

# Perspectiva Médica de las personas con discapacidad

---

Dr. D. Juan Ramón Ruiz.

*FREMAP*

Israel González Carrasco, Belén Ruiz Mezcuca.

*Departamento de Informática. Universidad Carlos III de Madrid.*



## CONTENIDO

1. CONCEPTOS BÁSICOS .....	4
2. CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE DISMINUCIÓN, DISCAPACIDADES Y MINUSVALÍAS (CIDDM) 1980 .....	5
3. CLASIFICACION INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO, DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD - CIF 2001 .....	11
4. PROCESO DEL FUNCIONAMIENTO Y DE LA DISCAPACIDAD .....	20
5. LEGISLACIÓN VIGENTE.....	21
6. AYUDAS TÉCNICAS Y ACCESIBILIDAD.....	24
7. PRODUCTOS DE APOYO (ANTES LLAMADOS AYUDAS TÉCNICAS) .....	28
8. BIBLIOGRAFÍA .....	32



## [Índice de Ilustraciones](#)

Ilustración 1 Ayudas técnicas .....	25
Ilustración 2 Ayuda técnica: manejo de ratón con la boca .....	25
Ilustración 3 Rampa de acceso a un automóvil .....	25
Ilustración 4 Dispositivos de control de ordenadores.....	26
Ilustración 5 Ratón de ordenador adaptable al cuerpo .....	26



## 1. CONCEPTOS BÁSICOS

Es importante hacer una diferenciación entre los conceptos de deficiencia, discapacidad y minusvalía, conceptos que en el lenguaje ordinario se emplean como sinónimos pero que reflejan realidades diferentes.

Según la Organización mundial de la Salud (OMS.): “Salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente ausencia de afecciones y enfermedades (1946)”.

La atención a las personas con discapacidad ha evolucionado muy positivamente en los últimos años, así como los padres y las personas con discapacidad consiguieron con su tesón y trabajo visibilizar una problemática oculta y apostar por modelos de acompañamiento centrados en favorecer la igualdad.

También el esfuerzo constante de la Administración mediante los planes de Acción estatales de discapacidad, la aplicación de la ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la situación de Dependencia (LAPAD) y el impulso político para implantar y promover la Convención Internacional de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad.



## 2. CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE DISMINUCIÓN, DISCAPACIDADES Y MINUSVALÍAS (CIDDM) 1980

### 2.1. Definiciones

---

Para la realización de esta clasificación se van a introducir las definiciones de partida a fin de unificar lenguajes. Algunas definiciones, hoy en día están en desuso pero conviene contemplarlas, ya que mucha bibliografía se refiere a ellas y es necesario saber su contexto y su alcance.

**Deficiencia:** es toda pérdida o diferenciación de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. Por ejemplo, la pérdida de la vista, la pérdida de la memoria o la pérdida de un miembro. (TRASTORNO A NIVEL DE ÓRGANO)

La deficiencia se caracteriza por pérdidas o desviación del patrón que pueden ser temporales o permanentes, entre las que se incluye la existencia o aparición de una anomalía, defecto o pérdida producida en un miembro, órgano, tejido u otra estructura del cuerpo, incluidos los sistemas propios de la función mental. La deficiencia representa la exteriorización de un estado patológico, y, en principio, refleja perturbaciones a nivel de órgano.

**Discapacidad:** es toda restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano. Por ejemplo, la perturbación en la capacidad de aprender, o la dificultad para vestirse por sí mismo. (TRASTORNO A NIVEL DE PERSONA)

La discapacidad se caracteriza por excesos o insuficiencias en el desempeño y comportamiento en una normal actividad rutinaria, los cuales pueden ser temporales o permanentes, reversibles o irreversibles y progresivos o regresivos. Las discapacidades pueden surgir como consecuencia directa de la deficiencia o como una respuesta del propio individuo, sobre todo la psicológica, a deficiencias físicas, sensoriales o de otro tipo. La discapacidad representa la objetivación de una deficiencia y, en cuanto tal, refleja alteraciones a nivel de la persona.

**Minusvalía:** es una situación desventajosa para un individuo a consecuencia de una deficiencia o discapacidad que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso en función de la edad, sexo o factores sociales y culturales. Por ejemplo, la imposibilidad de conseguir empleo, la ausencia de relaciones sociales o los estados depresivos y de ansiedad frecuentes. (TRASTORNO A NIVEL DE SOCIEDAD)

La minusvalía está relacionada con el valor atribuido a la situación o experiencia de un individuo cuando se aparta de la norma. Se caracteriza por la discordancia entre el rendimiento y el status del individuo y las expectativas del individuo mismo o del grupo concreto al que pertenece. La minusvalía representa, pues, la socialización de



una deficiencia o discapacidad, y en cuanto tal refleja consecuencias culturales, sociales, económicas y ambientales que para el individuo se derivan de la presencia de la deficiencia y la discapacidad.

Hoy en día se tiende a describir la minusvalía o discapacidad como la falta de adecuación del entorno a la persona.

En cambio el Diccionario de la Real Academia Española, no es tan explícito y da unas definiciones más escuetas:

- **Deficiencia:** Funcionamiento intelectual inferior a lo normal que se manifiesta desde la infancia y está asociado a desajustes en el comportamiento.
- **Discapacidad:** Cualidad de discapacitado.
- **Minusvalía:** (Del lat. minus, menos, y valía). Discapacidad física o mental de alguien por lesión congénita o adquirida.

### ¿Cómo se relacionan estos tres conceptos?

A una persona, una enfermedad o un trastorno, le puede producir una deficiencia (en una parte de su cuerpo, por ejemplo), que en consecuencia genera una discapacidad (como una disminución en el funcionamiento de esta parte del cuerpo), la cual puede significar una minusvalía cuando interactúe con el entorno.

Estos tres conceptos se relacionarían de la siguiente manera:  
ENFERMEDAD O TRASTORNO- deficiencia- discapacidad- minusvalía.  
Situación intrínseca “situación exteriorizada” Situación objetivada “situación subjetivada”

Un ejemplo:

- Una persona sufre una miopía (que es una deficiencia) pero con el uso de gafas no le impide realizar ninguna actividad en su vida cotidiana. Por lo tanto, esta persona no tiene ninguna minusvalía.
- Una persona sufre una miopía (deficiencia) pero a pesar de llevar gafas, le impide ver con normalidad: esto representa una discapacidad.
- Se puede considerar que esta persona tiene una minusvalía sólo en caso de que su posibilidad de integración social (estudios, trabajo, ocio,...) se vea afectada para poder desarrollar el rol propio del entorno social cultural en el que vive.
- Así, vemos que no todas las personas con una deficiencia sufren una discapacidad ni todas las que tienen una discapacidad tienen una minusvalía



## 2.2. DISCAPACIDAD o DIVERSIDAD FUNCIONAL

---

Según la OMS en su Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM), publicada en 1980, una discapacidad *“es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.”*

En la nueva CIF discapacidad aparece como un término baúl para déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Denota los aspectos negativos de la interacción del individuo (con una condición de salud) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales).

**Diversidad funcional** es un término alternativo al de **discapacidad** que ha comenzado a utilizarse en España por iniciativa de los propios afectados. El término fue propuesto en el Foro de Vida Independiente, en enero de 2005 y pretende sustituir a otros cuya semántica puede considerarse peyorativa, tales como "discapacidad" o "minusvalía". Se propone un cambio hacia una terminología no negativa, no rehabilitadora, sobre la diversidad funcional (Palacios,2007).

