

# Utilización de la CIDDM-2 en los trabajos de campo propuestos por la OMS.

## Un estudio de su fiabilidad

Gregorio Gómez-Jarabo (\*)

Cristina Nevado Bravo (\*\*)

### INTRODUCCIÓN

Con el objetivo de poder estudiar y clasificar las secuelas de la enfermedad crónica y poder satisfacer las necesidades paliativas de sus consecuencias, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 1980 publica una clasificación, complementaria a las Clasificaciones Internacionales de la Enfermedad (CIE) para codificar dichas consecuencias denominada «Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías» (CIDDM-1, 1980). Esta clasificación contiene tres dimensiones básicas: deficiencia, discapacidad y minusvalía, las cuales presentan una relación lineal y causal. Sin embargo, en 1990 la OMS empieza a cuestionarse la validez de esta clasificación debido a ciertas limitaciones que presenta, como son el no proporcionar una información adecuada sobre la relación entre los conceptos de enfermedad, deficiencia, discapacidad y minusvalía, el establecimiento de un modelo causal entre las distintas dimensiones, estableciendo un papel causal de la deficiencia y finalmente, esta clasificación no refleja el papel del entorno social y físico en el proceso

discapacitante, clasificando únicamente lo negativo del funcionamiento de la persona.

Por todo ello, la «Clasificación Internacional de la Deficiencia, Actividad y Participación» (CIDAP, 1997) beta-1 revisión 1.<sup>a</sup> y en la «Clasificación Internacional del Funcionamiento y Discapacidad» (CIDDM-2, 199) beta-1, revisión 2.<sup>a</sup> y CIDDM-2 borrador prefinal (noviembre: 2.000), cuyas características son:

- a) Establecer un lenguaje común para describir los estados funcionales asociados con condiciones de salud, con el fin de mejorar la comunicación entre los profesionales de la salud o en otros sectores, y personas con discapacidad.
- b) Permitir la comparación de datos entre países, o entre disciplinas relacionadas con la atención médica, entre los servicios, y en diferentes momentos a lo largo del tiempo.
- c) Proporcionar un esquema de codificación sistematizado para ser aplicado en los sistemas de información de la salud.

Para conseguir estos objetivos, la clasificación adopta las siguientes características o principios generales:

1. *Ámbito*: mediante esta característica se pretende proporcionar una descripción de las situaciones relacionadas con el funcionamiento y la discapacidad (entendida como la limitación del funcionamiento), proporcionando una estructura definida para presentar la información de un modo significativo y fácilmente accesible para los distintos profesionales de la salud.

La CIDDM-2 organiza la información en base a tres dimensiones básicas: primero, el

\* Titular de la Cátedra Fundación Cultural Forum Filatélico de «Psicología y Discapacidad». Director del Máster en Valoración de Discapacidades UAM-IMSERSO. Prof. Titular de Psicobiología. Departamento de Psicología Biológica y de la Salud. Facultad de Psicobiología. UAM.

\*\* Becaria de la Cátedra Fundación Cultural Forum Filatélico de «Psicobiología y Discapacidad». Máster en Valoración de Discapacidades.

Queremos agradecer a los componentes de la Red Universitaria de Discapacidad y Salud Mental (RUDISME) por su participación en la valoración, y en particular al profesor Ludgerio Espinosa por su especial colaboración e interés por el tratamiento estadístico.

nivel corporal, que se compone de dos clasificaciones, una para las *funciones* de los sistemas corporales y otra para las *estructuras* corporales; el segundo nivel, *actividad*, cubre el rango completo de las actividades realizadas por una persona; el tercer nivel *participación*, clasifica áreas de la vida en las cuáles un individuo participa, tiene acceso, o tiene oportunidades o barreras sociales. Los ámbitos están organizados desde áreas simples a complejas. Por último, podemos incluir los *factores contextuales*, los cuáles ejercen un impacto en las tres dimensiones anteriormente mencionados y están organizados partiendo del entorno más inmediato al individuo hasta el entorno general. Estas dimensiones tienen como nivel innovador que codifican no sólo los aspectos negativos del funcionamiento, sino también los positivos.

2. *Universo*: la CIDDM-2 pretende abarcar todos los aspectos del funcionamiento humano, tanto positivos como negativos, refiriéndose a los estados funcionales asociados a las condiciones de salud, por lo que esta clasificación va dirigida a todas las personas y no únicamente a las personas con discapacidad.

3. *Unidad de Clasificación*: al clasificar el funcionamiento y la discapacidad desde la perspectiva de las circunstancias vitales de un individuo, la unidad de clasificación no es la persona, si no el «ámbito» del funcionamiento, es decir, el área donde el funcionamiento o la discapacidad ocurre.

## SITUACIÓN ACTUAL

La CIDDM-2, que se encuentra actualmente en un borrador prefinal, ha sido expuesta a estudios previos para su publicación final, con el objetivo de analizar su fiabilidad y validez. Esta demanda surge desde la propia Organización Mundial de la Salud (OMS), cuando en 1999 se publica el último borrador de la clasificación, y solicita a sus países miembros unos trabajos de campo para recoger datos de todos los países y a la vez, de distintas profesiones que informasen sobre la propia aplicabilidad de la CIDDM-2.

