

**Ensayo**

 ISSN:1315 2823  
 INDICE REVENYCYT:RV0003  
 LATINDEX: 18219  
 PERIODICA  
 IMBIOMED

**Contexto histórico del concepto de la diversidad funcional: Modelos y paradigmas**
**Historical context of the concept of functional diversity: Models and paradigms**

 Rodríguez Marianela<sup>1</sup>, Couto Maria Dolores<sup>2</sup>
<sup>1</sup>Departamento de Odontología del Niño y del Adolescente.

<sup>2</sup>Departamento de Salud Odontológica Comunitaria

Facultad de Odontología. Universidad de Carabobo.

aniandrea2@hotmail.com

Recibido: 13/11/2012

Aceptado: 12/04/2013

**Resumen**

El ensayo reflexiona sobre el concepto de la diversidad funcional, realizando un recorrido histórico de los diversos esquemas y modelos que han permitido analizar, redefinir y desfragmentar la concepción de la discapacidad. La metodología del estudio fue de tipo hermenéutico-crítico, con revisión y análisis bibliográfico y documental. Entre los modelos tradicionales de la diversidad funcional está el modelo médico, que fue el primer modelo planteado, considerándola como un problema individual, directamente vinculado a la enfermedad o alteración de la salud que lo causa; el social centra su mirada en el entorno social de la persona con capacidades diferentes, hasta el actual modelo de la clasificación del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF) en el marco de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que busca una integración de la perspectiva médica y la social. Se concluye que la CIF para la salud y la discapacidad, es la base conceptual para la definición de la discapacidad, logrando un lenguaje unificado y estandarizado, constituyendo universalmente un punto de referencia para su uso en el campo de la salud.

**Palabras clave:** discapacidad, modelos de diversidad funcional, CIDDM.

**Summary. Historical context of the concept of functional diversity: Models and paradigms**

This essay is to think about the concept of the functional diversity, it was realized a historical tour of the diverse schemes and models who have allowed to analyze, to re-define and to defragment the conception of the disability. The methodology of the study was of hermeneutic - critical type, with review and bibliographical and documentary analysis. Between the traditional models of the functional diversity is the medical model, who was the first raised model, considering it to be an individual problem directly linked to the disease or alteration of the health that causes it; the social one centers his look on the social environment of the person with different capacities, up to the current model of the classification of the functioning, of the disability and of the health (CIF) on the frame of the World Health Organization (WHO), looks for an integration of the medical perspective and the social one. One concludes that the CIF for the health and the disability is the conceptual base for the definition of the disability, achieving a unified and standardized language, constituting universally a point of reference to his use in the field of the health.

**Key words:** disability, functional diversity models, CIDDM.

## Introducción

El término de diversidad funcional, es un término reciente, que busca sustituir esta terminología discriminatoria y peyorativa, como incapacitación, incapacidad, discapacidad, invalidez (parcial, total, absoluta, gran invalidez), minusvalía y dependencia. La diversidad funcional, hace referencia a las diversas consecuencias agudas o crónicas, en el funcionamiento de los sistemas específicos del cuerpo, en las capacidades humanas básicas y en las actividades de las personas, en los roles necesarios, habituales, esperados y personalmente deseados en la sociedad.<sup>1</sup> En el año 2005, González<sup>2</sup> señala que refleja las diversas consecuencias que una enfermedad o lesión puede tener en el funcionamiento humano.

La diversidad funcional abarca gran variedad de deficiencias funcionales y corporales, de etiologías, duración y gravedad, características que se combinan entre sí y hacen imposible definir un “tipo específico” de persona con discapacidad. Uno de los niveles en que se puede analizar la discapacidad es el aspecto individual, orgánico, corporal o funcional<sup>3</sup> y en la actualidad, se conoce que el impacto económico es potencialmente devastador en los individuos discapacitados.

Históricamente, han cambiado las concepciones de la diversidad funcional, percibiéndose de forma ambigua y contradictoria, a expensas de las actitudes y situaciones de rechazo y marginación, que se ha mostrado en la sociedad en cada época. En la Prehistoria, las personas con discapacidad eran consideradas como un elemento negativo; no sólo por ser un “no productor”, sino que además exigía al resto de la comunidad, una constante dedicación, desgaste de energía para alimentarle y gran pérdida de tiempo. El destino de las personas con discapacidad era la muerte, donde se aplicaba el infanticidio en los niños. En Egipto, defendían la vida de los hijos y condenaban a los padres que practicaran el infanticidio; en contraste, en Mesopotamia y Persia, se consagraba la tradición demonológica, radicando en esta tradición, la concepción de enfermedad como posesión de espíritus malignos, ideas que fueron interpretadas como castigo-divino; sin embargo, posturas más

duras existían en la India, donde los niños con deformaciones eran arrojados al Río Ganges.<sup>4</sup>

En Grecia, los discapacitados recibieron un trato desigual. Por un lado, el infanticidio practicado en Esparta, donde se eliminaba en el Monte Taigeto, todo aquel que presentara alguna deformidad, y por otro lado, una actitud activa considerando las discapacidades físicas como fenómenos naturales, donde se inició la atención de éstos en casas y hospitales.<sup>5</sup>

En Roma, se cumplía de la misma manera el infanticidio, con la aprobación de la ley de las doce tablas (541-540 a.c.), de manera que el padre podría privar de vida a su hijo inmediatamente después del nacimiento; sin embargo, fue poco practicado excepto en la época de decadencia del Imperio Romano, en la que estos niños eran arrojados al Tíbet en cestas de flores en lugar de ser asesinados. Lo que sí era práctica común, era vender a los niños como esclavos y para la mendicidad.<sup>5</sup>

Con el advenimiento del cristianismo, con sus mensajes de amor, misericordia y entrega, se prohíbe el infanticidio y la venta de niños como esclavos. Se aumentó la sensibilidad hacia los paralíticos, sordos, epilépticos, mejorando su aceptación y trato. La edad media, fue una etapa en que el trato hacia el incapacitado es ambivalente. Por un lado, aparecen hospitales y asilos de carácter religioso y, por otro, emerge la inquisición que se encargaba de eliminar a los seres humanos diferentes. En esta etapa, los discapacitados eran considerados anormales, olvidados, rechazados e incluso temidos. Así es, como se construye un concepto de la anormalidad y del defecto, que conduce al rechazo social, al temor y hasta la persecución de estas personas, por parte de los poderes civiles y religiosos, confundidos con locos, herejes, embrujados, delincuentes, vagos o seres prostituidos.<sup>5</sup>

En la edad moderna (época del renacimiento, siglo XV), la sociedad dio los primeros pasos para el reconocimiento de las personas discapacitadas. Éstos eran reclusos en hospicios y casas de misericordia para evitar que se dedicaran a la bufonería y la mendicidad, mientras que en la edad Contemporánea, se abandona la idea de que los “*idiotas*” e “*imbéciles*” (denominados

antiguamente) no son susceptibles de ser educados y comienza a surgir una nueva moralidad ante las personas con diversidad funcional.<sup>6</sup>

Durante el siglo XIX, se otorga el reconocimiento a los discapacitados físicos y psíquicos en la educación especial para la mejora de su calidad de vida, reconociendo la sociedad explícitamente su responsabilidad hacia el problema de los impedidos físicos y/o psíquicos. Se comienza a distinguir entre enfermedad y deficiencia y se describen y clasifican los primeros tipos de discapacidades. La actitud de la sociedad va cambiando, dejan de verse desde un punto de vista únicamente de cuidados y limosnas, para considerar que el discapacitado es un individuo capaz de llevar una vida normal, si se le proporcionan los medios adecuados.

A partir de esta visión histórica, se encuentra que existieron diversas posturas frente a las personas con discapacidad, donde en unas se les consagraban, y en otras se les asignaba una condición demonológica.