El **Foro de Vida Independiente** es heredero en España del Movimiento Internacional de Vida Independiente, nacido en la Universidad de Berkeley tras la guerra de Vietnam.

El cambio terminológico ha dado lugar también a una nueva manera de entender el fenómeno y ha significado la descripción de un Modelo de la Diversidad.

Existen muchas palabras ampliamente utilizadas en diferentes ámbitos para denominar al colectivo de mujeres y hombres con diversidad funcional. La más utilizada hasta hace pocos años en España es "Minusválido": plazas de aparcamiento reservados para minusválidos, lavabo para minusválidos, pensiones para minusválidos, residencias para minusválidos, etc. Tanto en los medios de comunicación como en las calles, las personas con diversidad funcional forman parte de un colectivo "menos válido", o que "vale menos".

Por otro lado, en los textos jurídicos persiste esta terminología y se usan términos como incapacitación, incapacidad, discapacidad, invalidez (parcial, total, absoluta, gran invalidez), minusvalía y dependencia. Todos ellos resaltan el lado negativo de una realidad humana.

El término oficial para referirse a las personas con diversidad funcional es, por ahora, "personas con discapacidad", que es el concepto que recoge la Organización Mundial de la Salud en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) y que la legislación internacional (Convención internacional sobre los derechos de las personas con Discapacidad, 2006) y las asociaciones representantes de personas con diversidad funcional (El Comité Español de Representantes de Personas



con Discapacidad, más conocido por sus siglas, CERMI, es la plataforma de representación, defensa y acción de la ciudadanía española con discapacidad) emplean de forma mayoritaria.

Con el término diversidad funcional se propone una nueva visión que no es negativa, que no implica enfermedad, deficiencia, parálisis, retraso, etc. con independencia del origen patológico, genético o traumático de la diversidad en cuestión. No obstante, no se niega el hecho de que se habla de personas que son diferentes a la norma estadística y que por ello realizan algunas de sus funciones de manera diferente a la media de la población.

El Movimiento Internacional de Vida Independiente (MVI) considera que la terminología negativa viene derivada de la tradicional visión del modelo médico de la diversidad funcional, en la que se presenta a la persona diferente como una persona biológicamente imperfecta que hay que rehabilitar y "arreglar" para restaurar unos teóricos patrones de "normalidad". Para el MVI, tales patrones nunca han existido, no existen y en el futuro es poco probable que existan; precisamente debido a los avances médicos.

Desde la filosofía de Igualdad de Oportunidades y Vida Independiente, se considera que construimos nuestro entorno depende de una distribución sobre lo que es y no es normal en sentido estadístico. Esta distribución es subjetiva y cambia según las sociedades, los tiempos y los avances tecnológicos.

Por el contrario, hablar de mujeres y hombres con diversidad funcional tiene que ver con sociedades que, siendo intrínsecamente imperfectas, han establecido un modelo de perfección al que ningún miembro concreto de ellas tiene acceso, y que definen la manera de ser física, sensorial o psicológicamente, y las reglas de funcionamiento social.

## 2.3. CLASIFICACIÓN DE LAS DISCAPACIDADES

---

En este apartado se proponen diferentes clasificaciones atendiendo a diferentes paradigmas como pueden ser el origen o la tipología.

Evidentemente se puede realizar una clasificación como temporal o permanente, en función de la duración de la misma y se podría analizar el momento de aparición, neonatal natal, infancia, juventud, madurez etc. Este último aspecto es relevante en cuanto a las ayudas técnicas o a la disposición del entorno adecuado.

### a.- ATENDIENDO A LOS ORÍGENES

#### a - 1.- NEONATALIDAD

- TRANSMISIÓN CONGÉNITA
- SUFRIMIENTO FETAL
- PROBLEMAS EN EL PARTO

#### a - 2.- ENFERMEDAD

- NATURALEZA ENDÓGENA (Producida por causas internas)



- NATURALEZA EXÓGENA (Producida por causas externas)

**a - 3.- ACCIDENTE**

- DOMÉSTICO
- VIAL
- LABORAL
- OTRAS CAUSAS

**a - 4.- GERIATRÍA**

- ENVEJECIMIENTO NATURAL
- AGRAVAMIENTO DEL ENVEJECIMIENTO

**b.- ATENDIENDO AL TIPO DE DISCAPACIDAD FÍSICA/PSÍQUICA/SENSORIAL**

**b -1.- DISCAPACIDAD FÍSICA**

- TRONCO/ COLUMNA VERTEBRAL
- MIEMBROS SUPERIORES (M.M.S.S.)
- MIEMBROS INFERIORES (M.M.I.I.)
- TRASTORNOS ORGÁNICOS
  - LESIONES ENDOCRINO-METABÓLICAS (Diabetes, hipotiroidismo...)
  - ENANISMO- ACONDROPLASIA
- LESIONES DIGESTIVAS (Hepatitis, enfermedad de Crohn...)
- LESIONES DEL APARATO RESPIRATORIO (Asma, alergias respiratorias...)
- LESIONES DERMATOLÓGICAS (Psoriasis, secuelas de quemaduras...)
- LESIONES DEL APARATO GENITAL (Mastectomías...)
- LESIONES RENALES O DEL APARATO URINARIO
- LESIONES DEL APARATO CIRCULATORIO (Enfermedades cardiovasculares, varices...)
- LESIONES DEL SISTEMA INMUNOLÓGICO (V.I.H., leucemia...)
- HEMOFILIA
- PROBLEMAS NEUROLÓGICOS/ SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
- EPILEPSIA
- ESCLEROSIS MÚLTIPLE
- SECUELAS DE TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO/ DE ESTADO DE COMA
- TRASTORNOS DE COORDINACIÓN Y EQUILIBRIO (Ataxia, secuela de tumor cerebeloso)
- PARKINSON
- VÉRTIGOS (Enfermedad Meniere, síndrome vertiginoso...)

**b - 2 DISCAPACIDAD PSÍQUICA**

- RETRASO MENTAL (leve, moderado, severo, profundo)
- ENFERMEDAD MENTAL

**b- 3 DISCAPACIDAD SENSORIAL**

- CEGUERA
- DEFICIENCIA VISUAL
- SORDERA



- HIPOACUSIA
- SORDOCEGUERA

**b - 4 OTRAS DISCAPACIDADES**

- TARTAMUDEZ
- LARINGECTOMÍA
- DISARTRIA
- PROBLEMAS DE EXPRESIÓN
- DISCAPACIDADES MIXTAS



### 3. CLASIFICACION INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO, DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD - CIF 2001

La **Organización Mundial de la Salud (OMS)** realizó la revisión de una de sus clasificaciones, la dedicada a la discapacidad. La nueva versión se llama "**Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud**", conocida con las siglas CIF. Es la heredera de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) del año 1980. El 22 de Mayo de 2001 se aprobó para poder ser empleada a nivel internacional. (Resolución WHA54.21).