De este modo, en España se crea la Red Española para el Desarrollo y Difusión de la CIDDM-2 (Revedic (1)), el 22 de noviembre de 1999, para organizar los trabajos, dentro un ámbito nacional.

Dentro de este ámbito nacional, los Trabajos de campo han sido realizados por «Grupos Locales» o de forma individual. Antes de que cada grupo iniciara los trabajos de campo, se pedía a los integrantes de cada grupo que previamente se familiarizasen con el uso y la codificación de la CIDDM-2, así como con los distintos protocolos a utilizar en cada uno de los trabajos de campo, por lo que cada «coordinador» de cada grupo tuvo que formar a los restantes integrantes de su equipo sobre la utilización de la CIDDM-2, y de los distintos cuestionarios de recogida de datos, de tal manera que se estructuran dos grupos:

- I. Preguntas Básicas.
- II. Aplicabilidad y Fiabilidad de «Casos reales» y «Estudio de «Resúmenes de Casos Tipo»

Dentro del Estudio de Aplicabilidad y Fiabilidad, en sus dos vertientes: casos tipo/casos reales, los datos de codificación y evaluación se registraban en dos formularios: formulario A y B. El formulario A permitía registrar los códigos (hasta un tercer nivel adjudicados a cada «caso real» o «caso tipo» y registrar información relacionada con el nivel de confianza de cada puntuación, facilidad de uso, relevancia, etc. El formulario B, se rellenaría una vez finalizados todos los trabajos de cada participante, por el medio del cual, se recogería información sobre aspectos relacionados con la cobertura, facilidad de utilización, relevancia de las dimensiones y sugerencias derivadas de la utilización práctica de la CIDDM-2.

La metodología, dentro de los estudios de Casos Tipo, constaba en asignar una serie de «25 casos tipo», a cada grupo. En cada grupo, dos participantes/evaluadores (o varias parejas de evaluadores) evaluaban y codificaban de manera independiente y utilizando la CIDDM-2 una serie de «25 casos tipo». Para dicha codificación era necesario que cada uno de los dos evaluadores desconociesen los códigos asignados por el otro. Cada grupo local, debía remitir, codificados en los formularios A, dos tipos de evaluaciones independientes de cada uno de los casos incluidos en la serie de «25 casos tipo».

Una vez que este estudio hubiera terminado, cada uno de los evaluadores tuvo que cumplir el formulario B, teniendo que remitir cada centro, tantos formularios B como evaluadores hubiesen participado en el estudio.

Dentro de este marco de los trabajos de campo, la Red Universitaria de Discapacidad y

<sup>1</sup> IMSERSO-Hospital Universitario «Marqués de Valdecilla». Director: J. Luis Vázquez-Barquero.

Salud Mental, ha participado en los mismos, realizando además un estudio de los resultados en función del desglose de una serie de variables, la profesión y el tipo de caso, para estudiar y analizar el ámbito de la clasificación, cuestionándonos si esta clasificación puede ser utilizada por distintos profesionales de la salud de forma homogénea, analizando los siguientes aspectos:

- Estudio de los errores que pueden asociarse al uso de la clasificación.
- Estudio de la fiabilidad de codificación interjueces con valoradores de distintas áreas de la salud.

## MATERIAL Y METODOLOGÍA

Para estudiar los objetivos mencionados previamente, establecimos las siguientes hipótesis.

1) Aquellas personas que tengan más facilidad o experiencia en un campo de valoración (psíquico o somático), tendrán más dificultad a la hora de codificar, (variable dependiente) de una manera sucinta y concisa, bajo dicha clasificación.

2) Aquellos jueces con la misma profesión obtendrán más fiabilidad en su codificación. Esta fiabilidad irá disminuyendo a medida en que se empiezan a comparar los códigos que han otorgado los profesionales de distintas áreas de la salud.

Por tanto, las variables independientes que desde nuestro estudio pueden influir en la codificación son:

A. La profesión, la cual tiene dos vertientes:

- Profesionales de la rama somática.
- Profesionales de la rama psíquica.

B. El tipo de caso:

- Caso de daño corporal (somático).
- Caso de daño psicológico (psíquico).
- Caso mixto de daño corporal y psicológico.

Por tanto, se pretende desde este estudio, cómo estas variables independientes van a influir en los aspectos descriptivos de la variable dependiente (codificación), particularmente en la concisión de la clasificación de un caso y en la operatividad de los aciertos y errores de los jueces a la hora de codificar el capítulo, categoría y subcategoría.

El material que se ha utilizado en la presente investigación, consta por una parte, de casos clínicos, y por otra de cuestionarios de codificación. Los casos clínicos son los 25 casos tipo propuestos por la Organización Mundial de la Salud en los trabajos de campo.

Los cuestionarios que se han empleado cuyo objetivo es facilitar la codificación de los casos es la siguiente:

- *La Check list*: cuestionario que nos permite codificar las consecuencias de la enfermedad de una forma breve. (ver anexo 1).
- *Formulario A*: cuestionario que nos permite codificar los datos de una forma más precisa (con más niveles de categorías) (ver anexo 2).
- *Formulario B*: que nos indica el grado de confianza con la que la gente codifica los datos. (ver anexo 3).

## Diseño

En esta investigación han participado de 30 jueces valoradores que codifican los 25 casos tipo de la OMS, asignados de forma aleatoria e indicando el perfil profesional de cada uno de ellos.