Hoy en día, ha ido cambiando paulatinamente la percepción de esta condición, desarrollándose diversos contextos de manera gradual, para abordarla desde el decenio de 1960 hasta la actualidad, como un problema individual asociado a un estado deficitario de la salud, visión que sostenía prácticas y discursos de cura, rehabilitación, educación y asistencia con acciones realizadas por especialistas.<sup>7-9</sup>

La Declaración de los Derechos de los Impedidos del Alto Comisionado de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas en 1975, señala a la diversidad funcional como impedimento de una persona que no puede “*subvenirse*” por sí misma en todo<sup>3</sup>. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), 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<sup>10</sup>. Asimismo, en el año 2009 Sosa<sup>11</sup>, menciona que la diversidad funcional, hace referencia a posibilidades limitadas de desarrollo humano, las cuales no están dadas exclusivamente en las deficiencias físicas, mentales o emocionales que la persona posee, sino también por el contexto, la comunidad a la cual el sujeto con diversidad

funcional pertenece, existiendo factores socio-ambientales que determinan que en algunos casos se instale la diversidad funcional.

Con respecto a las diversas concepciones, que se han venido gestando a través de varias décadas, no cabe duda que existen diferentes formas de entenderla, a pesar que se expresa una interacción de los factores negativos entre un individuo y sus aspectos contextuales. De tal manera, que han prevalecido diferentes términos relacionados con la discapacidad, déficit, deficiencia y limitación, y se han agregado factores sociales y ambientales, que hoy en día están sumergidos en la nueva concepción de la discapacidad.<sup>12</sup>

En el año 2005, surge una nueva concepción de la discapacidad en EEUU. El Foro de Vida Independiente (FVI) y diversidad, ha propuesto una nueva concepción terminológica de la discapacidad, por considerarla a ésta peyorativa; de tal manera, que introduce el nuevo término de diversidad funcional.<sup>13</sup>

Esta nueva concepción, pretende suprimir las nomenclaturas negativas que se han aplicado tradicionalmente, a las personas con discapacidad (siendo “dis-capacidad un ejemplo de las mismas). La diversidad funcional, pretende una calificación que no se inscribe en una carencia, sino que señala un desenvolvimiento cotidiano, una funcionalidad diferente a lo que se considera usual, asumiendo que esta funcionalidad diversa implica discriminación y que no es la peculiaridad fisiológica, sino el entorno social el que la produce.<sup>13</sup>

De tal manera, el FVI con esta nueva concepción, reclama el respecto a la dignidad integral de la persona humana, vale decir, la lucha por la dignidad en la diversidad del ser humano. La diversidad funcional es, en consecuencia, una propuesta de contenido ideológico: la denominación pretende ser una síntesis conceptual, para la comprensión de una realidad social comúnmente denominada “discapacidad”; y lo hace con clara pretensión emancipadora.<sup>14</sup>

Comparte Sosa<sup>11</sup> lo expresado en líneas precedentes, considerando que la diversidad funcional es un concepto interactivo, resultado de la confluencia de ciertas condiciones de salud, unas características personales (edad, sexo, nivel

educativo) y un entorno social y ambiental. En tal sentido, esta definición actual describe que la diversidad funcional, no sólo se centra en las circunstancias personales o individuales, sino en el contexto que rodea a la persona con deficiencia y la interacción con su entorno.

El término diversidad funcional, se ajusta a una realidad en la que una persona, funciona de manera diferente o diversa de la mayoría de la sociedad, considerando la diferencia de la persona y la falta de respeto de las mayorías, que en sus procesos constructivos sociales y de entorno, no tiene en cuenta esa diversidad funcional.<sup>13</sup>

A nivel mundial, existen más de 500 millones de personas discapacitadas<sup>15</sup> y se ha reportado que de cada mil niños, de 3 a 7 de ellos manifiestan retardo mental<sup>16</sup>. Según la OMS, existe un crecimiento progresivo de las cifras de diversidad funcional, estimándose que entre 10% y 12% de la población, padece algún tipo de limitación permanente<sup>17</sup>. En España, la prevalencia de diversidad funcional es de 8,99 por cada 100 habitantes, siendo 7,66 y 10,27 en hombres y mujeres, respectivamente.<sup>18</sup>

Estadísticas mundiales de salud en Perú, calculan que entre 110 millones (2,2%) y 190 millones (3,8%) de personas, tienen discapacidades graves y limitantes. Por su parte en México, la diversidad funcional alcanzó al 5.1% de la población total, 5 millones 739 mil 270 mexicanos.<sup>19</sup>

En Venezuela, se calcula que de una población total de 27.860.924 venezolanos para el año 2008, existen 3.362.070 con algún tipo de diversidad funcional<sup>20</sup>. En Ecuador, de una población total de 12.085.021, presentan diversidad funcional 2.937.043. De una población total de 12.631.620 en Nicaragua, 5.142.098 de ellos presentaron diversidad funcional.

Dentro de este numeroso grupo, se puede encontrar diversos tipos de diversidad funcional, presentando mayor frecuencia el retardo mental, la parálisis cerebral, la deficiencia físico –motora y el síndrome de Down.<sup>21</sup>

En la estructura jurídica venezolana, la diversidad funcional es asumida a nivel constitucional, en la Ley Orgánica de Seguridad Social y en el Proyecto de Ley de Salud, con la tradicional visión derivada de las categorías del discurso biomédico de la diversidad funcional,

en la persona con características diferentes, que es considerada una persona biológicamente imperfecta que hay que rehabilitar y “arreglar”; sin embargo, hay una *Vacatio Legis*, que mantiene en suspenso la aplicación de los referidos instrumentos legales.<sup>22</sup>

Todo lo planteado conduce a afirmar, que comprender la evolución histórica de las concepciones de la diversidad funcional, permitirá delimitar el concepto desde una perspectiva que enlaza los desarrollos pasados, con realidades del presente y tendencias futuras, permitiendo una percepción más humana desde el punto de vista profesional, evitando supuestos teóricos y prácticas discriminatorias, que atenten contra esos colectivos de hombres y mujeres al momento de abordarlos.

Desde esta perspectiva, en el presente ensayo se propone un recorrido histórico del concepto de la diversidad funcional, desde los diferentes modelos y paradigmas planteados, desde las miradas médica, social e integradora, donde la condición de diversidad funcional es abordada desde diferentes ámbitos, como un enfoque multidimensional, multifactorial y dinámico.

## **La diversidad funcional. Una mirada desde el modelo biomédico y social**

### *Socio antropología de la diversidad funcional*

La diversidad funcional en una persona, es la dificultad para desempeñar papeles y actividades socialmente aceptadas, habituales para las personas de similar edad y condición cultural; en este sentido, no es únicamente un concepto médico sino más bien social. De tal manera, que el concepto de diversidad funcional no es inherente a la persona, no estando determinado exclusivamente por factores biomédicos. El etiquetado de la diversidad funcional como fenómeno médico, ignora la complejidad de factores que conducen a una limitación para desarrollar actividades sociales.<sup>1</sup>

Este planteamiento obliga a una revisión de los diferentes modelos conceptuales, para interpretar y comprender la diversidad funcional y el funcionamiento, desde su estrecha relación con lo médico, hasta una construcción más social, señalando los diversos paradigmas que han

surgido, estableciendo actuales clasificaciones que logren abarcar un concepto más concreto de la diversidad funcional.

En el año 2001, el Instituto Interamericano del Niño de la Organización de Estados Americanos<sup>23</sup>, plantea una serie de modelos para entender la evolución del concepto de discapacidad: modelo preformista o negativista, modelo predeterminado médico, modelo determinista funcional, modelo interaccionista o estructuralista y modelo inclusivo de los derechos humanos<sup>24</sup>. Todos estos modelos, han venido sufriendo varias transformaciones y discusiones, quedando segregados en el modelo médico-rehabilitador y modelo social o vida interdependiente, los cuales coexisten en la actualidad, planteándose como nueva visión para entender el proceso de la discapacidad<sup>25</sup>. Las enfermedades y deficiencias son estudiadas generalmente desde el modelo médico-rehabilitador, mientras que la diversidad funcional se ha abordado desde el modelo social, planteándose que en efecto se expresará una dialéctica del modelo médico-rehabilitador versus modelo social, para reconstruir la condición de diversidad funcional.<sup>26</sup>

El modelo médico-rehabilitador, fue el primero que se planteó oficialmente sobre la discapacidad<sup>27</sup>. Éste considera a la discapacidad, como un comportamiento anormal del individuo, como un síntoma o la manifestación externa de una alteración de su organismo<sup>28</sup>. Desde este modelo, es fundamentalmente un problema individual, directamente vinculado a la enfermedad o alteración de la salud que lo causa<sup>29</sup>, es la expresión de la limitación física de una persona para la interacción social.<sup>30</sup>

En este mismo orden de ideas, en este modelo existe una relación estricta médico-paciente<sup>28</sup>, en donde las personas con diversidad funcional se convierten en objetos médicos y por ello, sus realidades son contempladas y explicadas desde un prisma exclusivamente medicalizado<sup>31</sup>. Finalmente, es un modelo en cierto sentido limitador y simplista, ya que se limita a procesos individuales que tienen que ver solo con la enfermedad.<sup>12</sup>

Por tanto, este modelo médico, se centra más en la salud-enfermedad que en la calidad de vida y la participación social de la persona, aspectos

importantes que deben ser considerados para el abordaje integral de estos individuos.