El objetivo principal de esta clasificación es brindar un lenguaje unificado y estandarizado, y un marco conceptual para la descripción de la salud y los estados "relacionados con la salud". La clasificación revisada define los componentes de la salud y algunos componentes "relacionados con la salud" del "bienestar" (tales como educación, trabajo, etc.). Por lo tanto, los dominios incluidos en la CIF pueden ser considerados como dominios de salud y dominios "relacionados con la salud". Estos dominios se describen desde la perspectiva corporal, individual y mediante dos listados básicos: (1) *Funciones y Estructuras Corporales*; (2) *Actividades-Participación* (Estos conceptos reemplazan a los denominados anteriormente como "deficiencia", "discapacidad" y "minusvalía" amplían el ámbito de la clasificación para que se puedan describir también experiencias positivas).

Como clasificación, la CIF agrupa sistemáticamente los distintos dominios de una persona en un determinado estado de salud (ej. lo que una persona con un trastorno o una enfermedad hace o puede hacer). El concepto de funcionamiento se puede considerar como un término global, que hace referencia a todas las Funciones Corporales, Actividades y Participación; de manera similar, discapacidad engloba las deficiencias, limitaciones en la actividad, o restricciones en la participación. La CIF también enumera Factores Ambientales que interactúan con todos estos "constructos". Por lo tanto, la clasificación permite a sus usuarios elaborar un perfil de gran utilidad sobre el funcionamiento, la discapacidad y la salud del individuo en varios dominios.

La CIF ha pasado de ser una clasificación de "consecuencias de enfermedades" (versión de 1980) a una clasificación de "componentes de salud". Los "componentes de salud" identifican los constituyentes de la salud, mientras que las "consecuencias" se refieren al efecto debido a las enfermedades u otras condiciones de salud.

Ha sido aceptada como una de las clasificaciones sociales de las Naciones Unidas e incorpora Las Normas Uniformes para la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad

La versión en lengua española de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) ha sido realizada gracias al trabajo conjunto de los



miembros de la “**Red de Habla Hispana en Discapacidad**” (RHHD), impulsada por la **OMS**, de la “**Red de Discapacidad y Rehabilitación de América Latina y el Caribe**”, y de la “**Red Española para la Clasificación y Evaluación de la Discapacidad**” (RECEDIS) promovida por el **Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO, España)**.

La CIF organiza la información en **dos partes**. La parte 1 versa sobre Funcionamiento y Discapacidad, y la parte 2 sobre Factores Contextuales.

Cada una de estas partes consta a su vez de **dos componentes**: los relativos al funcionamiento y discapacidad y los relativos a los componentes de factores contextuales.

### **3.1.1. Componentes de Funcionamiento y Discapacidad**

---

El componente Cuerpo consta de **dos clasificaciones**, una para las funciones de los sistemas corporales, y otra para las estructuras del cuerpo. Los **capítulos** de ambas clasificaciones están organizados siguiendo los sistemas corporales.

El componente Actividades y Participación cubre el rango completo de dominios que indican aspectos relacionados con el funcionamiento tanto desde una perspectiva individual como social.

### **3.2.2. Componentes de Factores Contextuales**

---

El primer componente de los Factores Contextuales es una lista de Factores Ambientales. Los Factores Ambientales ejercen un efecto en todos los componentes del funcionamiento y la discapacidad y están organizados partiendo del contexto/entorno más inmediato al individuo y llegando hasta el entorno general.

Los **Factores Personales** son un componente de los Factores Contextuales pero **no están clasificados** en la CIF debido a la gran variabilidad social y cultural asociada con ellos.

Muchas personas consideran, erróneamente, que **la CIF** versa únicamente sobre personas con discapacidades; sin embargo **es válida para todas las personas**. La salud y los estados “relacionados con la salud” asociados con cualquier condición

**La CIF tiene dos partes, cada una con dos componentes:**

**Parte 1.** Funcionamiento y Discapacidad

- (a) Funciones y Estructuras Corporales
- (b) Actividades y Participación

**Parte 2.** Factores Contextuales

- (c) Factores Ambientales
- (d) Factores Personales



- Cada componente puede ser expresado tanto en términos **positivos** como **negativos**.
- **Cada componente contiene varios dominios y en cada dominio hay categorías que son las unidades de clasificación.** La salud y los estados “relacionados con la salud” de un individuo pueden registrarse seleccionando el código o códigos de la categoría apropiada y añadiendo los **calificadores**, que son códigos numéricos que especifican la extensión o magnitud del funcionamiento o la discapacidad en esa categoría, o la extensión por la que un factor contextual es un facilitador o barrera.
- El “**constructo**” básico de los Factores Ambientales está constituido por el efecto facilitador o de barrera de las características del mundo físico, social y actitudinal.

Tabla 1 . Visión de conjunto de la CIF

	Parte 1: y Discapacidad Funcionamiento		Parte 2: Contextuales Factores	
Componentes	Funciones y Estructuras Corporales	Actividades y Participación	Factores Ambientales	Factores Personales
Dominios	Funciones Corporales  Estructuras Corporales	Áreas vitales (tareas, acciones)	Influencias externas sobre el funcionamiento y la discapacidad	Influencias internas sobre el funcionamiento y la discapacidad
Constructos	Cambios en las funciones corporales (fisiológicos)  Cambios en las estructuras del cuerpo (anatómicos)	Capacidad Realización de tareas en un entorno uniforme  Desempeño/ realización Realización de tareas en el entorno real	El efecto facilitador o de barrera de las características del mundo físico, social y actitudinal	El efecto de los atributos de la persona
Aspectos positivos	Integridad funcional y estructural  Funcionamiento	Actividades Participación	Facilitadores	no aplicable
Aspectos Negativos	Deficiencia  Discapacidad	Limitación en la Actividad Restricción en la Participación	Barreras/ obstáculos	no aplicable

### 3.2.1. Parte 1.- Funcionamiento y Discapacidad

---

#### 3.2.1.1. *Funciones y Estructuras Corporales y deficiencias*

##### **Definiciones:**

**Funciones corporales** son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales (incluyendo funciones psicológicas).

**Estructuras corporales** son las partes anatómicas del cuerpo, tales como los órganos, las extremidades y sus componentes.

**Deficiencias** son problemas en las funciones o estructuras corporales tales como una desviación significativa o una “pérdida”.

- Las funciones y estructuras corporales se clasifican en dos **secciones** diferentes. Estas dos clasificaciones están diseñadas para usarse paralelamente. Por ejemplo, las funciones corporales incluyen los sentidos básicos humanos, como es el caso de las “funciones visuales” y de las estructuras relacionadas con ellas que aparecen como “ojo y estructuras relacionadas”.
- “Cuerpo” se refiere al organismo humano como un todo; por lo tanto incluye el cerebro y sus funciones, por ejemplo, la mente. Las funciones mentales (o psicológicas) se clasifican, de esta manera, dentro de las funciones corporales.
- Las funciones y las estructuras corporales se clasifican de acuerdo con los sistemas corporales; siguiendo este esquema las estructuras corporales no se consideran como órganos.
- Las deficiencias de la estructura pueden incluir anomalías, defectos, pérdidas o cualquier otra desviación en las estructuras corporales. Las deficiencias han sido conceptualizadas de forma que su descripción concuerde con el nivel de conocimiento de que disponemos tanto sobre la constitución de tejidos o células como sobre la composición a nivel subcelular o molecular. Sin embargo estos niveles no se incluyen en la clasificación por razones prácticas.