El diseño por tanto combina el tipo de caso y la profesión del valorador (3x2).

a) Tipo de caso

— Somático (tipo 1): 5, 7, 11, 13, 15, 16, 18, 20, 22, 23, 25.

— Psicológico (tipo 3): 1, 2, 4, 6, 9, 10, 12, 17, 24.

— Mixto (tipo 2): 3, 8, 14, 19, 21.

b) Profesión

— Médico Rehabilitador – Rama somática

— Médico Psiquiatra- Psicólogo Clínico – Rama psíquica.

*Procedimiento*: La investigación se dividió en dos fases:

Primera fase: Los jueces fueron adiestrados en el empleo de la CIDDM-2 para codificar los casos.

Segunda fase: En esta segunda fase, una vez que los jueces ya están formados, se procede a la distribución de los casos. Cada caso tiene que ser valorado por dos profesionales distintos, sin que haya una interacción entre sí. A los jueces se les asignarán los casos de una forma aleatoria.

### Análisis

El objeto de este análisis es el estudio y codificación de los casos (cada caso es la unidad de análisis). Como variables independientes que pueden influir en la codificación de los casos, hemos estudiado las (variables independientes):

- El tipo de caso: somático, psíquico y mixto
- Profesión: médicos rehabilitadores, psiquiatras y psicólogos clínicos, en definitiva, dos tipos de profesionales con formación somática o con formación psíquica.

La codificación es la variable dependiente que debe ofrecernos la información con número de códigos empleados y con los aciertos y errores en los códigos empleados, tanto en los capítulos (b, s, a, p, e), categorías Categoría (1 al 9) y subcategorías, comparadas con la codificación media y con la codificación base.

Se han realizado dos tipos de análisis, uno cualitativo y otro cuantitativo, en el análisis cualitativo se han descrito los fallos y los aciertos en la codificación, con respecto a un protocolo base y a un protocolo promedio. El protocolo base está realizado por un grupo de expertos y el protocolo promedio viene determinado por el estudio de la media de las codificaciones de los distintos jueces que han participado en la investigación. Para este tipo de análisis se han empleado estudio de las medias y correlaciones entre cada una de las variables.

Con el análisis cuantitativo se ha pretendido analizar cómo las variables independientes influyen a la hora de codificar, es decir, si el tipo de caso y la profesión, influyen de forma significativa en la concisión de la codificación y en los aciertos y errores en los códigos empleados, tomando como mediada un ANOVA de factores fijos.

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Como se ha mencionado previamente, las variables «aciertos» y «errores» vienen determinados por dos tipos de protocolos: un protocolo base y un protocolo promedio. Dentro del *protocolo base*, al realizar una correlación

entre los aciertos y los errores en los capítulos, categorías y subcategorías obtenemos los siguientes resultados:

1) No hay significación en el uso del capítulo, tanto en aciertos como en errores sobre el número de códigos empleados, por lo que los datos que hemos obtenido nos indican que se ha codificado bien los capítulos, es decir, que se ha asignado la dimensión de manera homogénea y uniforme sin encontrar ninguna desviación.

2) Con respecto a la categoría, si medimos los aciertos y los errores sobre el número total de códigos empleados hay una diferencia significativa inversa, es decir que a menos códigos empleados más aciertos y a más códigos menos aciertos ( $p < 0.05$ ). Sin embargo en el porcentaje de errores, la dimensión es significativamente directa, es decir, que a menos códigos empleados hay menos errores y a más códigos empleados, hay más errores ( $p < 0.01$ ) (ver tabla I).

3) En subcategorías, como vemos en la tabla I la subcategoría ofrece el mismo análisis que la categoría lo cual nos indica que la asignación de los códigos que indican la causa subyacente al problema o caso presentado ofrece una codificación estadística cuantitativamente igual en el marco significativo del caso y además con la misma tendencia (ver tabla I).

4) Si nos circunscribimos igualmente con el protocolo base y analizamos la influencia de la profesión del valorador como podemos ver en la siguiente tabla (tabla II), los resultados obtenidos nos indican que no hay diferencias a la hora de codificar, tanto en los aciertos como en los errores con respecto a la profesión, de lo que podemos deducir que esta variable no influye en uso de la CIDDM-2

Empleando un análisis más cuantitativo, utilizando un anova de efectos fijos, medimos los aciertos y los errores con respecto al tipo de casos analizado, los resultados nos indican que existen diferencias significativas ( $p < 0.05$ ) tanto en aciertos como en errores dependiendo del tipo de caso, así un tipo de caso somático tendrá menos errores en su codificación con respecto a un caso psicológico o mixto (3 y 2): (ver tabla III).