Frente a la concepción médica-rehabilitadora, se propone una teoría social dentro de la diversidad funcional<sup>32-35</sup>, la cual debe estar localizada dentro de la experiencia de las propias personas con diversidad funcional y sus intentos no sólo para redefinir esa condición, sino también para construir un movimiento político entre ellos mismos y desarrollar servicios proporcionados, con sus propias necesidades autodefinidas.<sup>36</sup>

De la misma manera, se reafirma que esta condición se debería ver como la consecuencia de una patología biopsicosocial, pero sin vinculación estricta y permanente propiamente con ella<sup>37</sup>. Se plantea que la discapacidad ha pasado de ser un problema personal, que requiere intervenir para rehabilitar, centrando el foco transformador en el entorno social de la persona con capacidades diferentes.<sup>38</sup>

En esta visión conocida como modelo social, la diversidad funcional no es un atributo de la persona, sino el resultado de un complejo conjunto de condiciones, muchas de las cuales están originadas o agravadas con el entorno social<sup>38</sup>. Se ubica como un problema dentro de la sociedad y no exclusivamente como una característica de la persona, de tal manera, que su aparición no depende únicamente de una condición de salud alterada (una enfermedad, un proceso degenerativo, etc.) sino de la interacción de ese problema de salud, con unas condiciones sociales, que contribuyen a que la persona no pueda realizar ciertas actividades, que se esperan en un individuo de sus características. De acuerdo con este modelo social, su causa radica en la estructura social.<sup>28,30</sup> La diversidad funcional según este modelo, requiere la actuación social, así como la modificación del ambiente en el cual se desenvuelve el individuo, a fin de lograr su participación plena en el ámbito social de la comunidad.

En este sentido, la búsqueda de trasladar todo o parte del problema a la sociedad, planteando términos como “restricciones de participación” no han tenido gran éxito, porque en el fondo, la sociedad sigue pensando y creyendo, que gran parte del problema está en el sujeto con diversidad funcional.<sup>13</sup>

En la actualidad, los modelos más ampliamente aceptados, tratan de hacer una integración de la perspectiva médica y la social. Ambos modelos, han hecho grandes aportes a la hora de comprender mejor la diversidad funcional, y a los efectos de sustentar actuaciones más eficaces, a favor de las personas afectadas. De allí que, se señala que el modelo médico es eficaz, pero al circunscribirse a las condiciones personales muestra sus limitaciones. A su vez, el modelo social evidencia muy bien cómo los factores ambientales generan y condicionan la diversidad funcional, pero tienden a minimizar la casuística personal, restando con ella la eficacia a las actuaciones.<sup>39</sup>

Ambos modelos, defendidos por diferentes autores, apuntan que todavía muchos aspectos no han sido desarrollados y aclarados en su totalidad, continuando su curso a través del tiempo. Se sigue entendiendo a la diversidad funcional, como una interacción de diversos aspectos, que en un momento dado limitan al individuo, transformándolo en un ser pasivo a lo largo de su vida.

Desde este punto de vista, Wunderlich en el campo de investigación, señala la necesidad de una mayor uniformidad en los conceptos y el logro de un lenguaje común, que permita clarificar la diversidad funcional, planteando una revisión de los diferentes esquemas teóricos y de aplicabilidad clínica, desarrollados por diversos autores.<sup>40</sup>

#### Esquema de Saa Nagi

Esquema de amplia difusión y aceptación en la investigación científica, desarrollado por el sociólogo S. Nagi en 1965.<sup>41</sup> Se basa en una teoría sociológica para describir el proceso de diversidad funcional, teniendo como punto central cuatro conceptos: patología activa, deficiencia, limitación funcional y discapacidad, que cubren aproximadamente el mismo espectro que el esquema de la Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalía (CIDDM).<sup>42</sup> Nagi estableció una relación lineal entre los componentes, establecida desde el inicio de la dolencia, que se completa cuando la diversidad funcional se instala (Figura 1).<sup>41</sup>

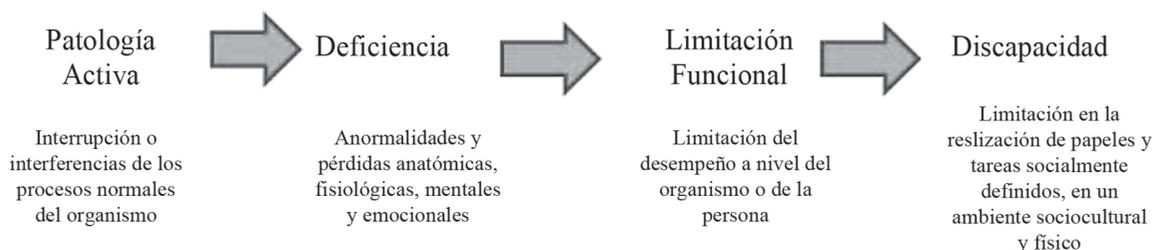


Figura 1. Esquema Teórico de la Discapacidad según Saa Nagi.

A través de este esquema, Nagi señala que la diversidad funcional es la expresión de una limitación física o cognitiva en un contexto social. Esta investigación realizada por él, tuvo cada vez más seguidores entre los investigadores. Un proyecto para el estudio de políticas de prevención de la diversidad funcional, realizado por el Instituto de Medicina de la División Nacional de Promoción de la Salud y Prevención de la Discapacidad Americana, mediante el desarrollo de una encuesta Panel, adoptó el esquema teórico de Nagi. El informe publicado por el Instituto tuvo rápida difusión, de forma que el esquema teórico todavía hoy es conocido a menudo como el esquema del Instituto de Medicina<sup>43</sup>.

En 1997, el Instituto mencionado, realiza un nuevo esquema basándose en el previo de 1991, en el que se muestra más claramente la interacción del individuo con el medio, incluyendo sus componentes físicos, sociales y psicológicos. La diversidad funcional se considera así, como un producto o resultado de la interacción de la persona con el medio; la cantidad de diversidad funcional que una persona experimenta, está en función de la interacción de esa persona con el medio.

#### Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalía (CIDDM)

La OMS en 1980, introdujo una versión modificada del esquema de Saa Nagi,

denominada *Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalía* (CIDDM)<sup>44,45</sup>. Es un esquema de secuencia que comprende diversos conceptos de deficiencia, discapacidad y minusvalía (Figura 2). De acuerdo a este esquema, una enfermedad da lugar a una deficiencia, la cual a su vez

originará una discapacidad que determinará la existencia de una minusvalía en el sujeto. Desde este punto de vista, el origen de la diversidad funcional se encuentra en la alteración de las condiciones de salud de la persona, es decir la enfermedad, en cuya presencia suele estar la raíz de la discapacidad.