Los fundamentos biológicos de las deficiencias han servido de guía para realizar la clasificación y se ha dejado abierta la posibilidad de que pueda ampliarse incluyendo los niveles celulares y moleculares. Se debe advertir a los médicos que empleen la clasificación, que las **deficiencias no son equivalentes a la patología subyacente, sino que constituyen la forma de manifestarse esa patología.**

- Las deficiencias representan una desviación de la “norma” generalmente aceptada en relación al estado biomédico del cuerpo y sus funciones. La definición de sus componentes la llevan a cabo personas capacitadas para juzgar el funcionamiento físico y mental de acuerdo con las normas generalmente aceptadas.



- Las deficiencias pueden ser temporales o permanentes; progresivas, regresivas o estáticas; intermitentes o continuas. La desviación de la norma puede ser leve o grave y puede fluctuar en el tiempo. Estas características se toman en consideración en las descripciones posteriores, principalmente en los códigos, mediante calificadores colocados tras el punto.
- Las **deficiencias no tienen relación causal ni con su etiología ni con su forma de desarrollarse**; por ejemplo, la pérdida de visión o de un miembro puede surgir de una anomalía genética o de un trauma. La presencia de una deficiencia necesariamente implica una causa; sin embargo, la causa puede no ser suficiente para explicar la deficiencia resultante. Además, cuando existe una deficiencia, también puede haber una disfunción en las funciones o estructuras de las diferentes enfermedades, trastornos o estados físicos.
- Las deficiencias deben ser parte o una expresión de un estado de salud, pero no indican necesariamente que esté presente una enfermedad o que el individuo deba ser considerado como un enfermo.
- El concepto de deficiencia es más amplio, e incluye más aspectos, que el de trastorno o el de enfermedad; por ejemplo, la pérdida de una pierna es una deficiencia, no un trastorno o una enfermedad.
- Las deficiencias pueden derivar en otras deficiencias; por ejemplo, la disminución de fuerza muscular puede causar una deficiencia en las funciones de movimiento, los déficits de las funciones respiratorias pueden afectar al funcionamiento cardíaco, y una percepción deficitaria puede afectar a las funciones del pensamiento.
- Algunas categorías de los componentes Funciones y Estructuras Corporales y otras de la CIE-10 parecen superponerse, especialmente en cuanto a síntomas y signos. Sin embargo, los propósitos de las dos clasificaciones son diferentes. La CIE-10 clasifica los síntomas en capítulos especiales para documentar la morbilidad o la utilización de servicios, mientras que la CIF los muestra como parte de las funciones corporales que pueden ser utilizados para programas de prevención o para identificar las necesidades de los pacientes. Es muy importante considerar que la clasificación de Funciones y Estructuras Corporales de la CIF ha sido concebida para ser utilizada junto con las categorías Actividades y Participación.
- Las deficiencias se clasifican en categorías apropiadas usando criterios de identificación bien definidos (ej. presente o ausente según un umbral determinado). Estos criterios son los mismos para las funciones y estructuras corporales: (a) pérdida o ausencia; (b) reducción; (c) aumento o exceso; y (d) desviación. Una vez que la deficiencia está presente, puede ser graduada en términos de severidad utilizando el calificador genérico de la CIF.



- Los factores ambientales interactúan con las funciones corporales, como en la interacción entre la calidad del aire y la respiración, la luz y la visión, los sonidos y la audición, los estímulos que distraen la atención y la propia atención, la textura del suelo y el mantenimiento del equilibrio, la temperatura ambiental y la regulación de la temperatura corporal.

### 3.2.1.2. *Actividades y Participación / limitaciones en la actividad y restricciones en la participación*

#### **Definiciones:**

**Actividad** es la realización de una tarea o acción por una persona.

**Participación** es el acto de involucrarse en una situación vital.

**Limitaciones** en la Actividad son dificultades que una persona puede tener en el desempeño/realización de las actividades. Restricciones en la Participación son problemas que una persona puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales.

- Los dominios para el componente Actividades y Participación aparecen en una única lista que cubre todo el rango de áreas vitales (ej. desde el aprendizaje básico o la mera observación, hasta otras áreas más complejas tales como interacciones interpersonales o empleo). El componente puede utilizarse para indicar actividades (a) o participación (p) o ambos. Los dominios de este componente son calificados por los dos calificadores de desempeño/realización y capacidad. Así, la información recogida mediante esta lista proporciona una matriz de datos que no tiene ni superposiciones ni redundancias
- El calificador de desempeño/realización describe lo que una persona hace en su contexto/entorno actual, proporciona una guía útil sobre lo que puede hacerse en el contexto/entorno del individuo para mejorar su desempeño/realización. Como el contexto/entorno actual incluye un contexto/entorno social, el desempeño/realización puede ser también entendido como “el acto de involucrarse en una situación vital” o “la experiencia vivida” de las personas en el contexto real en el que viven. Este contexto incluye los Factores Ambientales: todos los factores del mundo físico, social y actitudinal que pueden ser codificados utilizando el componente Factores Ambientales.
- El calificador de capacidad describe la aptitud de un individuo para realizar una tarea o acción. Este “constructo” tiene por objeto indicar el máximo nivel probable de funcionamiento que una persona puede alcanzar en un dominio y en un momento dados. Para evaluar la habilidad máxima de la persona, resulta necesario disponer de un contexto/entorno “normalizado” que neutralice el diferente efecto de los diversos contextos/entornos en la capacidad del individuo. Este



contexto/entorno normalizado puede ser: (a) un contexto/entorno actual comúnmente utilizado para evaluar la capacidad en las situaciones de evaluación; o (b) “uniforme” o “normalizado”. Por tanto, capacidad refleja la contexto real en el que viven en los casos en los que esto no sea posible, se asume un contexto/entorno del que se asume que tiene un efecto uniforme. Este contexto/entorno puede ser llamado habilidad ajustada en función del ambiente del individuo. Este ajuste debe ser igual para todas las personas y en todos los países, para que se puedan establecer comparaciones internacionales. Las características del contexto/entorno uniforme o normalizado se pueden codificar utilizando la clasificación de Factores Ambientales. La separación entre capacidad y desempeño/realización refleja la diferencia entre los efectos del contexto/entorno real y el uniforme, y por tanto, proporciona una guía útil sobre lo que puede hacerse en el contexto/entorno del individuo para mejorar su desempeño/realización.

- Tanto el calificador de capacidad como el de desempeño/realización pueden ser usados con o sin dispositivos de ayuda o con asistencia de terceras personas. Aunque los dispositivos de ayuda y la asistencia personal no eliminan los déficits, sí pueden eliminar las limitaciones de funcionamiento en los distintos dominios. Este tipo de codificación es particularmente útil para identificar el grado de limitación en el funcionamiento que la persona tendría sin los dispositivos de ayuda (ver la guía de codificación en el Anexo 2 de la CIF).
- Las dificultades o problemas en estos dominios pueden aparecer cuando hay una alteración cualitativa o cuantitativa en la manera en que un individuo desempeña las funciones de estos dominios. Las limitaciones o restricciones se evalúan contrastándolas con los estándares comúnmente aceptados en la población. Los estándares o normas frente a los que valoramos la capacidad y el desempeño/realización de un individuo son los de las personas que no padecen un estado de salud similar (enfermedad, trastorno, daño, etc.). La limitación o restricción mide la discordancia entre el desempeño/realización esperado y el observado. El desempeño/realización esperado es la norma de la población, que representa la experiencia de personas sin la condición de salud específica. La misma norma es utilizada en el calificador de capacidad de manera que una persona puede deducir qué se puede hacer en el entorno de la persona para incrementar su desempeño/realización.
- Un problema con el desempeño/realización puede deberse directamente al contexto/entorno social, incluso cuando el individuo no presenta ninguna deficiencia. Por ejemplo, una persona que es VIH-positiva, aunque no haya desarrollado ni síntomas ni la enfermedad, o una persona con una predisposición genética a padecer determinada enfermedad, puede no presentar ninguna deficiencia o puede tener suficiente capacidad para trabajar aunque no lo haga porque no le



permiten acceder a determinados servicios, por estar siendo discriminado o sufrir las consecuencias del estigma.