TABLA I  
Correlaciones

		TOTAL	PORCAPAC	PORCATAAC	PORSUBAC
Correlación de Pearson	TOTAL	1,000	-0,62	-,307**	-,242**
	PORCAPAC	-,062	1,000	,731*	,436**
	PORCATAAC	-,307**	,731**	1,000	,673**
Sig. (bilateral)	TOTAL	,	,456	,000	,003
	PORCAPAC	,456	,	,000	,000
	PORCATAAC	,000	,000	,	,000
	PORSUBAC	,003	,000	,000	,
N	TOTAL	150	148	148	148
	PORCAPAC	148	148	148	148
	PORCAPAC	148	148	148	148
	PORCAPAC	148	148	148	148

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

TABLA II  
Correlaciones

		POR CAP AC	POR CAP ER	POR CATA C	POR CAT ER	POR SUB AC	POR SUB ER	PRO FESI Ó
Correlación de Pearson	PORCAPAC	1,000	-1,000**	,731**	,731**	,436**	-,436**	-,037
	PORCAPER	-1,000**	1,000	-,731**	,731**	-,436**	,436**	,037
	PORCATAAC	,731**	-,731**	1,000	-1,000**	,673**	-,673**	-,015
	PORCAPER	-,731**	,731**	-1,000**	1,000	-,673**	,673**	,015
	PORSUBAC	,436**	-,436**	,673**	-,673**	1,000	-1,000**	-,032
	PORSUBER	,436**	,436**	-,673**	,673**	-1,000**	1,000	-,032
	PROFESIÓN	-,037**	,037	-0,15	,015	-,032	,032	1,000
Sig. (bilateral)	PORCAPAC	,	,000	,000	,000	,000	,000	,652
	PORCAPER	,000	,	,000	,000	,000	,000	,652
	PORCATAAC	,000	,000	,	,000	,000	,000	,854
	PORCAPER	,000	,000	,000	,	,000	,000	,854
	PORSUBAC	,000	,000	,000	,000	,	,000	,699
	PORSUBER	,000	,000	,000	,000	,000	,	,699
	PROFESIÓN	,652	,652	,854	,854	,699	,699	,
N	PORCAPAC	148	148	148	148	148	148	148
	PORCAPER	148	148	148	148	148	148	148
	PORCATAAC	148	148	148	148	148	148	148
	PORCAPER	148	148	148	148	148	148	148
	PORSUBAC	148	148	148	148	148	148	148
	PORSUBER	148	148	148	148	148	148	148
	PROFESIÓN	148	148	148	148	148	148	148

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tomando como referencia el *protocolo promedio*, si realizamos una correlación, entre los aciertos y errores en los capítulos, categorías y subcategorías, obtenemos los siguientes resultados:

1) No hay significación en el uso del capítulo, tanto en aciertos como en errores sobre el

número de códigos empleados, por lo que los datos que hemos obtenido nos indican que se ha codificado bien los capítulos, coincidiendo plenamente con el análisis realizado con respecto al protocolo base, es decir, que viene a reafirmar el uso uniforme y homogéneo de la CIDDM-2 (ver tabla IV).

TABLA III  
Comparaciones múltiples

Scheffé

Variable dependiente	(I) TIPO	(J) TIPO	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
						Límite inferior	Límite superior
FALLOCAP	1	2	,1444	,182	,731	-,3062	,5951
		3	5,556E-03	,162	,999	-,3954	,4065
	2	1	-,1444	,182	,731	-,5951	,3062
		3	-,1389	,186	,757	-,5988	,3210
	3	1	-5,56E-03	,162	,999	-,4065	,3954
		2	,1389	,186	,757	-,3210	,5988
FALLOCAT	1	2	,9722*	,374	,037	4,804E-02	1,8964
		3	,6852	,333	,123	-,1371	1,5075
	2	1	-,9722*	,374	-0,37	-1,8964	-4,80E-02
		3	-,2870	,381	,754	-1,2303	,6562
	3	1	-,6852	,333	,123	-1,5075	,1371
		2	,2870	,381	,754	-,6562	1,2303
FALLOSUB	1	2	,8333	,570	,347	-,5771	2,2438
		3	,2130	,507	,916	-1,0420	1,4679
	2	1	-,8333	,570	,347	-2,2438	,5771
		3	-,6204	,582	,568	-2,0599	,8191
	3	1	-,2130	,507	,916	-1,4679	1,0420
		2	,6204	,582	,568	-,8191	2,0599

\*. La diferencia entre las medias es significativa al nivel .05.

2) Con respecto a la categoría, si medimos los aciertos y los errores sobre el número total de códigos empleados hay una diferencia significativa inversa, es decir que a menos códigos empleados más aciertos y a más códigos menos aciertos ( $p < 0.01$ ). Sin embargo en el porcentaje de errores es directa, es decir, que a menos códigos empleados hay menos errores y a más códigos empleados, hay más errores ( $p < 0.01$ ) (ver tabla IV).

3) La subcategoría nos da un resultado estadístico en la misma línea que ofrece con respecto al protocolo base, es decir que a menos códigos empleados más aciertos y a más códigos menos aciertos ( $p < 0.01$ ). Sin embargo en el

porcentaje de errores es directa, es decir, que a menos códigos empleados hay menos errores y a más códigos empleados, hay más errores ( $p < 0.01$ ) (ver tabla IV).

Sin embargo encontramos una diferencia significativa ( $p < 0.05$ ) con respecto al tipo de caso y no a la profesión al analizar los casos denominados somáticos con los casos mixtos. Esta diferencia no es muy acusada y podría deberse a la concisión en la codificación de un daño corporal y la mayor ambigüedad que aparece cuando a esa condición se le implica una secuela psíquica, ya que no ocurre lo mismo cuando se analiza la conjunción entre un caso de daño corporal y un caso mixto. (Ver tabla V).