Figura 2. Esquema adoptado en la Clasificación Internacional de Discapacidades (CIDDM)

En la terminología de la CIDDM de 1980, la discapacidad se define como toda restricción o ausencia (debido a una deficiencia), de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considere normal para un ser humano. En este marco conceptual, la deficiencia es la pérdida de una estructura o función corporal. La presencia de una deficiencia, en muchas ocasiones conduce a que la persona vea limitadas sus actividades cotidianas en mayor o menor medida, lo cual quiere decir, que la misma puede verse incapacitada para llevar a cabo determinadas actividades o tareas, que otras personas sin esa condición sí pueden realizar. Ahora bien, no todas las deficiencias implican necesariamente una discapacidad, sino sólo aquellas lo suficientemente severas para interferir o impedir la actividad cotidiana. Por otra parte, en ocasiones determinadas diversidades funcionales, impiden o ponen en desventaja a la persona a la hora de desempeñar actividades sociales, entorpeciendo su vida o su papel como miembro activo de una comunidad, esto se conoce como *Minusvalía*.<sup>12,46,47</sup>

La interacción de todos estos conceptos, quedó reflejada en el modelo teórico adoptado en la CIDDM, el cual incorporó un esquema lineal de diversidad funcional (Figura 2). Aunque la representación de este esquema descrito, da la impresión de que existe una progresión lineal uní-direccional, la situación es en realidad más compleja, dado que la secuencia de pasos podía ser incompleta o bi-direccional, como por ejemplo,

lo demuestra el hecho de que una minusvalía es consecuencia de una deficiencia, sin que mediase un estado de discapacidad. Además, se observa que la discapacidad es la consecuencia directa de una enfermedad previa, donde se iniciaba todo el proceso.

La CIDDM ha sido de gran valor durante todo este tiempo y ha sido utilizada en grandes esferas, tales como la rehabilitación, educación, sociología, antropología y por los gobiernos como una base organizativa para la política social, privilegiando el tratamiento y la intervención médica, ya que ésta sostenía que la causa estaba en el deterioro, en vez de un conjunto de políticas sociales, en su caso, sanitarias. Otro aspecto importante, es que con ella por primera vez, se comenzó a poner el acento en el entorno físico y social como factor fundamental en la discapacidad.<sup>48,49</sup>

A pesar de su aplicabilidad en el tiempo, fueron muchos los investigadores que tuvieron problemas para usar esta clasificación, para el desarrollo de hipótesis de estudio, citando habitualmente problemas de claridad conceptual, consistencia interna y flexibilidad para la medición mediante encuestas. Esta clasificación, se orientaba a entender la discapacidad, en términos generales desde experiencias de salud enfocadas hacia tres aspectos negativos: deficiencias, discapacidad, minusvalías.<sup>50,51</sup>

Tanto en el modelo de Nagi, como en el de CIDDM, existe un esquema causal, una patología, enfermedad, trastorno u otro problema que conduce a una deficiencia; ésta puede resultar en

una limitación funcional según Nagi, limitación en la ejecución a nivel del organismo como un conjunto o de la persona. La CIDDDM etiqueta esto como discapacidad: restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma que se considera normal para un ser humano. La limitación funcional puede provocar una incapacidad o limitación en la ejecución de papeles socialmente definidos y tareas, lo que Nagi denominó discapacidad. Este nivel social del problema o limitación de la capacidad, según la CIDDDM, provoca una desventaja para el individuo, que limita o impide el desempeño de un papel, lo cual catalogó como minusvalía. Por ejemplo, una patología (artritis) conduce a una deficiencia (articulación con anomalía), que resulta en una limitación funcional (falta de habilidad para teclear con los dedos), que provoca una discapacidad (incapacidad para ocupar un puesto de trabajo como mecanógrafo)<sup>52</sup>. En estos modelos, los términos limitación funcional, minusvalía y discapacidad pudieron llevar a confusión.<sup>53</sup>

Ahora bien, en el modelo de CIDDDM se identificaron una serie de limitaciones y críticas, al no ser un modelo conceptual, sino una clasificación de las consecuencias de la enfermedad y de las condiciones de salud. La principal crítica, fue relacionada con el modelo en el que se sustentaba, pues aún cuando permitía distinguir entre deficiencia, discapacidad y minusvalía, no informaba suficientemente sobre la relación existente entre dichos conceptos. La segunda que se planteó, hacía referencia al abordaje negativo que aportaba el estudio y clasificación del estado de salud de la persona, por ejemplo, en la mayoría de los casos, resultaba más interesante saber qué habilidades estaban conservadas en las personas, que el describir de manera detallada aquellos aspectos que se habían perdido o estaban limitados. Otro tipo de críticas se referían fundamentalmente a la falta de una estructura clara y que cumpliera con todas las reglas de una clasificación jerárquica.<sup>54,55</sup>

Cabe destacar que dentro de este modelo, el estado de salud del individuo viene dado por un esquema lineal, secuencial, incongruente, ya que describe diversos conceptos de manera aislada, no entendiéndose que en el individuo con diversidad funcional interactúan diversos factores

contextuales interrelacionados.

De esta manera, se hace esencial desarrollar definiciones claras y precisas para los conceptos de deficiencia, discapacidad y minusvalía, que no se prestasen a mala interpretación y sin connotaciones negativas, que pudiesen estigmatizar a las personas en una situación en desventaja. Para ello se consideró una terminología más neutral, y es así, que con el objeto de subsanar la deficiencia referida anteriormente, la OMS en el 2001, puso en marcha el proceso de revisión de la CIDDDM con el objetivo de aplicar un “*modelo bio-psico-social*” de la discapacidad, para crear un instrumento que enfatice los elementos positivos de la persona y no los aspectos estigmatizantes; utilizar un lenguaje común, aplicable trans-culturalmente, que permitiera describir de manera fiable y replicable, los estados funcionales inherentes a las condiciones de salud de la persona ( la CIF), que consigue una síntesis y una visión coherente de las diferentes dimensiones de la salud, desde una perspectiva, biológica, individual y social.

### **Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Salud (CIF)**

Como se ha expresado en líneas precedentes, la CIDDDM plantea una aproximación conceptual nueva, describiendo tres niveles o dimensiones, con vigencia desde los años 80,, derivadas de la enfermedad: deficiencia, discapacidad y minusvalía; no obstante, desde un principio surgieron críticas que llevaron a la necesidad de realizar un revisión, dado que no refleja el papel del entorno tanto social como físico, parece que clasifica lo negativo del funcionamiento de la persona; carece de utilidad para la intervención educativa y comunitaria y asimismo, presenta serias dificultades inherentes a la propia clasificación, siendo demasiado exhaustiva, existiendo solapamientos entre los tres conceptos.

Esta revisión ha conllevado a nuevo modelo teórico, en el que aparecen conceptos como salud, actividad y participación, conceptos que ponen énfasis en los factores ambientales y personales, de manera que la discapacidad pueda entenderse ya dentro de un contexto social. A su vez, esta nueva concepción plantea

la necesidad de un cambio de título y de un cambio de estructura.<sup>55</sup>

Con base a lo expresado, emerge la *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*, para una nueva comprensión del funcionamiento, la diversidad funcional y la salud, constituyendo el marco conceptual de la OMS, clasificación que fue adoptada durante la 54ª Asamblea Mundial de la Salud, realizada en Ginebra (Suiza) entre el 14 y el 22 de mayo de 2001.<sup>13</sup>

Es una clasificación universal, que está en la búsqueda de proporcionar un lenguaje unificado y estandarizado, sirviendo como punto

de referencia para describir el funcionamiento humano y la diversidad funcional, como elementos importantes en la salud. Se le denomina CIF porque coloca el acento más en la salud y el funcionamiento que en la diversidad funcional<sup>57</sup>. Esta clasificación cubre toda alteración desde el punto de vista de los estados funcionales, en los niveles corporales, individual y social, asociados con estados de salud. Funcionamiento y diversidad funcional, son dos términos genéricos que abarcan tres dimensiones: 1) funciones y estructuras corporales, 2) actividades en el nivel individual y 3) participación en la sociedad; aspectos importantes que Ferreira aprueba y confirma en un nuevo modelo (Figura 3).<sup>58</sup>