- Es difícil distinguir entre “Actividades” y “Participación” basándose en los dominios del componente Actividades y Participación. Similarmente, diferenciar entre la perspectiva en función de profesionales y marcos teóricos. Por ello, la CIF aporta una internacionales y los diferentes acercamientos de diferentes “individual” y “social” sobre la base de los dominios no ha sido posible teniendo en cuenta las variaciones única lista que puede ser utilizada, si el usuario lo desea, para diferenciar Actividades y Participación sus propios criterios operativos. Básicamente hay cuatro maneras posibles de llevar esto a cabo:
  - (a) Catalogar ciertos dominios como Actividades y otros como Participación, sin permitir la existencia de superposiciones.
  - (b) Igual que (a), pero permitiendo un solapamiento parcial.
  - (c) Catalogar todos los dominios detallados como Actividades y usar las categorías generales como Participación;
  - (d) Catalogar todos los dominios como Actividades y Participación indistintamente.

### 3.2.2. Parte 2.- Factores Contextuales

---

Los Factores Contextuales representan el trasfondo total tanto de la vida de un individuo como de su estilo de vida. Incluyen los Factores Ambientales y los Factores Personales que pueden tener un efecto en la persona con una condición de salud y sobre la salud y los estados “relacionados con la salud” de esta persona.

### 3.2.3. Los Factores Ambientales

---

Los factores ambientales constituyen el ambiente físico, social y actitudinal en el que las personas viven y desarrollan sus vidas. Los factores son externos a los individuos y pueden tener una influencia negativa o positiva en el desempeño/realización del individuo como miembro de la sociedad, en la capacidad del individuo o en sus estructuras y funciones corporales. Los Factores Ambientales están organizados en la clasificación contemplando dos niveles distintos:

**(1) Individual.**– en el contexto/entorno inmediato del individuo, incluyendo espacios tales como el hogar, el lugar de trabajo o la escuela. En este nivel están incluidas las propiedades físicas y materiales del ambiente con las que un individuo tiene que enfrentarse, así como el contacto directo con otras personas tales como la familia, amigos, compañeros y desconocidos.

**(2) Social.**– estructuras sociales formales e informales, servicios o sistemas globales existentes en la comunidad o la cultura, que tienen un efecto en los individuos. Este nivel incluye organizaciones y servicios relacionados con el entorno laboral, actividades comunitarias, agencias gubernamentales, servicios de comunicación y transporte,



redes sociales informales y también leyes, regulaciones, reglas formales e informales, actitudes e ideologías.

Los Factores Ambientales interactúan con los componentes de “Estructuras y Funciones Corporales”, y “Actividades y Participación”.

#### **3.2.4. Los Factores Personales**

---

Los Factores personales constituyen el trasfondo particular de la vida de un individuo y de su estilo de vida. Están compuestos por características del individuo que no forman parte de una condición o estados de salud. Estos factores pueden incluir el sexo, la raza, la edad, otros estados de salud, la forma física, los estilos de vida, los hábitos, los “estilos de enfrentarse a los problemas y tratar de resolverlos”, el trasfondo social, la educación, la profesión, las experiencias actuales y pasadas (sucesos de la vida pasada y sucesos actuales), los patrones de comportamiento globales y el tipo de personalidad, los aspectos psicológicos personales y otras características. Los factores personales no se clasifican en la CIF.

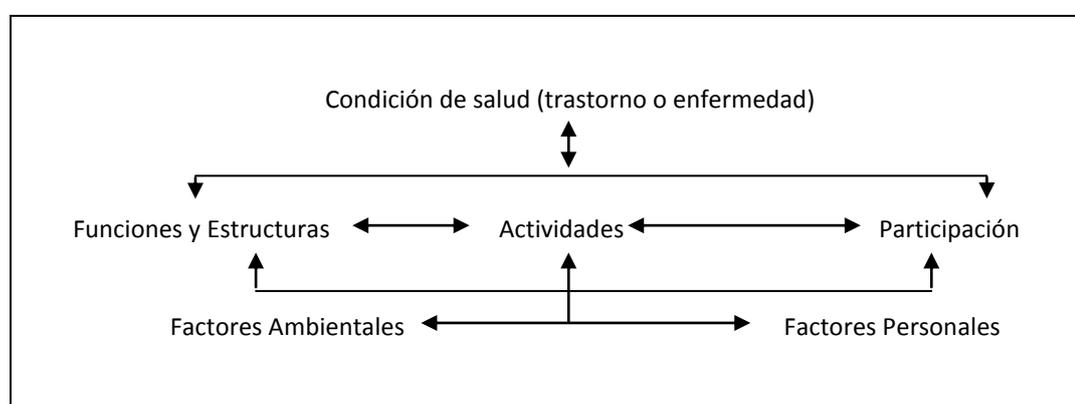


#### 4. PROCESO DEL FUNCIONAMIENTO Y DE LA DISCAPACIDAD

CIF no establece un modelo para el “proceso” del funcionamiento y la discapacidad. Sin embargo, puede utilizarse para describir dicho proceso proporcionando los medios para delinear los diferentes “constructos” y dominios. Proporciona un abordaje, desde una perspectiva múltiple, a la clasificación del funcionamiento y la discapacidad como un proceso interactivo y evolutivo, al igual que cuando hablábamos de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, al presentar una deficiencia, no implicaba tener una Discapacidad o una Minusvalía, uno puede:

- Tener deficiencias sin tener limitaciones en la capacidad (ej. una desfiguración como consecuencia de la lepra puede no tener efecto en la capacidad de la persona);
- Tener limitaciones en la capacidad y problemas de desempeño/realización sin deficiencias evidentes (ej. reducción en el desempeño/realización de las actividades diarias que se asocia con muchas enfermedades);
- Tener problemas de desempeño/realización sin deficiencias o limitaciones en la capacidad (ej. una persona VIH positiva o un antiguo paciente recuperado de una enfermedad mental que se enfrentan a la estigmatización o la discriminación en las relaciones interpersonales o el trabajo);
- Tener limitaciones en la capacidad sin asistencia, y ausencia habitual (ej. un individuo con limitaciones en la movilidad, Por ejemplo uno puede: de problemas de desempeño/realización en el entorno puede ser provisto por la sociedad de ayudas tecnológicas que faciliten su desplazamiento);
- Experimentar un grado de influencia en dirección contraria (ej. la inactividad de las extremidades puede causar atrofia muscular, la institucionalización puede provocar una pérdida de las habilidades sociales).

Tabla 2 Interrelación de elementos



## 5. LEGISLACIÓN VIGENTE

En este capítulo se repasarán algunas de las leyes vigentes que son de clara aplicación en las características médicas de las personas con algún grado de discapacidad.

