discapacidad en Chile utilizando la Clasificación CIF en un estudio poblacional con una muestra de 1.335 personas a quienes se les aplica una encuesta de 34 preguntas para identificar sus dificultades, seguida de 32 preguntas para caracterizar la discapacidad. Se encuentra una prevalencia nacional de discapacidad de 12,9% que se descompone en 7,2; 3,2; 2,5% entre leve, moderada y severa respectivamente.

Al clasificar la discapacidad en relación a los diagnósticos CIE-10 observamos que diagnósticos del sistema nervioso central representan el 5,8% al igual que las discapacidades de origen en enfermedades mentales y del comportamiento, no existiendo información respecto a la severidad en relación al diagnóstico CIE-10.

Otra aplicación estadística es la codificación de encuestas y registros de uso clínico, facilitando su incorporación al sistema de registro compu-

tacional, permitiendo conservar información en campos por separado respecto de diferentes aspectos de la enfermedad, especialmente los relacionados al estatus funcional del paciente⁽⁶⁾. Al comparar la codificación mediante CIF y escalas de evaluación especialmente en lo relacionado a los ámbitos desempeño y participación, se observa que la codificación logra reflejar las escalas en forma consistente. Sin embargo, los códigos no se restringen a un solo ámbito sino que se reflejan en forma difusa en la clasificación, probablemente por el espíritu que la inspira, en que no se den sistemas enlazados y que la participación no puede ser explicada por uno o dos factores aislados⁽⁷⁾.

Aplicación en la rehabilitación clínica

La rehabilitación implica un continuo de procesos: la identificación de los problemas por parte del equipo de rehabilitación y la definición de las necesidades por parte del paciente, determinando los factores contextuales que pueden facilitar o inhibir el proceso, definir los objetivos y las áreas en que se centrara el trabajo, establecer

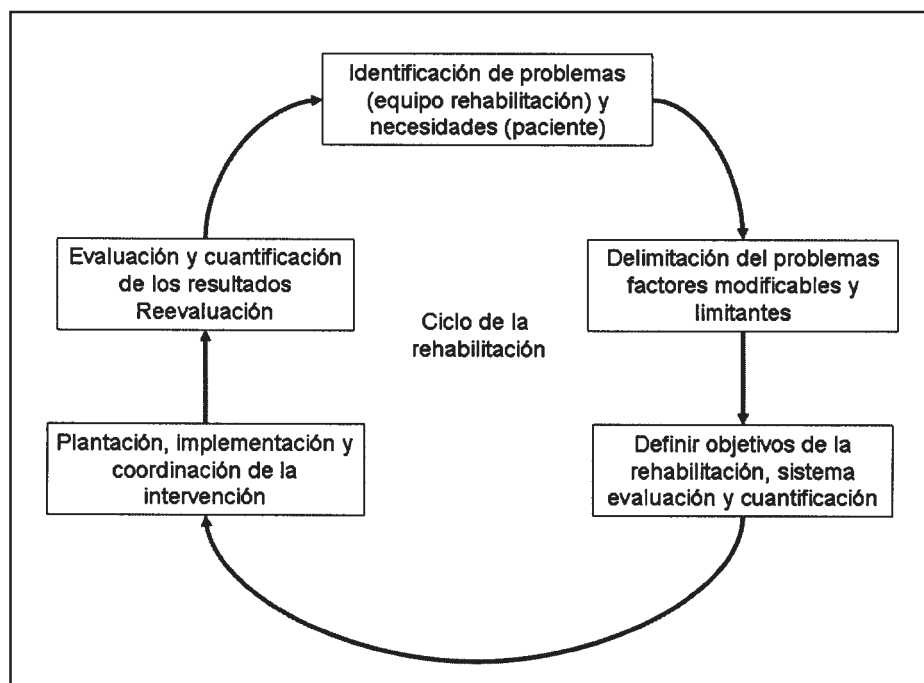


Figura 3. Ciclo de la rehabilitación.

los mecanismos de evaluación y cuantificación para finalmente planear, implementar y coordinar la intervención. Luego se evalúan los resultados y se reinicia este ciclo en relación a los nuevos problemas detectados (Figura 3).

Esto implica un trabajo interdisciplinario en el que se requiere de un plan de acción para hacer participe al paciente. En este sentido se han utilizado los formularios llamados RPS-Form del inglés Rehabilitation Problem Solving, del que existen diferentes versiones basadas en la CIF^(8,9). Esencialmente estas herramientas despliegan en una hoja los componentes de la CIF, dividiendo la hoja en dos, una parte para la visión del paciente y otra para la del equipo rehabilitador (Figura 4), para construir el plan de acción. Los problemas son codificados de modo de establecer un lenguaje común para el equipo y establecer un trabajo de resolución de conflicto en el sentido de orientar a satisfacer al paciente en sus demandas conciliándolo con el equipo rehabilitador.

Se concluye que la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud es una herramienta que permitirá la estandarización de los procesos de obtención de información, de aplicación transectorial, de utilidad

en la epidemiología, orientada a aportar datos para las decisiones de salud pública. Al establecer un lenguaje común aporta al manejo clínico de los pacientes permitiendo definir universalmente las acciones del equipo rehabilitador. Por último, probablemente lo más relevante es que establece un paradigma que enfoca la funcionalidad del ser humano como un sistema de múltiples sistemas que interactúan reforzando el modelo biosicosocial para enfocar la salud y privilegiando una mirada hacia las capacidades por sobre las dificultades.