TABLA IV  
Correlaciones

		POR CAP AC	POR CAP ER	POR CATA C	POR CAT ER	POR SUB AC	POR SUB ER	TOTAL
Correlación de Pearson	PORCAPAC	1,000	-1,000*	,731*	-,731*	,436*	-,436*	-,062
	PORCAPER	-1,000*	1,000	-,731*	,731*	-,436*	,436*	,062
	PORCATAAC	,731*	-,731*	1,000	-1,000*	,673*	-,673*	-,307*
	PORCATER	-,731*	,731*	-1,000*	1,000	-,673*	,673*	,307*
	PORSUBAC	,436*	-,436*	,673*	-,673*	1,000	-1,000*	-,242*
	PORSUBER	,436*	,436*	-,673*	,673*	-1,000*	1,000	-,242*
	TOTAL	-,062	,062	-0,307*	,307*	-,242*	,242*	1,000
Sig. (bilateral)	PORCAPAC	,	,000	,000	,000	,000	,000	,456
	PORCAPER	,000	,	,000	,000	,000	,000	,456
	PORCATAAC	,000	,000	,	,000	,000	,000	,000
	PORCATER	,000	,000	,000	,	,000	,000	,000
	PORSUBAC	,000	,000	,000	,000	,	,000	,003
	PORSUBER	,000	,000	,000	,000	,000	,	,003
	TOTAL	,456	,456	,000	,000	,003	,003	,
N	PORCAPAC	148	148	148	148	148	148	148
	PORCAPER	148	148	148	148	148	148	148
	PORCATAAC	148	148	148	148	148	148	148
	PORCATER	148	148	148	148	148	148	148
	PORSUBAC	148	148	148	148	148	148	148
	PORSUBER	148	148	148	148	148	148	148
	TOTAL	148	148	148	148	148	148	148

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

TABLA V  
Comparaciones múltiples

Scheffé

Variable dependiente	(I) TIPO	(J) TIPO	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
						Límite inferior	Límite superior
FALLOCAP	1	2	,1444	,182	,731	-,3062	,5951
		3	5,556E-03	,162	,999	-,3954	,4065
	2	1	-,1444	,182	,731	-,5951	,3062
		3	-,1389	,186	,757	-,5988	,3210
	3	1	-5,5556E-03	,162	,999	-,4065	,3954
		2	,1389	,186	,757	-,3210	,5988
FALLOCAT	1	2	,9722*	,374	,037	4,804E-02	1,8964
		3	,6852	,333	,123	-,1371	1,5075
	2	1	-,9722*	,374	-0,37	-1,8964	-4,8043E-02
		3	-,2870	,381	,754	-1,2303	,6562
	3	1	-,6852	,333	,123	-1,5075	,1371
		2	,2870	,381	,754	-,6562	1,2303
FALLOSUB	1	2	,8333	,570	,347	-,5771	2,2438
		3	,2130	,507	,916	-1,0420	1,4679
	2	1	-,8333	,570	,347	-2,2438	,5771
		3	-,6204	,582	,568	-2,0599	,8191
	3	1	-,2130	,507	,916	-1,4679	1,0420
		2	,6204	,582	,568	-,8191	2,0599

\*. La diferencia entre las medias es significativa al nivel .05.

## CONCLUSIONES

1. Existe una codificación con respecto a la dimensión de la CIDDM-2 que no ofrece dispersiones, es decir, que su uso ha sido general y además no se ha visto influenciado ni por el tipo de caso ni por la profesión del valorador.
2. Con respecto a la categoría y subcategoría se puede concluir que también ha sido homogéneas y uniformemente utilizadas, lo mismo que si se analiza la profesión del valorador podemos decir que también han sido empleadas de una forma homogénea, uniforme y coherente, los que nos ofrece una garantía y tranquilidad en el uso de la CIDDM, y por tanto en la definición y difusión de la misma.
3. Con respecto al tipo de caso nos hemos encontrado con una diferencia significativa entre los casos 1 y 2. Esta diferencia la hemos atribuido a la concisa valoración del profesional del daño corporal que parece ofrecer una menor flexibilidad que la valoración del daño psicológico y mixto.

Podemos decir como conclusión final que los estudios de campo avalan y justifican el uso de la CIDDM sin ofrecer una problemática técnica derivada del tipo de caso a valorar ni de la profesión del valorador, por lo que puede ser por tanto, una herramienta multidisciplinar, lo suficientemente homogénea y uniforme para su conocimiento y difusión.

## BIBLIOGRAFÍA

- Fernández-Ríos, M.; Rico Ramón; y Gómez-Jarabo, G. (Dir.) (1988). *Diseño de puestos de trabajo para personas con discapacidad*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.