### 5.1. LEY 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia

LEY 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la dependencia (Viernes 15 diciembre 2006 BOE núm. 299). A efectos de la presente Ley, se entiende por:

**1. Autonomía:** la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria.

**2. Dependencia:** el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD) o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.

**3. Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD):** las tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas.

**4. Necesidades de apoyo para la autonomía personal:** las que requieren las personas que tienen discapacidad intelectual o mental para hacer efectivo un grado satisfactorio de autonomía personal en el seno de la comunidad.

**5. Cuidados no profesionales:** la atención prestada a personas en situación de dependencia en su domicilio, por personas de la familia o de su entorno, no vinculadas a un servicio de atención profesionalizada.

**6. Cuidados profesionales:** los prestados por una institución pública o entidad, con o sin ánimo de lucro, o profesional autónomo entre cuyas finalidades se encuentre la prestación de servicios a personas en situación de dependencia, ya sean en su hogar o en un centro.

**7. Asistencia personal:** servicio prestado por un asistente personal que realiza o colabora en tareas de la vida cotidiana de una persona en situación de dependencia, de cara a fomentar su vida independiente, promoviendo y potenciando su autonomía personal.



**8. Tercer sector:** organizaciones de carácter privado surgidas de la iniciativa ciudadana o social, bajo diferentes modalidades que responden a criterios de solidaridad, con fines de interés general y ausencia de ánimo de lucro, que impulsan el reconocimiento y el ejercicio de los derechos sociales.

La atención a las personas en situación de dependencia y la promoción de su autonomía personal constituye uno de los principales retos de la política social de los países desarrollados. El reto no es otro que atender las necesidades de aquellas personas que, por encontrarse. (Viernes 15 diciembre 2006 BOE núm. 299)

Llegados a este punto es importante remarcar algunos artículos concretos de la ley.

### 5.1.1. Artículo 26. Grados de dependencia.

---

1. La situación de dependencia se clasificará en los siguientes grados:

a) Grado I. Dependencia moderada: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.

b) Grado II. Dependencia severa: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no quiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.

c) Grado III. Gran dependencia: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.

2. Cada uno de los grados de dependencia establecidos en el apartado anterior se clasificarán en dos niveles, en función de la autonomía de las personas y de la intensidad del cuidado que requiere.



## **5.2. LEY 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad.**

---

En España, según la encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud (Instituto Nacional de Estadística, 1999), hay en torno a 3,5 millones de personas con alguna discapacidad.

Las personas con discapacidad constituyen un sector de población heterogéneo, pero todas tienen en común que, en mayor o menor medida, precisan de garantías suplementarias para vivir con plenitud de derechos o para participar en igualdad de condiciones que el resto de ciudadanos en la vida económica, social y cultural del país en situación de especial vulnerabilidad, requieren apoyos para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria, alcanzar una mayor autonomía personal y poder ejercer plenamente sus derechos de ciudadanía. (BOE núm. 289 Miércoles 3 diciembre 2003)

Esta ley se inspira en los principios de vida independiente, normalización, accesibilidad universal, diseño para todos, diálogo civil y transversalidad de las políticas en materia de discapacidad. A estos efectos, se entiende por:

- a) Vida independiente: la situación en la que la persona con discapacidad ejerce el poder de decisión sobre su propia existencia y participa activamente en la vida de su comunidad, conforme al derecho al libre desarrollo de la personalidad.
- b) Normalización: el principio en virtud del cual las personas con discapacidad deben poder llevar una vida normal, accediendo a los mismos lugares, ámbitos, bienes y servicios que están a disposición de cualquier otra persona.
- c) Accesibilidad universal: la condición que deben cumplir los entornos, procesos, bienes, productos y servicios, así como los objetos o instrumentos, herramientas y dispositivos, para ser comprensibles, utilizables y practicables por todas las personas en condiciones de seguridad y comodidad y de la forma más autónoma y natural posible. Presupone la estrategia de «diseño para todos» y se entiende sin perjuicio de los ajustes razonables que deban adoptarse.
- d) Diseño para todos: la actividad por la que se concibe o proyecta, desde el origen, y siempre que ello sea posible, entornos, procesos, bienes, productos, servicios, objetos, instrumentos, dispositivos o herramientas, de tal forma que puedan ser utilizados por todas las personas, en la mayor extensión posible.



## 6. AYUDAS TÉCNICAS Y ACCESIBILIDAD

Con respecto a la accesibilidad se puede estudiar desde diferentes puntos de vista: Accesibilidad de la persona, de los productos y de los entornos o bien desde el punto de vista global o parcial.

### 6.1. Tipos de accesibilidad

---

1.- UNIVERSAL: por ejemplo a comunidades de propietarios, o municipios (definidos en el libro verde)

2.- Al entorno: mediante la supresión de barreras, buenas prácticas en espacios naturales protegidos. Se definen en el libro blanco. I Plan Nacional de Accesibilidad

3.- Edificación y urbanismo: adaptación de puestos de trabajo, bibliotecas, ciudades globales amigables.

4.- Vivienda: adaptación de la vivienda a la población dependiente con apertura de puertas de forma remota, hogares accesibles. Se define y estudia a los mayores y el cuarto de baño, las zonas de estar o el hogar en general

5.- Transporte con el autobús y taxis accesibles

### 6.2. Ejemplos de ayudas técnicas

---

Se propone optimizar la accesibilidad al entorno construido, al transporte y a las TIC (tecnologías de la información y Comunicación), utilizando de forma efectiva la legislación, la normalización, la contratación pública, la incorporación de la accesibilidad y el diseño para todos los planes formativos de las profesiones pertinentes y potenciando un mercado de la UE para tecnologías de apoyo.

El proyecto eMadrid de Cajamadrid facilita el acceso a internet a través de discaDIY. Desde mediados de 2009 y hasta 2011, la Casa Encendida de Caja Madrid promueve un proyecto digital llamado eMadrid ([www.emadrid2011.es](http://www.emadrid2011.es)) que parte de dos premisas:

1.- La brecha digital que afecta a amplios perfiles de población

2.- Amplios colectivos del tercer sector y de la economía social están lejos de sacar partido a un conjunto de herramientas gratuitas de colaboración y comunicación on line.

En la brecha digital, además de la disposición de medios técnicos están las barreras más importantes en el ámbito de las creencias, los valores y las personas entre otras.

Se han buscado soluciones, llamadas **iniciativas** que tienden puentes entre los que saben y los que necesitan. Así han nacido etherdok, linotypex, y DiscaDIY entre otros, constituyendo éste último una plataforma web, que por medio de internet cambia a la vida de personas con movilidad reducida o con capacidades de expresión verbal limitadas y que padecían aislamiento social mediante una discámara instalada en la silla de ruedas, libre electrónico (discaebook), o cinturón para comer.





**Ilustración 1 Ayudas técnicas**



**Ilustración 2 Ayuda técnica: manejo de ratón con la boca**

[www.discadiy.org](http://www.discadiy.org), ha lanzado una web colaborativa abierta a todos , donde reunir soluciones, con el eslogan “hazlo tú mismo” a diversos problemas de accesibilidad

De la misma manera se la empresa Rehatrans, presenta el primer vehículo adaptado al mercado español que mantiene su aspecto original con una altura de habitáculo de 143 cm que permite la entrada con silla de ruedas y que ha sido adoptado por la asociación Eurotaxi-madrid para toda la comunidad de Madrid.



