

Aportaciones de la CIF a la conceptualización de la dependencia

M. QUEREJETA GONZÁLEZ

Responsable del grupo local en el País Vasco de la RECEDIS (Red Española de colaboración con la OMS para la Clasificación y la Evaluación de la Discapacidad). Gizartekintza-Servicios Sociales de Gipuzkoa.

Resumen.—La polisemia terminológica, las malas traducciones del inglés, los escasos fundamentos conceptuales y el situar el problema en el campo económico gestor, están enlenteciendo, de forma inadvertida pero significativa, el avance en el estudio de la problemática sociosanitaria que rodea a las personas en situación de dependencia. La Clasificación del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) aprobada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2001 puede aportar muchas soluciones a estos problemas.

Palabras clave: Dependencia. Terminología. OMS. CIF.

CONTRIBUTIONS OF THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING TO THE CONCEPT OF DEPENDENCE

Summary.—The terminological polysemy, poor translations from English, limited conceptual bases and placing the problem in the management economic field are inadvertently, but significantly, slowing down the advance in the study of the socio-health care problem, that surrounds persons in dependence situation. The Classification of Functioning of Disability and Health (ICF), approved by the WHO in 2001, can provide many solutions to these problems.

Key words: Dependence. Terminology. WHO. ICF.

INTRODUCCIÓN

A estas alturas de 2004 no son pocas las administraciones, tanto centrales como autonómicas, que estarán “devanándose la sesera” intentando encontrar un sistema para “valorar” y “ordenar” la dependencia, sin lugar a dudas el problema más importante dentro del denominado y todavía mal situado espacio socio-sanitario. El problema no es nuevo. En los últimos años la descentralización administrativa ha traído aparejada la necesidad de controlar recursos y subvenciones,

así como la de diseñar las políticas sociales que, a su vez, han hecho necesarias herramientas de clasificación y de valoración cada vez más precisas. Por desgracia la falta de criterios técnicos reconocidos –y/o entendidos– por todos y el situar el problema en un plano fundamentalmente económico/gestor ha desembocado en que cada administración haya desarrollado sistemas de clasificación y de valoración propios, o readaptado modelos creados con otras finalidades, creando auténticos “reinos de taifas”, y favoreciendo un galimatías terminológico y conceptual que no hace sino complicar la comunicación y comprensión entre usuarios, profesionales y administraciones. El problema tampoco es local. Dentro de los procesos de globalización mundial, redes de informatización y acceso a la información, la necesidad de usar un lenguaje común para la comparación de datos entre los diversos países y disciplinas es cada vez más evidente. La Organización Mundial de la Salud (OMS), consciente de este problema, lleva años intentando desarrollar una herramienta útil, práctica y precisa, que sea reconocida internacionalmente, y que ayude en el diagnóstico, valoración, planificación e investigación del funcionamiento y la discapacidad asociadas a las condiciones de salud del ser humano. Finalmente, en la 54 Asamblea Mundial de la Salud, realizada el 22/05/01, se ha aprobado la última y definitiva clasificación (resolución WHA 54/21) denominada Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud cuyo acrónimo es CIF¹. A partir de esa fecha somos muchos los profesionales en todo el mundo que estamos tratando de aplicar estos criterios de la OMS a diversos campos de la discapacidad. En concreto, desde hace 2 años, dentro del grupo de trabajo sobre la dependencia, coordinado por el Prof. Vázquez-Barquero de la Fundación Marqués de Valdecilla, se vienen desarrollando una serie de estudios sobre las aportaciones de la CIF a la problemática de la dependencia. Parece evidente que cualquier intento de planificación, estudio o clasificación sobre el problema de la dependencia,

que no esté firmemente sustentado en el consenso sobre la definición de los conceptos implicados, de la clasificación de éstos, y en una escala para cuantificar la gravedad del problema, está abocado al fracaso. En ese sentido, la CIF nos ofrece una metodología muy elaborada, precisa y reconocida internacionalmente. Como punto de partida se estudiaron las bases terminológicas y conceptuales que rodean a la dependencia, y que son, de forma resumida, en las que nos centraremos en el presente artículo².