- Gómez-Jarabo, G. (Dir.) (1988). *Marco Jurídico legal de la Discapacidad. Una guía para el afectado, profesional y empresario*. Valencia: Promolibro.
- Gómez-Jarabo, G. Esbec Rodríguez, E., Nevado, C. «Marco jurídico-legal de la discapacidad», en *Psicología Forense y Tratamiento Jurídico-Legal de la Discapacidad* (2000). Madrid: Edisofer.
- Gómez-Jarabo, G. (1999). «La discapacidad: un parámetro irrenunciable en la valoración del modelo del bienestar». *Revista iberoamericana de Educación, Salud y Trabajo*. Número 0. Abril de 1999. Pp: 139-156.
- INSERSO (1994). *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Instituto IDES e INSERSO (1988). *Las personas con minusvalía en España. Necesidades y Demandas*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Martín, M (1993). «El mercado de las personas con discapacidad». En: S. Von Telzchmer (Ed), *Telecomunicaciones y discapacidad*. Madrid: Fundesco.
- Organización Mundial de la Salud, (1997). C.I.D.D.M-2 *Clasificación Internacional de las Deficiencias, Actividad y Participación. Manual de las dimensiones de las consecuencias de la enfermedad y del rendimiento funcional*. Versión 1.<sup>a</sup>, Revisión 2. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (1999). CIDDM-2 *Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Discapacidad. Manual de las consecuencias de la enfermedad y del rendimiento funcional*. Versión 1.<sup>a</sup> Beta-2.
- Organización Mundial de la Salud (2000). *Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Discapacidad. Manual de las consecuencias de la enfermedad y del rendimiento funcional*. Borrador Prefinal.

**ANEXO I (4)**  
**Check List**

**PARTE 1: DEFICIENCIAS con FUNCIONES CORPORALES**

- *Las funciones corporales son las funciones fisiológicas o psicológicas de los sistemas corporales*
- *Las Deficiencias son problemas en la función o estructura corporal, tal como una pérdida o desviación significativa.*

**Calificador:** 0: No hay deficiencia 1. Deficiencia leve, 2: Deficiencia Moderada  
3: Deficiencia severa, 4: Deficiencia completa, 8: No especificada  
9: No aplicable

<i>Lista breve de funciones corporales</i>	<i>Calificador</i>	<i>Comentarios</i>
<b>b.1. FUNCIONES MENTALES</b>		
<i>B110. Conciencia</i>		
<i>B114. Orientación (tiempo, lugar, persona)</i>		
<i>B120. Intelectuales (incl: retraso mental, demencia)</i>		
<i>B135. Sueño</i>		
<i>B140. Atención</i>		
<i>B145. Memoria</i>		
<i>B. 155. Emocionales</i>		
<b>b.2. Funciones Sensoriales</b>		
<i>b.210. Vista</i>		
<i>b. 230. Oído</i>		
<i>b. 235. Vestibular</i>		
<i>b. 275. Dolor</i>		
<b>b. 3. Funciones de la VOZ Y EL HABLA</b>		
<i>b. 310. Voz</i>		
<b>b. 4. FUNCIONES DE LOS SISTEMAS CARDIOVASCULAR, HEMATOLÓGICO, INMUNOLÓGICO Y RESPIRATORIO</b>		
<i>B. 410. Corazón</i>		
<i>b. 420. Presión sanguínea</i>		
<i>b. 430. Hematológico (sangre)</i>		
<i>b. 435. Inmunológico (alergias, hipersensibilidad)</i>		
<i>b. 440. Respiratorio (respiración)</i>		
<b>b. 5. FUNCIONES DE LOS SISTEMAS DIGESTIVO, METABÓLICO Y ENDOCRINO</b>		
<i>B515. Digestivo</i>		
<i>B525. Defecación</i>		
<i>b.530 Peso</i>		
<i>B555. Endocrino (cambios hormonales)</i>		
<b>b. 6. FUNCIONES GENITOURINARIAS Y REPRODUCTIVAS</b>		
<i>b. 620 Funciones urinarias</i>		
<i>B640. Funciones sexuales</i>		
<b>B7. FUNCIONES NEUROMUSCULOESQUELÉTICAS Y RELACIONADAS CON EL MOVIMIENTO</b>		
<i>B710. Movilidad de las articulaciones</i>		
<i>B730. Resistencia muscular</i>		
<i>B735. Tono muscular</i>		
<i>B765. Movimientos involuntarios</i>		
<b>B8. FUNCIONES DE LA PIEL Y ESTRUCTURAS RELACIONADAS OTRAS FUNCIONES CORPORALES</b>		

<sup>4</sup> Lista de comprobación de la CIDDM-2. Organización Mundial de la Salud.

**PARTE 2: LIMITACIONES EN LA ACTIVIDAD**

- *Actividad es la realización por un individuo*
- *Limitaciones en la actividad son dificultades en la realización de actividades*

Primer Calificador: Magnitud o extensión de la deficiencia	Segundo Calificador: Asistencia
0 Sin dificultad 1 Dificultad Leve 2 Dificultad Moderada 3 Dificultad Severa 4 Dificultad Completa 8 No especificada 9 No aplicable	0 No necesita asistencia 1 Asistencia no personal 2 Asistencia personal 3 Asistencia personal y no personal  9 Nivel de asistencia desconocido

**Nota:**

1. Utilizar el apéndice 2 si se necesita obtener información sobre las Actividades y la Participación del individuo
2. La utilización del primer calificador indica el grado de dificultad sin la utilización de dispositivos de ayuda o asistencia personal. Sin embargo, si se utiliza el primer y segundo calificador conjuntamente, el primer calificador se refiere al grado de dificultad utilizando un dispositivo de ayuda o asistencia personal.