**Ilustración 3 Rampa de acceso a un automóvil**

Se ha expandido la formación en tecnologías de apoyo, así BJ Adaptaciones ha creado para pacientes con discapacidad motora dispositivos inalámbricos de largo alcance (Simplyworks) de acceso al ordenador para facilitar la cooperación y participación en las aulas del alumnado con discapacidad. Activan y ponen en funcionamiento el

ordenador mediante un sistema de emisores y receptores , por ejemplo un teclado con joystick de gran sensibilidad para detectar movimientos mínimos, o un pulsador que se acciona con leve presión para acceder al ordenador, manejar el cursor y navegación inalámbrica en un radio de 10 metros y también crea entornos inalámbricos para varios usuarios



**Ilustración 4 Dispositivos de control de ordenadores**

Se ha ideado un ratón para personas con movilidad reducida o nula de miembros superiores por ENESO Tecnología de Adaptación llamado ENPATHIA. Es un sensor que se fija con cinta a cualquier parte del cuerpo que tenga movilidad (cabeza, hombro, antebrazo o pie), de manera que leves movimientos pueden mover el cursor, escribir textos, hacer click en el ratón, arrastra. Funciona con Windows y Linux. La junta de Andalucía ha alquilado 245 unidades para centros públicos



**Ilustración 5 Ratón de ordenador adaptable al cuerpo**

### 6.3. Calidad de vida

---

Podemos entender la calidad de vida como la combinación del bienestar objetivo y subjetivo en múltiples dominios de la vida considerados de importancia en la propia cultura y tiempo, siempre que se adhiera a los estándares universales de los derechos humanos.

La calidad de vida de las personas con discapacidad no se rige por principios diferentes a los de calidad de vida para personas sin discapacidad (Tamarit 1999 FEAPS: la calidad de vida en los entornos residenciales y de vivienda).

### 6.4. Diferencia entre prótesis y ortesis

---

La palabra **ortesis** deriva del griego *ortho* (ορθως), que significa recto o enderezar, según definición de la **ISO**, es un apoyo u otro dispositivo externo aplicado al cuerpo para modificar los aspectos funcionales o estructurales del sistema neuromusculoesquelético.

El término se usa para denominar aparatos o dispositivos, férulas, ayudas técnicas (PRODUCTOS DE APOYO) y soportes usados en ortopedia y corrigen o facilitan la ejecución de una acción, actividad o desplazamiento, procurando ahorro de energía y mayor seguridad. Sirven para sostener, alinear ó corregir deformidades y para mejorar la función del aparato locomotor.

Se diferencian de las prótesis al no sustituir un órgano o miembro con incapacidad física, invalidez o disimetría, o parte del mismo, sino reemplazar o reforzar, parcial o totalmente, sus funciones. De hecho diferentes ortesis personalizadas pueden acoplarse a las prótesis, mas estandarizadas, para mejorar la función de éstas.

Las ortesis se indican cuando el paciente presente las siguientes condiciones: Dolor, claudicación, alteración de la funcionalidad de la marcha, inestabilidad articular, riesgo de caídas, inmovilidad.

#### 6.4.1. Tipos de ortesis

---

Se pueden clasificar en cuatro tipos según su función (Medynet):

1. **Estabilizadoras:** mantienen una posición e impiden movimientos indeseados, por lo que se pueden utilizar en parálisis flácidas o espásticas si el objetivo es actuar como soporte de un segmento paralizado, o para disminuir la amplitud articular de un segmento inflamado y doloroso. El grado de inmovilización deseado varía según el tipo de ortesis utilizado. Son las que tienen mayor utilidad en el ámbito de la AP.
2. **Funcionales:** también llamadas dinámicas, ya que llevan incorporado un elemento elástico que permite movilizar un segmento de un miembro paralizado.
3. **Correctoras:** indicadas para corregir una deformidad esquelética. Son más efectivos si se utilizan durante el desarrollo infantil.
4. **Protectoras:** mantienen la alineación de un miembro enfermo o lesionado.



## 7. PRODUCTOS DE APOYO (ANTES LLAMADOS AYUDAS TÉCNICAS)

Los productos de apoyo se denominaban ayudas técnicas y La Norma UNE-EN ISO 9999 sobre clasificación y terminología de Productos de Apoyo para personas con discapacidad, elaborada por el Comité Técnico 153 de AENOR en 2007, describe los productos de apoyo de la siguiente forma:

**Producto de apoyo:** Cualquier producto (incluyendo dispositivos, equipo, instrumentos, tecnología y software) fabricado especialmente o disponible en el mercado, para prevenir, compensar, controlar, mitigar o neutralizar deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación.

El término Productos de Apoyo, aclara la norma en su definición, sustituye al de Ayudas Técnicas, empleado en las anteriores versiones. La Norma UNE-EN ISO 9999 es la versión española de la ISO 9999, también de 2007, por lo que su clasificación y terminología es la oficialmente aceptada por los organismos internacionales a través de la ISO.

Son ayudas técnicas todos aquellos aparatos o equipos que son utilizados por personas discapacitadas temporal o permanentemente, que les sirven para tener un mayor grado de independencia en las actividades de la vida diaria y les proporciona en general una mayor calidad de vida.

De forma general las Ayudas Técnicas o **Productos de Apoyo son:** " instrumentos o dispositivos especiales de autoayuda que permiten realizar actividades diversas que sin tal ayuda quedarían fuera de las posibilidades, es decir, son elementos facilitadores que ayudan al individuo a aproximarse lo más posible a la normalidad, partiendo de su capacidad deficiente, transformando el entorno con el fin de favorecer la integración de los individuos con diversos déficits. En definitiva, son el puente entre la dependencia y la independencia. El objeto y la finalidad, es conseguir la integración y participación del individuo dentro del medio en el que vive. Toda ayuda técnica debe reunir las **características** de:

- Sencillez.
- Eficacia.
- Ser utilizadas cuando no existe otro medio razonable de solucionar el problema.

Y por supuesto, deben de cumplir, para ser realmente adecuadoras del entorno, los **requisitos** siguientes:

- Responder a las necesidades para las que han sido concebidas.
- Seguras, evitando riesgos innecesarios.
- Sencillas, manejo sencillo para poder usarlas solos.



- Fabricadas con materiales resistentes, duraderos, de fácil limpieza, estéticos y de bajo costo".

## 7.1. Clasificación en función de su utilidad

---

En función de la **utilidad**, es decir, del objetivo que persiguen las distintas ayudas técnicas serían

1.-**Ayudas técnicas preventivas:** aquellas que previenen deformidades, o bien preventivas para la disminución del potencial agresivo y evolutivo de una enfermedad. Habría que tener en cuenta las distintas prevenciones:

- Primaria: es la que persigue evitar que aparezca la enfermedad que no estaba.
- Secundaria: evitar que la enfermedad evolucione hasta la incapacidad.
- Terciaria: prevención de la dependencia cuando existe incapacidad.

2.- **Ayudas técnicas facilitadoras:** que aumentan las posibilidades funcionales del minusválido que las utiliza, distinguiendo las ayudas técnicas de carácter personal o que afectan directamente al minusválido y las que se dirigen a la adaptación del hogar o del trabajo (medios técnicos).