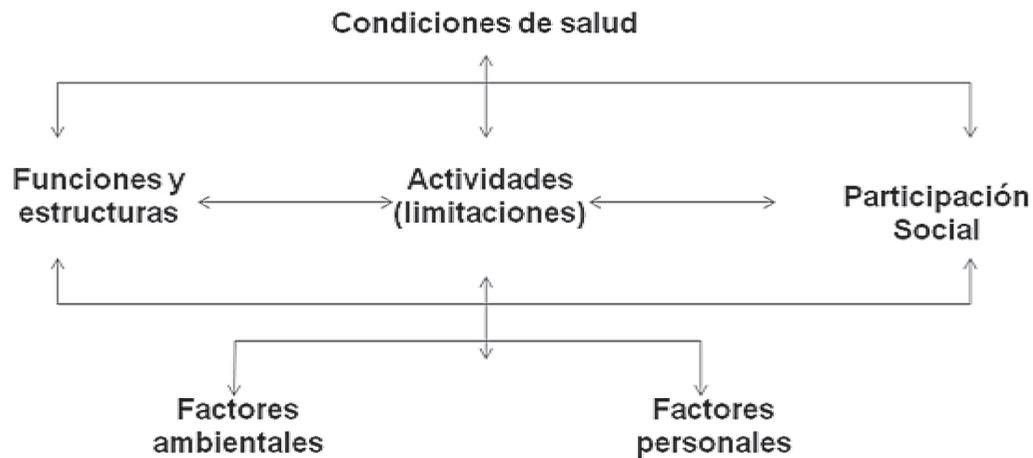


Figura 3. Clasificación Internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud (CIF)

La clasificación propone un esquema conceptual para interpretar y comprender las alteraciones de la salud. En primer término, establece el *déficit de funcionamiento*, que sustituye al anterior concepto de deficiencia, haciendo referencia a la pérdida o anomalía de determinada función corporal o parte del cuerpo. *Limitación en la actividad*, término que suple al anterior de discapacidad; considerada como una dificultad en la ejecución de determinadas actividades de la vida diaria. Estas limitaciones a su vez, provocan ciertas *restricciones en la participación de las personas* que lo sufren, sustituyendo este término al de minusvalía, y hace referencia a los problemas que el individuo puede experimentar en su implicación en situaciones sociales, vale decir, la presencia de restricciones en la participación, es determinada

por la comparación de la participación de una determinada persona, con la participación esperada por parte de otra sin discapacidad en una determinada cultura o sociedad.<sup>13</sup>

Este esquema guarda cierta similitud, al estilo de los otros dos modelos de Nagi y CIDDM y aunque no se trate de un modelo causal, todos los elementos están interrelacionados con flechas en ambos sentidos, a pesar de cierta ambigüedad en la definición de actividades y participación (Figura 3). Las condiciones de salud (enfermedades, desórdenes, lesiones), pueden ser equivalentes a la enfermedad de los otros dos modelos.

Las estructuras y funciones corporales son las partes anatómicas del cuerpo, cuya integridad es el aspecto positivo del funcionamiento y el aspecto

negativo es la deficiencia. La actividad es la realización de una tarea o acción por una persona, es un aspecto positivo; el negativo es la limitación en la actividad. La participación es un aspecto positivo y hace referencia al acto de involucrarse en una situación vital; el negativo es la restricción en la participación, problemas que una persona puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales; en esto sería el equivalente al concepto de discapacidad (Nagi) o de minusvalía (CIDDM).

La diversidad funcional, es por tanto en la CIF, un concepto global que abarca las deficiencias, limitaciones en la actividad o restricciones en la participación, partiendo desde lo positivo. La evolución histórica entre los primeros modelos teóricos y el de la CIF, también marca un cambio en el interés del mundo profesional, más centrado en la visión médica-rehabilitadora en aquellos y más omnicompreensiva en la CIF, bajo un enfoque llamado bio-psico-social.

Los diferentes cambios de terminología y estructurales que se introdujeron en este nuevo modelo, transformaron a la CIF, aprobada en el 2001, en un nuevo sistema nosológico que incorpora todos los principios rectores del proceso de revisión. Constituye el marco conceptual de la OMS, para una nueva comprensión del funcionamiento, la diversidad funcional y la salud<sup>58</sup> y además, comparte muchos de los principios conceptuales presentes en la 10ª edición de discapacidad intelectual de la Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (AAIDD).

La CIF es un enfoque multidimensional de la diversidad funcional, centrado en el individuo, que contempla tanto las capacidades como las restricciones, permitiendo la identificación de los apoyos necesarios, donde conceptos como participación o entorno adquieren una importancia para comprender el funcionamiento del individuo<sup>59</sup>. Describe con mayor exactitud y en un lenguaje internacional, un rango más completo de información sobre el estado de salud de los individuos y de las naciones<sup>39</sup>, ¿Cómo lo logra?, sustituye tres aspectos importantes con la finalidad de eliminar la vinculación causal entre deficiencia y minusvalía, abandona la antigua trilogía deficiencia/discapacidad y minusvalía, por una terminología nueva.

Esta clasificación se aplica como herramienta estadística en la recolección y registro de datos, con fines de investigación, medición de resultados de calidad de vida y factores ambientales. También, se emplea como herramienta clínica en la valoración de necesidades y en la rehabilitación, como política social en la planificación de sistemas de seguridad social y, por último, como herramienta educativa en los programas de estudios de las disciplinas relacionadas, en el ámbito local, nacional e internacional. Además, ofrece un marco de referencia conceptual para la información, que es aplicable a la atención médica personal, incluyendo la promoción de salud, prevención y la mejora de participación, eliminando los obstáculos sociales y promoviendo el desarrollo de soporte social y elementos facilitadores.<sup>60,61</sup>

En contraposición al modelo de la CIDMM, la CIF es un modelo multidireccional y dinámico, donde existen diferentes factores que se interrelacionan y clasifica dominios relacionados con la salud.<sup>62</sup>

Para algunos autores como Mark<sup>63</sup>, esta clasificación provee una perspectiva coherente y una buena guía, en relación a los diversos discursos anteriormente planteados sobre la discapacidad, ya que entre otras cosas, aporta una apertura teórica que permite integrar diferentes niveles de explicación. No obstante, esta clasificación presenta elementos poco definidos en su planteamiento, tales como la definición del deterioro y el principio de carácter universal, lo cual parece imposible de mejorar su capacidad. Esto es lo que permite considerar, que la CIF sigue siendo un instrumento inacabado, con fallas a la hora de especificar detalladamente el contenido de algunas de las más importantes afirmaciones sobre la naturaleza de las definiciones de la diversidad funcional.<sup>48,64</sup>

En contraposición a ello, Querejeta<sup>65</sup> reafirma, que la razón de esta nueva clasificación es que aporta un lenguaje estandarizado, fiable y aplicable transculturalmente. Afirma el autor, que permite describir el funcionamiento humano y la diversidad funcional como elemento importante de la salud, utilizando un lenguaje positivo, una visión universal de la discapacidad, en la que dichas problemáticas son las resultantes de la interacción de las características del individuo

con el entorno y el contexto social. No se limita a ser una herramienta estadística, clínica o de investigación de la salud, ni siquiera a ser un nuevo modelo y conceptualización de la discapacidad, sino que pretende ser parte esencial del cambio de paradigma de los “estados de salud” de los individuos y las poblaciones; además sirve como plataforma de transformación de conceptos, diseño de políticas y cambios legislativos, tanto en el campo sanitario como en el social.

En la CIF, sus componentes esenciales están integrados en la ecuación dinámica funcionamiento/discapacidad, la cual por su validez de contenido, supone la base para la clarificación de conceptos de amplia utilización sanitaria como bienestar, estado de salud, status de salud, calidad de vida o calidad de vida relacionada con la salud.

Cabe preguntarse ¿Cómo se utiliza este modelo en el área de salud?; el profesional de la salud, lo utiliza para clasificar y describir el estado de funcionamiento de una persona y lo relaciona con el estado de salud y su vida cotidiana; describe el impacto de una enfermedad en diferentes niveles<sup>66</sup>, por ejemplo, en el caso de un niño con diversidad funcional motora, que presente una deficiencia completa de movimiento muscular de sus miembros inferiores, presentará problemas severos para caminar, el propósito del médico en este caso, es valorar los efectos de la enfermedad en la vida cotidiana del niño.