LISTA BREVE DE ACTIVIDADES	PRIMER CALIFICADOR EXTENSIÓN DE LA DEFICIENCIA	SEGUNDO CALIFICADOR ASISTENCIA
<b>A1. ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE Y APLICACIÓN DE CONOCIMIENTO</b>		
A115 Actividades básicas de aprendizaje		
A120. Aprender a leer		
A125 Aprender a escribir		
A130 Aprender cálculo		
A145 Resolución de problemas		
<b>A2. ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA COMUNICACIÓN</b>		
A210. Comprensión de mensajes verbales		
A220 Comprensión de mensajes no verbales		
A230 Producción de mensajes verbales (hablar)		
A240 Producción de mensajes no verbales		
A250 Conversación		
<b>A3. ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL MOVIMIENTO</b>		
A410 Andar		
A430 Desplazarse utilizando equipamiento (silla de ruedas...)		
A440 Utilización de transporte como pasajero (coche, autobús)		
A450 Utilización de transporte como conductor (conducir)		
<b>A5. ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL CUIDADO PERSONAL</b>		
A 510 Lavarse y secarse		
A520 Cuidado de las partes del cuerpo		
A530 Actividades relacionadas con la excreción		
A550 Vestirse		
A560 Comer		
A570 Beber		
<b>A6. ACTIVIDADES DOMÉSTICAS</b>		

A620 Obtención de lo necesario para vivir		
A630 Preparación de comidas		
A640 Actividades del hogar		
A660 Ayudar a otras personas		
<b>A7. ACTIVIDADES INTERPERSONALES</b>		
A710 Actividades interpersonales básicas		
A720 Actividades interpersonales complejas		
A730 Iniciar una interacción		
A740 Mantener la interacción		
A760 Intimidad física		
<b>A8. EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES Y TAREAS PRINCIPALES DE LA VIDA</b>		
A810 Realizar una tarea		
A 815 Realizar múltiples tareas		
A820 Organización de la rutina diaria		
A840 Rendimiento laboral		
A845 Rendimiento escolar		
A850 Utilización de dinero y recursos económicos		
A855 Tiempo libre (ocio, juegos)		
<b>OTRAS ACTIVIDADES</b>		

**PARTE 3: RESTRICCIONES EN LA PARTICIPACIÓN**

- *Participación es la involucración de un individuo en situaciones vitales, en relación con Condiciones de Salud, Funciones y Estructuras corporales, Actividades y Factores Contextuales.*
- *Las restricciones en la Participación son problemas que un individuo puede experimentar en la manera o en el grado de su involucración en situaciones vitales.*

<b>Primer Calificador:</b>	<b>0: No hay restricción</b>
<b>Extensión de la restricción</b>	<b>1: Restricción Leve</b>
	<b>2: Restricción Moderada</b>
	<b>3: Restricción Severa</b>
	<b>4: Restricción Completa</b>
	<b>8: No especificada</b>
	<b>9: No aplicable</b>

LISTA BREVE DE ACTIVIDADES	PRIMER CALIFICADOR EXTENSIÓN DE LA DEFICIENCIA	SEGUNDO CALIFICADOR ASISTENCIA
<b>P1. PARTICIPACIÓN EN EL CUIDADO PERSONAL</b>		
P110. Cuidado personal		
P140. Cuidado de la salud		
<b>P2. PARTICIPACIÓN EN LAMOVILIDAD</b>		
P210. Movilidad dentro de la vivienda		
P230. Movilidad fuera de la vivienda y otros edificios		
P240. Movilidad utilizando transporte		
<b>P3. PARTICIPACIÓN EN EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN</b>		
P310. Intercambio de información verbal		
P340. Intercambio de información no verbal		
<b>P4. PARTICIPACIÓN EN LAS RELACIONES SOCIALES</b>		
P410. Relaciones familiares		
P420 Relaciones íntimas (pareja, esposo...)		
P430 Relaciones informales (amigos, conocidos, compañeros)		
<b>P5. PARTICIPACIÓN EN LA VIDA DEL HOGAR Y EN LA ASISTENCIA A OTRAS PERSONAS</b>		
P510. Provisión de alojamiento para uno mismo y para otros		
P520. Cuidado de la casa y de las posesiones		
P530 Cuidado de otras personas		
<b>P6. PARTICIPACIÓN EN LA EDUCACIÓN</b>		
P610. Educación en ambientes informales		
P630 Educación en la escuela		
P650. Educación superior		
<b>P7. PARTICIPACIÓN EN EL TRABAJO Y EMPLEO</b>		
P 730. Empleo remunerado		
<b>P8. PARTICIPACIÓN EN LA VIDA ECONÓMICA</b>		
P810. Transacciones económicas básicas		
P830. Autosuficiencia económica		
<b>P9. PARTICIPACIÓN EN LA VIDA COMUNITARIA, SOCIAL Y CÍVICA</b>		
P910. Vida económica		
P920. Recreación y ocio		
P930. Religión y espiritualidad		
<b>OTRO TIPO DE PARTICIPACIÓN</b>		

**PARTE 4: FACTORES CONTEXTUALES**

- *Los factores contextuales forman el ambiente físico, social y de actitudes en el cual la gente vive y dirige sus vidas.*

<b>Primer Calificador</b>	0 No existen barreras	0 No existen facilitadores
<b>Barreras o facilitadores</b>	1 Barreras Leves	+1 Facilitadores Leves
	2 Barreras Moderadas	+2 Facilitadores Moderados
	3 Barreras Marcadas	+3 Facilitadores Marcados
	4 Barreras Completas	+4 Facilitadores Completos