La universalidad e importancia que tienen las situaciones de dependencia en muy diversos aspectos de la vida personal, familiar, social, económica, asistencial, judicial, etc. ha hecho que sean múltiples disciplinas y profesionales las que se encarguen de su estudio desde una perspectiva particular. Esta pluridisciplinariedad ha aportado —y lo sigue haciendo— una importante, e inagotable, fuente de datos, definiciones, baremos etc., que profundizan y enriquecen su estudio. Pero también ha sido con frecuencia una fuente de confusión, desarrollándose paralelamente múltiples terminologías, escalas o métodos de clasificación, que tras una, a mi entender, excesiva defensa de jergas y métodos específicos, se esconde un cierto corporativismo. Así, nos encontramos con colectivos que podrían estar representados, entre otros, por profesionales provenientes de la rehabilitación, la geriatría, la valoración de la discapacidad, la psicología, el trabajo social o la prestación de servicios, que consideran la dependencia como un feudo propio. Desde la rehabilitación se incide fundamentalmente en los aspectos motores-funcionales derivados de problemas neuromusculosqueléticos, desde la geriatría en aspectos fisiológicos cognitivos y asistenciales derivados de senectud y la demencia, desde la valoración de la discapacidad en aspectos tendentes a la graduación para conseguir prestaciones y servicios: desde la judicatura en aspectos relacionados con la incapacitación legal; desde la psicología en aspectos del desarrollo y socialización de personas con discapacidad mental; desde los trabajadores sociales en los aspectos domésticos y de entorno, y desde los prestadores de servicios en las cargas de trabajo. Intentar una inmersión conceptual en el espacio común de todas estas perspectivas es, entre otros, el objetivo de este artículo.

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

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

Se tiende a clasificarlas y valorarlas por separado la una de la otra, como si fueran cuestiones distintas, y hay que comprender que la dependencia, a la que nos estamos refiriendo en este estudio, es decir, la relacionada con las condiciones de salud alteradas, siempre es consecuencia de un importante grado de discapacidad. Así, si se compara la definición de lo que se considera por las Naciones Unidas una “persona con discapacidad”, con la definición que hace el Consejo de Europa sobre la “dependencia” (v. más adelante) observaremos que se trata del mismo concepto. La resolución R. 3447 de 9/12/75 dice lo siguiente: “*Declaración de los derechos de las personas con discapacidad*: El término ‘persona con discapacidad’ designa a toda persona incapacitada de atender por sí misma, en su totalidad o en parte, a las necesidades de una vida individual o social normal a consecuencia de una deficiencia, congénita o no, de sus facultades físicas o mentales”. En normativa nacional: Real Decreto 1971/1999 de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía, dice en el capítulo I, apartado de “Normas generales”, que: “[...] el grado de discapacidad muy grave incluirá a aquellas personas que presenten deficiencias permanentes graves, con síntomas, signos o secuelas que imposibilitan la realización de las actividades de la vida diaria”. Y continúa más adelante: “Esta clase, por sí misma, supone la dependencia de otras personas para realizar las actividades más esenciales de la vida diaria”.

Por lo tanto, parecen no existir muchas dudas de que *dentro del contexto de las condiciones de salud de la persona, la discapacidad es un atributo inseparable de la dependencia*.

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

Si se intenta encuadrar conceptualmente la dependencia en la propuesta de la CIF, se observa que se situaría dentro del constructo de “factores contextuales” ambientales de ayuda personal o técnicos. Es decir, la dependencia sería una situación específica de discapacidad en la que se darían dos elementos, una limitación del individuo para realizar una determinada actividad (más o menos grave) y la interacción con los factores

concretos del contexto ambiental, relacionados con la ayuda personal o técnica: dependencia = limitación en la actividad + ayuda.