3.- **Ayudas técnicas compensadoras:** aumentan la capacidad de realizar gestos imposibles, bien porque su realización provoque dolor o sea causa de deformidad; bien porque el grado de discapacidad sea tan grande que no pueda efectuarse.

## 7.2. Determinación de su aplicabilidad

---

Para determinar cuándo debe aplicarse una ayuda u otra, o tan siquiera cuando es imprescindible alguna de ellas, es inevitable hacer una valoración de las necesidades particulares de cada individuo.

Para ello tendremos en cuenta los puntos siguientes:

- **Patología.** Va a facilitar información exacta de las limitaciones más frecuentes dentro de cada caso, lo que nos ayudará a evaluar la existencia o no de los posibles déficits previsible.
- **Limitaciones o déficits.** El grado de estos y la posibilidad real de una mayor o menor recuperación, serán factores importantes para la prescripción de ayudas técnicas. Aquí se engloba la evaluación de la persona, el haber descartado otras posibilidades (principalmente de recuperación de las capacidades residuales) y el conocimiento del objeto prescrito.
- **Ámbito o contexto social.** El estudio de este apartado nos proporcionará nuevos datos acerca de las necesidades reales, puesto que estas variarán según el medio en el que se vaya a desenvolver el sujeto. Dependiendo de que esté en un centro o residencia, en el hogar o que vaya a desarrollar algún tipo de actividad o trabajo, las medidas a tomar serán diferentes.



- **La especificidad** de las ayudas suele facilitar el estudio del medio, puesto que, en una especie de feed-back, unos excluyen a otros. Es decir, un medio concreto requiere unas ayudas específicas, y un tipo de ayudas sólo encajan en un medio establecido. Dentro del ámbito también va a tener una cierta relevancia la colaboración o no de una tercera persona. Hecho que obligará a "sofisticar" más o menos el medio.
- **Grado de "sofisticación"**. Con el grado de "sofisticación" se quiere hacer hincapié en la existencia de ayudas más o menos complejas. Esto hace referencia a la posibilidad de encontrarnos con elementos de tipo estándar o "de talla única" y con la de encontrarnos sistemas adaptables o modulares. Con los primeros, la valoración es simple; si existe la necesidad, hay una única alternativa posible. Mientras que con los segundos, entran en juego un gran número de posibilidades a tener en cuenta, marcadas a su vez, por la patología, las limitaciones y el ámbito.
- **Nivel de agrado**. No podemos olvidar, que por regla general, los posibles usuarios de las ayudas técnicas van a sentir algún tipo de rechazo hacia estas, de forma más evidente cuanto más visibles sean. El nivel de agrado o desagrado, en este caso, va a depender directamente de lo que destaque la ayuda dentro de la normalidad. Por decirlo de una manera más sencilla: "cuanto más extravagante o llamativo sea el sistema u objeto, menos lo querremos; pues corremos el riesgo de ser señalados por la calle (importante hándicap)". Esto nos lleva a tener en cuenta: por un lado, la necesidad de concienciar y motivar al usuario, y, por otro, a que el diseño de la ayuda sea sencillo y estético.

La relación mostrada es, por tanto, reversible. Cuanto más sencilla sea la ayuda y pase más desapercibida, mayor aceptación tendrá. Y, en consecuencia, mayor funcionalidad.

La Guía básica de productos de apoyo es una colección de siete cuadernillos, cuyo objetivo es dar a conocer los productos que pueden ayudar a las personas con discapacidad en sus actividades de la vida diaria.

No se trata de una recopilación exhaustiva. Es más bien una guía de referencia para conocer la tipología de productos de apoyo, las posibilidades que ofrecen y dónde adquirirlos. Está dirigida a las personas con discapacidad, sus cuidadores, profesionales del sector y a la población en general.

El Centro de Referencia Estatal sobre Accesibilidad y Ayudas Técnicas (CEPAT-IMERSO) ha colaborado en la revisión de este documento, una herramienta útil para la difusión de los productos de apoyo.

La Guía está disponible en la página web creada por la Cruz Roja, con el apoyo del IMERSO.



### **7.3. Acceso al juego mediante la innovación en diseños pensados para todos y la adaptación de juguetes para niños con discapacidad**

---

Documento creado por el Área de Desarrollo Tecnológico de CEAPAT en 2010, que recibió el Premio del IMSERSO a las mejores actuaciones en las líneas de su Plan de Calidad.

Este documento resalta la importancia que para los niños con discapacidad tiene el acceso al juego, utilizando los mismos juguetes con los que juegan sus amigos y compañeros. Se hace un repaso de las actividades y proyectos que, el Área de Desarrollo Tecnológico del CEAPAT, viene realizando desde hace años en materia de adaptación de juguetes. También analiza los resultados de los cursos y talleres formativos realizados. El trabajo se completa con ejemplos prácticos como la fabricación de pulsadores

### **7.4. Adaptación de puestos de trabajo. Guía de referencia**

---

Margarita Sebastián Herranz y Reyes Noya Arnáiz realizaron un documento en 2009, editado por CEAPAT para que Las personas con diversidad funcional (discapacidad) pueden beneficiarse, como la población trabajadora en general, del principio de que el puesto de trabajo debe adaptarse a la persona y no al revés. Sin embargo, las intervenciones requerirán en estos casos un análisis individual y pormenorizado de las relaciones trabajador-tarea-puesto. De ahí la importancia que las adaptaciones pueden tener a la hora de valorar la capacidad funcional. La guía repasa todas estas cuestiones y aborda el procedimiento para determinar lo que debe ser un ajuste razonable.

### **7.5. Catálogo de pulsadores, soportes y otras adaptaciones**

---

De igual manera, el Área de Desarrollo Tecnológico de CEAPAT, en 2010, ha desarrollado un documento que consiste en un Catálogo de las adaptaciones diseñadas y realizadas por el Área de Desarrollo Tecnológico del Ceapat, que incluye fichas descriptivas de cada pulsador, soporte y otros productos adaptados.



## 8. BIBLIOGRAFÍA

- Ayudas dinámicas. Productos para una mayor dependencia, catálogo 2008
- BOE. LEY 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia Viernes 15 diciembre 2006 BOE núm. 299
- BOE. **LEY 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad.**
- **Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud -CIF-: versión abreviada** **Publicación:** Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, 2001
- Clasificación Internacional de Enfermedades 10. CIE- 10- MC. 10ª REVISION. Publica Instituto Nacional de la Salud. Secretaria General. Servicio de Publicaciones.
- GUIA DE JUEGOS Y JUGUETES: Resultados del banco de pruebas de AIJU (Instituto Tecnológico del juguete) 2009/10
- Norma UNE-EN ISO 9999 sobre clasificación y terminología de Productos de Apoyo para personas con discapacidad,
- PALACIOS, Agustina; ROMAÑACH, J. *El Modelo de la Diversidad: La Bioética y los Derechos Humanos para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional.* España: Diversitas Editorial. pp. 252. [ISBN 84-964-7440-2978-84-964-7440-6](https://doi.org/10.1007/978-84-964-7440-6).
- ¡Pregúntame sobre accesibilidad y ayudas técnicas!. IMSERSO . 2005
- Red Medynet - Programa anual 2003 de formación continuada acreditada para médicos de atención primaria ministerio de sanidad y Consumo de España



- Tamarit 1999 FEAPS: la calidad de vida en los entornos residenciales y de vivienda.
- Wikipedia, diversidad funcional.