En nuestra experiencia clínica su aplicación en el ámbito de la neurología es posible y permite un lenguaje común entre el equipo de rehabilitación y el paciente. Su espíritu universal en sentido de abarcar globalmente la funcionalidad dificulta en algunos casos la clasificación de problemáticas específicas; sin embargo, se trata de una clasificación viva en que mediante el aporte de quienes la utilizan se va perfeccionando, utilizando el mismo modelo de trabajo de otras clasificaciones de la organización mundial de la salud como la clasificación internacional de enfermedades. Detalles de esto se puede encontrar en el sitio web oficial de la CIF. <http://www3.who.int/icf/icftemplate.cfm>

Profesionales de la salud	Nombre		Diagnóstico (código ICD-10)		Objetivos de la rehabilitación	
	Edad					
Profesionales de la salud	Funciones y estructuras Corporales		Actividades		Participación	
Profesionales de la salud	Factores contextuales Ambientales Personales					

Figura 4. Formulario de planeamiento rehabilitación (RPS).

Tabla 1. Componente de la CIF

	Parte 1: Funcionamiento y Discapacidad		Parte 2: Factores contextuales	
Componentes	Funciones y estructuras corporales	Actividades y participación	Factores ambientales	Factores personales
Dominios	Funciones corporales Estructuras corporales	Áreas vitales (tareas y acciones)	Influencia externa sobre el funcionamiento de la discapacidad	Influencias internas sobre el funcionamiento y la discapacidad
Constructos	Cambios en las funciones corporales (fisiológico) Cambios en las estructuras corporales (anatómicos)	Capacidad de realización de tareas en un entorno uniforme Desempeño y realización Realización de tareas en un entorno real	El efecto facilitador o barreras de las características del mundo físico social y actitudinal	Efectos de los atributos de la persona
Aspectos positivos	Integridad de la función y estructura Funcionamiento	Actividades y participación	facilitadores	
Aspectos negativos	Deficiencia Discapacidad	Limitación de la actividad restricción de la participación	Barreras y obstáculos	

Resumen

La actual Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud también conocida como CIF, tiene como objetivo aportar un lenguaje común, fiable, estandarizado y aplicable transculturalmente, que permita describir el funcionamiento humano y la discapacidad, utilizando una visión universal de la discapacidad. Forma parte de la familia de clasificaciones de la organización mundial de la salud que proporcionan un marco conceptual uniforme de clasificación. La mayor virtud de esta clasificación es que provee un abordaje integral del paciente, estableciendo un paradigma que aborda la problemática de los pacientes enlazando los diferentes componentes de la funcionalidad en forma circular donde un sistema influye sobre el otro, implicándose e imbricándose entre ellos. El Modelo se establece en dos grandes partes: la primera que agrupa el Funcionamiento y Discapacidad con dos componentes (a) Funciones y Estructuras Corporales y (b) Actividades y Participación. Una segunda parte en que se agrupan los llamados Factores Contextuales con dos componentes (c) Factores Ambientales y (d) Factores Personales. A su vez cada constructo es dividido en dominios y estos en constructos, dando una estructura arborífera a la clasificación. Las utilidades de esta clasificación son múltiples: puede ser utilizada en varias disciplinas y transectorialmente; busca proporcionar una base científica para la comprensión y el estudio de la salud y los estados relacionados con ella y establecer un lenguaje común

para describir la salud y los estados relacionados con ella; para mejorar la comunicación entre distintos usuarios, tales como profesionales de la salud, investigadores, diseñadores de políticas sanitarias y la población general, incluyendo a las personas con discapacidades; permitir la comparación de datos entre países, entre disciplinas sanitarias, entre los servicios, y en diferentes momentos a lo largo del tiempo; proporcionar un esquema de codificación sistematizado para ser aplicado en los sistemas de información sanitaria y en la práctica clínica.

Palabras clave: *Evaluación de la discapacidad; clasificación; neurología.*

Referencias

1. Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud. Organización Mundial de la Salud ed. Madrid España: 2001. <http://www3.who.int/icf/icftemplate.cfm>
2. Jiménez Bunuales MT, González DP, Martín Moreno JM. [International classification of functioning, disability and health (ICF) 2001]. *Rev Esp Salud Pública* 2002; 76: 271-9.
3. Ueda S, Okawa Y. The subjective dimension of functioning and disability: what is it and what is it for? *Disabil Rehabil* 2003; 25: 596-601.
4. Annicchiarico R, Gibert K, Cortés U, Campana F, Caltagirone C. Qualitative profiles of disability. *J Rehabil Res Dev* 2004; 41: 835-46.
5. Primer Estudio Nacional de la Discapacidad en Chile. Santiago Chile: Fondo Nacional de la Discapacidad; 2005.
6. Mayo NE, Poissant L, Ahmed S, Finch L, Higgins J, Salbach NM, *et al.* Incorporating the International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF) into an electronic health record to create indicators of function: proof of concept using the SF-12. *J Am Med Inform Assoc* 2004; 11: 514-22.
7. Granlund M, Eriksson L, Ylven R. Utility of International Classification of Functioning, Disability and Health's participation dimension in assigning ICF codes to items from extant rating instruments. *J Rehabil Med* 2004; 36: 130-7.
8. Stucki G, Ewert T, Cieza A. Value and application of the ICF in rehabilitation medicine. *Disabil Rehabil* 2003; 25: 628-34.
9. Steiner WA, Ryser L, Huber E, Uebelhart D, Aeschlimann A, Stucki G. Use of the ICF model as a clinical problem-solving tool in physical therapy and rehabilitation medicine. *Phys Ther* 2002; 82: 1098-107.

Correspondencia:

Dr. Pedro Chaná Cuevas
 CETRAM
 Belisario Prats 1597 B
 Independencia, Santiago. Chile
 E-mail: pedrochana@mi.cl