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

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

Hasta el punto de que habitualmente es el criterio exclusivo de la edad el que sirve para discriminar el ser catalogado como discapacitado, o como dependiente. Y, sin embargo, según estadísticas oficiales realizadas en los últimos años, las personas mayores de 65 años representan alrededor del 60 % de todas las personas con discapacidad, con una tasa de personas mayores de 65 años con discapacidad del 32 %³.

Tendríamos que recordar lo que la OMS-CIF considera “condición de salud” (en la cual, aparte de incluir enfermedades y lesiones, incluye otras circunstancias como embarazo, envejecimiento, etc.). Por lo tanto: *la misma clasificación y/o baremo debe de servir para clasificar y graduar todos los problemas de discapacidad y/o dependencia. Los relacionados con el envejecimiento y los de otras edades.*

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

Sin embargo, la dependencia –al igual que la discapacidad– es propia de diversas situaciones vitales más o menos prolongadas como la infancia, períodos de enfermedad, embarazo, etc., además de la vejez. Y no tiene por qué ser siempre la misma; así, los factores del contexto tanto ambiental (vivienda, ayudas técnicas, servicios, factores geográficos, etc.) como personal (educación, edad, ingresos económicos, sexo, viudedad, etc.) van a ser capaces de modificarla, es decir: *la dependencia es un hecho variable y dependerá, entre otras cosas, de estados de salud transitorios y –significativamente– de los factores del contexto real (personal o ambiental) en el que se desenvuelve la persona en cuestión en ese preciso momento, pudiendo por tanto mejorar o empeorar según las circunstancias.*

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

mento de la observación. De esta forma, la codificación de actividad y participación puede diferenciar dentro de un mismo código si nos estamos refiriendo a la actividad desde el punto de vista neutral (actividad) o desde el punto de vista del contexto real (participación).

Por ejemplo: una persona que precisa silla de ruedas. El código el d465 que corresponde a la actividad “desplazarse utilizando algún tipo de equipamiento”, se puede codificar como c465 si nos queremos referir a la capacidad teórica para desplazarse, o al p465 si lo que queremos es referirnos a lo que realmente se desplaza en el contexto real en el que vive. La diferencia se reflejaría en los calificadores de gravedad. Así, en el caso del c465.2 la dificultad se codificaría como moderada, y en el p465.4 la dificultad se codificaría como total.

El ejemplo anterior reflejaría que en el contexto real existen factores que le impiden realizar la actividad estudiada de la forma esperada para personas con su mismo problema.

SE SUELE ASOCIAR LA DEPENDENCIA CON LA SUPUESTA DIFICULTAD PARA LA REALIZACIÓN DE UNAS CONFUSAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)

Se han tratado de definir de forma más o menos afortunada según autores y de clasificar u ordenar, con criterios normalmente solapados, entre otras en: básicas, instrumentales y avanzadas; funcionales, situacionales y laborales; básicas y domésticas, etc. De esta forma, hay tablas que consideran actividad “básica” subir escaleras (Barthel) o usar el teléfono (AGGIR) o bien hacer la siesta (CDM) y otros no consideran actividad “básica” vestirse o lavarse (RUG-III), unos baremos pueden incluirlas como instrumentales, otros como estructurales o adaptativas, etc. Diversos autores y disciplinas clasifican estas actividades “cotidianas” de forma y profundidad muy variable, encontrándonos con unas 20 que se repiten con frecuencia, pero con escalas que apenas recogen cuatro o cinco ítems, hasta algunas que recogen más de un centenar.

Habría que recordar aquí los nueve grupos de actividades que clasifica la OMS-CIF, y que, por lo tanto, la dependencia podría estar relacionada con cualquiera de ellas. Así, se puede tener dependencia en la movilidad, en la comunicación, en el autocuidado, en las tareas de la vida doméstica, etc. También habría que dejar claro que todas las actividades pueden ser de “la vida diaria o cotidianas” y realizarse con frecuencia casi diaria o cotidiana y, en ocasiones, decidir si actividades, como por ejemplo las relaciones íntimas o las actividades religiosas, se consideren como “esenciales” van a depender del contexto, de la época y de la utilidad que se le pretenda dar al baremo (hay que recordar que hay baremos de hace más de 40 años).