Diversos estudios han mostrado, que ítemes de múltiples instrumentos de medida de la salud, pueden ser equiparados a la CIF<sup>67</sup> y, más aún, que ésta representa ampliamente los contenidos de medidas de calidad de vida relacionada con la salud, como el SF-36<sup>68</sup>. Esto puede decirse, tanto en lo relativo a la extensión de contenidos de la medida, como de la profundidad, de los distintos niveles de especificación dentro de las dimensiones de la salud o relacionadas con la salud<sup>69</sup>. En este contexto, los núcleos básicos CIF pueden considerarse como evidencias o “comprobaciones conceptuales” del estado de salud.<sup>70</sup>

En el ámbito profesional, el modelo de la CIF, es un potencial marco conceptual para clarificar y organizar un universo interrelacionado de

conceptos, que tienen que ver con la salud, como son bienestar, estado de salud, calidad de vida o calidad de vida relacionada con la salud y contribuye a la comprensión de la salud humana; mientras que dentro del área de investigación, es el resultado de una estructura conceptual coherente, multifacética, en la que los investigadores de diversos campos pueden coincidir conectando sus conocimientos y esfuerzos para mejorar el funcionamiento y la calidad de vida de las personas con diversidad funcional<sup>71</sup>. En este sentido, la investigación del funcionamiento y la diversidad funcional, ha de partir de una perspectiva interdisciplinaria e ir hacia un objetivo último transdisciplinario, que sitúe sus relaciones en un sistema global más allá de las limitaciones inherentes a las disciplinas particulares.<sup>72</sup>

La diversidad funcional desde este esquema, es el resultado de una compleja relación entre la condición de salud de una persona, sus factores personales y los factores externos que representan las circunstancias en las que vive esa persona. A causa de esta relación, los distintos ambientes pueden tener efectos distintos en un individuo con una condición de salud. Un entorno con barreras o sin facilitadores, restringirá el desempeño/ realización del individuo; mientras que otros entornos que sean más facilitadores pueden incrementarlo.<sup>73</sup>

### Aproximaciones al devenir reflexivo

Al analizar los diferentes modelos teóricos creados y modificados a lo largo de la historia ampliamente reflejada, se establece una visión epistemológica, para comprender que la diversidad funcional, a pesar de ser un proceso interactivo, es resultado de la confluencia de ciertas condiciones de salud, entorno social y ambiental. Se convierte en una cuestión de carácter ético y filosófico, a través del cual toda persona con diversidad funcional aunque no pueda valerse de sí misma y requiera la ayuda de terceras personas, adquiere la misma condición de humanidad y dignidad que cualquier otra persona y, por tanto, toda discriminación que sufra, será entendida explícitamente como una violación de los derechos humanos.

Entender la diversidad funcional conlleva a un conjunto de supuestos, prioridades y explicaciones; es dar a conocer de qué modo el ser y estar, es fundamental en la construcción de lo que hoy se denomina diversidad funcional, como un sujeto consciente y actor social. Es un término en el que no se le da un carácter negativo ni médico a la visión de una realidad humana, colocando el énfasis en su diferencia o diversidad, valores que enriquecen al mundo que se habita, dejando de lado términos peyorativos y estigmatizadores como discapacidad, incapacidad, minusvalía, inutilidad, entre otros.

A lo largo de la historia, se han planteado diversos esquemas o modelos, que tratan de dar una visión de cómo las personas con diversidad funcional, han pasado de ser considerados como seres a ser considerados personas y sujetos de derechos (CIDDM, Saa Nagi y CIF).

Debe señalarse que dentro de los modelos teóricos abordados, la CIF permite reconocer en una misma persona, no únicamente una diversidad funcional que limita algunas de sus actividades, sino también sus propias capacidades y cualidades, lo cual es importante ya que permite que las personas no sean caracterizadas o estigmatizadas sobre la base de sus deficiencias, limitaciones o restricciones.

Sin lugar a dudas, la CIF como marco de la OMS para la salud y la diversidad funcional, es la base conceptual para la definición, medición y formulación de políticas de salud y diversidad funcional. Asimismo, constituye la clasificación universal de referencia, así como una herramienta de todas las ciencias relacionadas con la salud, ya que sirve como base para valorar y medir discapacidades en muchos contextos de evaluación científica, clínicos y sociales, y ayuda a la identificación de donde surge el principal problema de la discapacidad, si está en el ambiente y/o entorno por la existencia de una barrera o si es debido a la limitación de la persona. En este sentido, abarca la mayoría de los aspectos del funcionamiento, la diversidad funcional y la salud relevantes para el paciente, los cuales son objetivos de intervención sanitaria y social, constituyendo para su uso en el campo de la salud.

Es importante resaltar, que los sujetos con diversidad funcional, están cada vez más comprometidos en el desafío de los estereotipos y en el desarrollo de ideas dignas alternativas, que reconozcan la diversidad funcional como cuestión de derechos humanos; esto supone la lucha por el derecho de elección, la justicia y participación social.

## Referencias

1. González G. El proceso de la discapacidad: Un análisis de la encuesta sobre las discapacidades, deficiencias y estados de salud. Madrid: Fundación Pfizer; 2004.
2. González Ma, Rimbao O, Castro F. Amputación de extremidad inferior y discapacidad. Prótesis y rehabilitación. España: Masson; 2005.
3. Brogna P. Visiones y revisiones de la discapacidad. México: FCE; 2009.
4. Boffil A. Valoración de la condición física en Discapacidad Intelectual. [Tesis Doctoral en Internet]. 2008 [citado jun 2013]: [aprox. 330 p]. Disponible en: [http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/2479/AMBR\\_TESIS.pdf?sequence=1](http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/2479/AMBR_TESIS.pdf?sequence=1)
5. Ledesma J. La imagen social de las personas con discapacidad. Madrid: Fundación Academia Europea de Yuste; 2008.
6. Aguilar L. Discapacidad e igualdad de oportunidades. Propuestas de acción. Argentina, Buenos Aires: Lumen; 2000.
7. Goffman E. Ensayos sobre la situación social de 10 enfermos mentales. Buenos Aires: Amorrortu; 1961.
8. Goffman E. Estigma: La identidad deteriorada. Buenos Aires: Amorrortu; 1963.
9. Foucault M. Historia de la locura. Tomos I y II. Fondo de cultura económica. México: Eduvim; 1964.
10. Sambrano R. Caracterización de los estudiantes con discapacidad. Rev. Ped Caracas [artículo en Internet]. 2007 [citado 15 abr 2012]; 28(81): [aprox. 4 p].

- Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S079897922007000100003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S079897922007000100003&script=sci_arttext)
11. Sosa L .Reflexiones sobre la discapacidad. Dialógica de la inclusión y exclusión en las prácticas. Rev ágora para la EF y el deporte [artículo en Internet]. 2009 [citado 10 may 2012]; 9: [aprox. 26 p]. Disponible en: [http://www5.uva.es/agora/revista/9/agora9\\_mercedessosa\\_5.pdf](http://www5.uva.es/agora/revista/9/agora9_mercedessosa_5.pdf)
  12. Villar F. Discapacidad, dependencia, autonomía y vejez. España: Aresta SC.; 2009.
  13. Romañach J. Diversidad funcional, nuevo término para la lucha por la dignidad en la diversidad del ser humano [artículo en Internet]. 2005 [citado 16 abr 2013]: [aprox. 8 p]. Disponible: [http://www.forovidaindependiente.org/files/documentos/pdf/diversidad\\_funcional.pdf](http://www.forovidaindependiente.org/files/documentos/pdf/diversidad_funcional.pdf)
  14. Díaz S, Ferreira M. Desde la *dis*-capacidad hacia la diversidad funcional .Un ejercicio de Dis-Normalización. Revista internacional de Sociología [artículo en Internet]. 2010 [citado 3 May 2013]; 68 (2): [aprox. 22 p]. Disponible en: [http://www.um.es/discatif/documentos/SRDyMAVF\\_RIS.pdf](http://www.um.es/discatif/documentos/SRDyMAVF_RIS.pdf)
  15. Kumar S, Sharma J, Duraiswamy P. Determinates for oral hygiene and periodontal status among mentally disabled children and adolescents. Rev. J Indian Soc Pedod Prevent [artículo en Internet]. 2009 [citado 16 jul 2012]; 27(3): [aprox. 7 p]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19841546>
  16. Topp M, Huusomm LD. Multiple birth and cerebral palsy in Europe: a multicenter study. Rev. Acta Obstet Gynecol Scand [artículo en Internet]. 2004 [citado 06 jun 2012]; 83(6): [aprox. 6 p]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15144336>. Europa Escandinavia
  17. Urbano D, Cabrera M, Caiza G. Dinámica familiar interna e higiene bucal en personas con discapacidad intelectual leve. Rev. Hacia la Promoción de la Salud [artículo en Internet]. 2010 [citado 20 feb 2012]; 15 (2): [aprox. 13 p]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v15n2/v15n2a05.pdf> Colombia
  18. Magarolas R, Razquin G, Llanes J, Bou E, Ramos M, Fernández A. Prevalencia de la discapacidad en España por comunidades: el papel de los factores individuales y del entorno geográfico en su variabilidad. Rev Esp Salud Pública [artículo en Internet]. 2009 [citado 26 feb 2012]; 83 (6): [aprox. 14 p]. Disponible en: [http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos\\_propios/resp/revista\\_cdrom/volvol83\\_6/RS836C\\_821.pdf](http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/volvol83_6/RS836C_821.pdf)
  19. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Síntesis metodológica y conceptual del censo de población y vivienda. México; 2010.
  20. Instituto Nacional de Estadística. Alumnos matriculados en el subsistema de educación superior. Rev Boletín estadístico, Estadísticas demográficas, económicas y sociales [artículo en Internet]. 2007 [citado 5 mar 2012]; 4 (1): [aprox. 4 p]. Disponible en: <http://www.ine.gov.ve/tripticos/menuboletines.asp>.
  22. Esser J, Rojas C. Representaciones sociales de la discapacidad. [ artículo en Internet]. 2006 [citado 7 mar 2013]; 8 (3): [aprox. 7 p]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/invsal/isg-2006/isg063d.pdf>
  23. OEA. Organización de Estados Americanos, Instituto Interamericano del Niño. La inclusión de la niñez con discapacidad. Washington DC; 2001.
  24. Amate A, Vásquez A. Discapacidad, lo que todos debemos saber. Organización Panamericana de la Salud. Publicación científica y técnica N° 615. Washington D.C; 2006.
  25. Pérez L. Discapacidad, derecho y política de inclusión. Madrid: Cinca; 2010.
  26. García J. Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana. Madrid: Imsero; 2010.
  27. Rodríguez I. La integración de estudiantes universitarios con discapacidad

- auditiva: una integración para compartir. Universidad Nacional Abierta [artículo en Internet]. 2008 [citado 3 Nov 2012]: [aprox. 74 p]. Disponible en: <http://biblo.una.edu.ve/docu.7/bases/marc/texto/t36231.pdf>
28. Céspedes G. Nueva cultura de la discapacidad y los modelos de rehabilitación. *Rev Aquichan* [artículo en Internet]. 2005 [citado 10 feb 2012]; 5 (1): [aprox. 7 p]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/741/74150111.pdf>
  29. Gonzáles A, Cerdán A, Márquez J. En consulta con el paciente con discapacidad Intelectual. *Rev Actualización en medicina de familia (AMF)* [artículo en Internet]. 2012 [citado 2 Oct 2012]; 8 (1): [aprox. 7 p]. Disponible en: [http://www.amf-semfyc.com/web/article\\_ver.php?id=930](http://www.amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=930)
  30. Da Silva L, Guilhem D, Dornelles E. Social Model: A new approach of the disability theme. *Rev. Latino-Am Enfermagem* [artículo en Internet]. 2010 [citado 06 mar 2012]; 18 (4): [aprox 8 p]. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692010000400022](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000400022).Brasil
  31. Sen A. La discapacidad dentro del enfoque de capacidades y funcionamientos de Amartya Sen. *Revista Iberoamericana de Filosofía, Política y Humanidades* [artículo en Internet]. 2008 [citado 06 abr 2012]; 10 (20): [aprox 32 p]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=28212043004>
  32. Abberley P. The Concept of oppression and the development of a social theory of disability. *Rev disability, hándicaps & Sociocy* [artículo en Internet]. 1987 [citado 06 abr 2012]; 2 (1): [Aprox 16 p]. Disponible en: [http://www.um.es/discatif/PROYECTO\\_DISCATIF/Textos\\_discapacidad/00\\_Aberley.pdf](http://www.um.es/discatif/PROYECTO_DISCATIF/Textos_discapacidad/00_Aberley.pdf)
  33. Barnes L. *Disabled peoples in Britain and Discrimination. A Case for anti-discrimination Legislation*. Londres: Hurst& Company; 1991.
  34. Shakespeare T. Disabled peoples self organization: a new social movement. *Rev Disability , handicaps & society* [ artículo en Internet]. 1993 [citado 05 may 2010]; 8 (3): [aprox. 17 p]. Disponible en: [http://www.um.es/discatif/PROYECTO\\_DISCATIF/Textos\\_discapacidad/00\\_Shakespeare.pdf](http://www.um.es/discatif/PROYECTO_DISCATIF/Textos_discapacidad/00_Shakespeare.pdf)
  35. Oliver M. *The Politics of Disablement*. Basingstoke: Mac Millan; 1990.
  36. Barton L. *Discapacidad y sociedad*. Madrid: Morata; 1998.
  37. Page J. *Rehabilitación clínica Integral; Funcionamiento y Discapacidad*. México: Masson; 2003.
  38. Jiménez L. *Conceptos y tipologías de la discapacidad. Documentos y normativas de clasificación más relevantes. Tratado sobre discapacidad*. Madrid: Thompson-Aranzadi; 2007.
  39. Martín J. La discapacidad hoy. *Rev Intervención Psicosocial* [artículo en Internet]. 2005 [citado 20 may 2012]; 14 (3): [aprox 10 p]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2098623>
  40. Wunderlich G, Rice D, Amado N. *The Dynamics of Disability: Measuring and Monitoring Disability for Social Security Programs*. Washington D.C: National Academy Press; 2001.
  41. Nagi S. Some conceptual issues in disability and rehabilitation. In: Sussman MB, editor. *Sociology and rehabilitation*. Washington D.C.: American Sociological Association; 1965.
  42. Sampario R, Mancini M, Goncalves G, Bittencourt N, Miranda A, Fonseca S. Aplicação da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF) na prática clínica do fisioterapeuta. *Rev Brasileirade Fisioterapia* [artículo en Internet]. 2005 [citado 5 Nov 2012]; 9 (2): [aprox 10 p]. Disponible en: [http://www.crefito3.com.br/revista/rbf/05v9n2/pdf/129\\_136\\_cif.pdf](http://www.crefito3.com.br/revista/rbf/05v9n2/pdf/129_136_cif.pdf)
  43. Pope A, Tarlov AR. *Disability in America: Toward a national agenda for prevention*. Washington: National Academy Press; 1991.