LISTA BREVE DE FACTORES CONTEXTUALES	CALIFICADOR Barreras o Facilitadores	COMENTARIOS
<b>E1. PRODUCTOS Y SISTEMAS TÉCNICOS</b>		
E110. Consumo personal		
E125. Arquitectura, edificación y construcción (interior y exterior)		
E140. Movilidad personal y transporte (vehículos)		
<b>E2. ENTORNO NATURAL Y CAMBIOS EN EL ENTORNO DERIVADOS DE LA ACTIVIDAD HUMANA</b>		
E225. Clima		
E240. Luz		
E250. Sonido		
<b>E3. APOYO Y RELACIONES</b>		
E310. Familia		
E320. Amigos		
E325. Conocidos, compañeros y colegas		
E340. Cuidadores y personal de ayuda		
<b>E4. ACTITUDES, VALORES Y CREENCIAS</b>		
E410. Actitudes individuales		
E420. Valores individuales		
E440. Actitudes sociales		
E450 . Valores sociales		
E470. Normas, convenciones e ideologías sociales		
<b>E5. SERVICIOS</b>		
E535. Servicios para la comunicación		
E540. Servicios de transporte		
E550. Servicios legales		
E570. Servicios prestados por la Seguridad Social		
E585. Servicios laborales y para el empleo		
<b>E6. SISTEMAS Y POLÍTICAS</b>		
E635. Sistemas y políticas relativos al transporte		
E645. Sistemas y políticas legales		
E665. Sistemas y políticas relativos a la Seguridad Social		
E680. Sistemas y políticas laborales y de empleo		
<b>OTROS FACTORES CONTEXTUALES</b>		

## ANEXO II

**Estudios de Campo del Borrador Beta-2 de la CIDDM-2, Estudio Tres:  
Aplicabilidad y Fiabilidad  
Formulario A**

1. N.º del Participante **T 4, O7,** \_\_\_\_\_  
CTC Lugar Participante

2. N.º de Caso \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
EC o RC N.º de Caso 1.º/2.º evaluación

**3. Códigos de la CIDDM-2**

**Puntuación del grado de confianza**

*Escriba el número que mejor indique su grado de confianza al aplicar el código  
1 muy baja, 2 baja, 3 media, 4 alta, 5 muy alta*

	Código	Calificador	Grado de confianza Para el código	Grado de confianza para el código
3.1. Función Corporal	b. _____	_____	_____	_____
	b. _____	_____	_____	_____
	b. _____	_____	_____	_____
	b. _____	_____	_____	_____
	b. _____	_____	_____	_____
	b. _____	_____	_____	_____
3.2. Estructura corporal	s. _____	_____	_____	_____
	s. _____	_____	_____	_____
	s. _____	_____	_____	_____
	s. _____	_____	_____	_____
	s. _____	_____	_____	_____
	s. _____	_____	_____	_____
3.3. Actividades	a. _____	_____	_____	_____
	a. _____	_____	_____	_____
	a. _____	_____	_____	_____
	a. _____	_____	_____	_____
	a. _____	_____	_____	_____
	a. _____	_____	_____	_____
3.4. Participación	p. _____	_____	_____	_____
	p. _____	_____	_____	_____
	p. _____	_____	_____	_____
	p. _____	_____	_____	_____
	p. _____	_____	_____	_____
	p. _____	_____	_____	_____
3.5. Factores Contextuales	e. _____	_____	_____	_____
	e. _____	_____	_____	_____
	e. _____	_____	_____	_____
	e. _____	_____	_____	_____
	e. _____	_____	_____	_____
	e. _____	_____	_____	_____

## ANEXO III

Estudios de campo del Borrador Beta-2 de la CIDDM-2, Estudio Tres: Aplicabilidad y Fiabilidad

## Formulario B

FB. 1 N.º del Participante T 4, O7, \_\_\_ \_\_\_  
 CTC Lugar Participante

## 2. Cobertura de las dimensiones y componentes de la CIDDM-2:

1. muy buena      2. Buena      3. Normal      4. Difícil      5. Muy difícil

Funciones corporales    \_\_\_  
 Estructura corporal    \_\_\_  
 Actividad                \_\_\_  
 Participación            \_\_\_  
 Contexto                 \_\_\_

## 3. Facilidad en la utilización de las dimensiones y componentes de la CIDDM-2:

1. Muy fácil      2. Fácil      3. Normal      4. Difícil      5. Muy difícil

Funciones corporales    \_\_\_  
 Estructura corporal    \_\_\_  
 Actividad                \_\_\_  
 Participación            \_\_\_  
 Contexto                 \_\_\_

## 4. Relevancia de las dimensiones y componentes de la CIDDM-2, para su cultura y servicio

1. Muy relevante    2. Relevante    3. Normal    4. Poco relevante    5. Nada relevante

Funciones corporales    \_\_\_  
 Estructura corporal    \_\_\_  
 Actividad                \_\_\_  
 Participación            \_\_\_  
 Contexto                 \_\_\_

## 5. Sugerencias para subsanar cualquier laguna importante mediante categorías adicionales en la CIDDM-E:

Sugerencias para suprimir cualquier redundancia existente, mediante la eliminación de categorías en la CIDDM-2

Sugerencias relacionadas con los calificadores de la CIDDM-2

Otras sugerencias