44. Gray D, Hendershot G. The ICIDH-2: Developments for a New Era of Outcomes Research. *Rev Arch Phys Med Rehabil* [artículo en Internet]. 2000 [citado 20 Oct 2012]; 81 (2): [aprox 5 p]. Disponible en: <http://prdupl02.ynet.co.il/ForumFiles/9249443.pdf>
45. Barrero C, Ojeda A, Osorio R. Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF). *Rev Nuevos Horizontes* [artículo en Internet]. 2008 [citado 12 Oct 2012]; 7 (1): [aprox 7 p]. Disponible en: [http://www.medigraphic.com/pdfs/plasticidad/prn-2008/prn081\\_2e.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/plasticidad/prn-2008/prn081_2e.pdf)
46. Jiménez MT, González P, Martín JM. La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) 2001. *Rev Esp Salud Pública* [artículo en Internet]. 2002 [citado 16 Oct 2012]; 76: [aprox. 9 p]. Disponible en: [http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos\\_propios/resp/revista\\_cdrom/vol76/vol76\\_4/RS764\\_271.pdf](http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/vol76/vol76_4/RS764_271.pdf)
47. Padilla A. Discapacidad: contexto, concepto y modelos . *Rev. Pontificia Universidad Javeriana* [artículo en Internet]. 2010 [citado Sep 29 2012]; 16: [aprox. 35 p]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=82420041012>
48. Martínez A, Rubio J, Sánchez A. Dependencia y vejez. Madrid: Aran; 2006.
49. Nigro V, Rodríguez C, Ducasse G. Accesibilidad e integración. Buenos Aires: Nobuko; 2008.
50. Robine JM, Jagger C. Developing consistent disability measures and surveys for older populations. (Background paper prepared for OECD meeting on implications of disability for ageing populations: monitoring social policy challenges.). París: Organization for Economic Co-operation and Development; 1999.
51. Simeonsson R, Lollar D, Hollowell J, Adams M. Revision of the International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. Developmental issues. *Rev Journal of Clinical Epidemiology* [artículo en Internet]. 2000 [citado 30 oct 2012]; 53 (2): [aprox. 12 p]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10729683>
52. Whiteneck G. Conceptual Models of Disability: Past, Present, and Future. In: Workshop on Disability in America. A New Look. Washington; 2005.
53. García A, Checa R. Definiciones de discapacidad en España. *Rev Centr Cienc Hum Social* [artículo en Internet]. 2011 [citado 30 oct 2012]; 109: [aprox. 17 p]. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/pm-definiciones-01.pdf>
54. Barquero V, Castanedo H, Ramos M, Pindado G. Clasificación Internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud (CIF) [artículo en Internet]. 2001 [citado 26 oct 2013]; 10 (4): [aprox. 8 p]. Disponible en: <http://sedom.es/wp-content/themes/sedom/pdf/4cbc6dd52501bpm-10-4-003.pdf>
55. Crespo M, Campo M, Verdugo M. *Rev. Española de Discapacidad Intelectual*. [artículo en Internet]. 2003 [citado 26 julio 2013]; 34 (1): [aprox. 6 p]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=310019>
56. Buñuales Ma, Diego P, Moreno J. La clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud (CIF) 2001. *Rev. Española de Salud pública*. [artículo en Internet]. 2002 [citado 26 oct 2012]; 76: [aprox. 9 p]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272002000400002&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272002000400002&script=sci_arttext)
57. Ferreira M. Una aproximación sociológica a la discapacidad desde el modelo social: apuntes caracterológicos *Revista Reis* [artículo en Internet]. 2008 [citado 10 may 2012]; 124: [aprox 34 p]. Disponible en: [http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS\\_124\\_051222873458779.pdf](http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_124_051222873458779.pdf)
58. López J, Fidalgo M, Geoffree R, Stuky G. Funcionamiento y discapacidad. La clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). *Rev Española de Salud*

- pública. [artículo en Internet]. 2009 [citado 5 jun 2012]; 83 (6): [aprox 10 p]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272009000600002&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272009000600002&script=sci_arttext)
59. Navas P, Verdugo MA, Gómez L. Diagnóstico y clasificación en discapacidad intelectual. Psychosocial Intervention [artículo en Internet]. 2008 [citado 9 mar 2012]; 17 (2): [aprox 11 p]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=179814018004>
60. Gavero R, Gonzales C, Gonzales M, Rabanal J. Técnicos superiores de integración social. Sevilla: Mad; 2006.
61. Bruyère S, Van Looy S, Peterson D. The International Classification of Functioning, Disability and Health: contemporary literatura overview. Rev. Rehabilitation Psychology [artículo en Internet]. 2005 [citado 5 Nov 2012]; 50 (2): [aprox 21 p]. Disponible en: <http://libra.msra.cn/Publication/42087674/the-international-classification-of-functioning-disability-and-health-contemporary-literature>
62. Nubila H, BV Di. Uma introdução à CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional [artículo en Internet]. 2010 [citado 5 jun del 2012]; 35 (121): [aprox 3 p]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=100513733013>
63. Marks D. Disability: Controversial Debates and Psychosocial Perspectives. London: Routledge; 1999.
64. Imrie R. Demystifying Disability: a review of the International Classification of Functioning, Disability and Health. Sociol Health Illness [artículo en Internet]. 2004 [citado 6 may 2012]; 26 (3): [aprox 19 p]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-9566.2004.00391.x/pdf>
65. Querejeta M. Las herramientas del nuevo paradigma de la salud en el siglo XXI: CIE/ CIF. Rev Esp Salud Pública [artículo en Internet]. 2009 [citado 15 Oct 2012]; 83: [aprox 4 p]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v83n6/editorial.pdf>
66. Khan F, Bhasker A. Use of the international classification of functioning. Disability and health to describe patient-reported disability: A comparison of guillain-barré syndrome with multiple Sclerosis in a community cohort .Rev Journal Rehalit Med [artículo en Internet]. 2010 [citado 13 Oct 2012]; 42: [aprox 7 p]. Disponible en: <http://www.medicaljournals.se/jrm/content/?doi=10.2340/16501977-0592>
67. Stucki G, Reinhardt JD, Grimby G, Melvin J. Developing research capacity in human functioning and rehabilitation research from the comprehensive perspective based on the ICF-model. Rev Eur J Phys Rehab Med [artículo en Internet]. 2008 [citado 28 Oct 2012]; 44: [aprox 9 p]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18762743>
68. Cieza A, Stucki G. Content comparison of health related quality of life instruments based on the ICF. Rev Qual Life Res [artículo en Internet]. 2005 [citado 1 Nov 2012]; 14 (5): [aprox 13 p]. Disponible en: <http://www.springerlink.com/content/u41420628p7p0611/fulltext.pdf>
69. Geyh S, Cieza A, Kollerits B, Grimby G, Stucki G. Content comparison of health-related quality of life measures used in stroke based on the international classification of functioning, disability and health (ICF): a systematic review. Rev Qual Life Res [artículo en Internet]. 2007 [citado 11 Oct 2012]; 16: [aprox 19 p]. Disponible en: <http://www.springerlink.com/content/d644t75550x31385/fulltext.pdf>
70. Bickenbach JE, Chatterji S, Badley EM, Ustün TB. Models of disablements, disabilities and handicaps. Rev Soc Sci Med [artículo en Internet]. 1999 [citado 3 Nov 2012]; 48 (9): [aprox 14 p]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10220018>
71. Cieza A, Bickenbach J, Chatterji S. The International Classification of Functioning Disability and Health as a conceptual platform to specify and discuss health-related concepts.

- Rev Gesundheitswesen [artículo en Internet]. 2008 [citado 3 Nov 2012]; 70 (10): [aprox 10 p]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18932116>
72. Viterbo P. Historia de la ciencia como la educación interdisciplinaria en universidades americanas; sus orígenes, Ventajas y Desventajas. Revista Journal of Practice Research [artículo en Internet]. 2007 [citado 22 Oct 2012]; 3(2): [aprox 16 p]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272002000400002&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272002000400002&script=sci_arttext)
73. Cáceres C. Sobre el concepto de discapacidad. Una revisión de las propuestas de la Revista Electrónica de Audiología [artículo en Internet]. 2004 [citado 19 Ago 2012]; 2: [aprox 4 p]. Disponible en: <http://www.auditio.com/revista/pdf/vol2/3/020304.pdf>



UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN TRASTORNOS CRÁNEOMANDIBULARES  
(UNICRAM)

*La Unidad de Investigación en Trastornos CráneoMandibulares, está orientada al diagnóstico y rehabilitación de pacientes adultos afectados con dichos trastornos. UNICRAM cuenta con una serie de recursos accesibles y disponibles a la comunidad de investigadores, interesados en fortalecer en la práctica el conocimiento y la intervención de los problemas de salud bucal, particularmente los relacionados con el área oclusal, que afectan a los sectores sociales más desfavorecidos y vulnerables de nuestro país.*

**Líneas de investigación:** *Rehabilitación Funcional del Sistema Masticatorio, Biología Humana, Demografía y Salud Comunitaria.*

**Información:** Universidad de Carabobo. Facultad de Odontología. Área anexa a la Clínica de Oclusión, Pabellón 11. Campus Universitario-Bárbula. Municipio Naguanagua. Apartado Postal 2005. Facultad de Odontología. UC.

**Teléfonos:** 0241-867.0074 / 867.3935 / 867.4103