La CIF intenta resumir la larga lista de actividades contenidas en esos nueve grupos, mediante una denominada *check list* o “lista de comprobación” o “lista breve”⁴ los ítems que considera fundamentales dentro de cada categoría, e intenta ser una herramienta práctica que resuma la exploración de los casos. En esta “lista breve” y en la categoría de “actividades y participación” nos encontramos con 48 ítems que se corresponden con aquéllos que según los estudios internacionales previos realizados, de tipo intercultural y pluridisciplinar, se consideran más importantes a nivel general para resumir las actividades que realiza un individuo o que, por lo menos, son los que le interesan más a la OMS a la hora de recoger información sobre el funcionamiento y la discapacidad de los individuos. Por lo tanto, también podrían considerarse representantes de las denominadas actividades “básicas” o “corrientes” de la vida.

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

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

Dando a entender que estos últimos no tienen ninguna dependencia, sin dejar claro para qué actividades se tiene en cuenta esta dependencia, y obteniendo esta “calificación” con un baremo desconocido por la mayoría de usuarios. Ello da lugar a una confusión —que por otra parte es lógica— de una persona que necesita, por ejemplo, ayuda para hacer la compra, la comida, para vestirse, ponerse los zapatos y para salir a la calle. Cualquier persona consideraría que esta persona es dependiente para ciertas AVD. Sin embargo, si la intentáramos baremar, conforme las escalas utilizadas en la actualidad, observaríamos que, o bien algunas de esas actividades no aparecen en el baremo que le hacen —como puede ser en el caso de realizar la comida, o la compra— o que dicha actividad se gradúe poco —como ponerse los zapatos— y al no llegar al mínimo del baremo para ser considerado con la “calificación” de “dependiente”, se le califica como no dependiente o autónomo.

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

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

La consideración administrativa de gran invalidez, en el campo de las incapacidades laborales y otros, refleja asimismo la situación de dependencia, encontrándonos con definiciones muy similares. *Gran invalidez*, según el artículo 137.6 de la LGSS de 20 de junio de 1994, es el trabajador que necesita la asistencia de otra persona para los actos más esenciales de la vida como: vestirse, desplazarse, comer o análogos. También, la Ley 30/1995 de Ordenación y Supervisión de Seguros Privados, que establece un método para valorar los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, recoge la misma definición y considera como *grandes inválidos* a aquellas personas con secuelas permanentes que requieren la ayuda de otras personas para realizar las actividades más esenciales de la vida diaria como vestirse, desplazarse, comer o análogos.

Algunas sentencias judiciales sobre el tema intentan definir las características de los actos esenciales de la vida y de la dependencia, pero se echa en falta un sistema de baremación y graduación de ésta de carácter general. La siguiente está extraída de una sentencia del Juzgado de lo Social 15 de Barcelona (12/5/99) sobre la gran invalidez en lo laboral, encontrándonos con una de las mejores definiciones, a nuestro entender, de lo que se consideran actividades básicas de la vida: “[...] Habiéndose declarado por jurisprudencia (Tribunal Supremo 7/10/87, 23/3/88, 13/3/89) que *ha de entenderse como acto esencial para la vida* aquel que resulte imprescindible para la satisfacción de una necesidad primaria ineludible para subsistir fisiológicamente o para ejecutar aquellas actividades indispensables en la guarda de la seguridad, higiene y decoro fundamentales en la convivencia humana, con carácter meramente enumerativo, sin que sea suficiente la mera dificultad y sin que requiera que la necesidad de ayuda sea continuada”. Por lo tanto, podríamos concluir que: *la calificación de gran invalidez es conceptualmente equiparable a la situación de dependencia.*

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

En general, y a pesar de ser conceptos diferentes, puede haber una correspondencia lógica entre la gravedad de la dependencia y las cargas asistenciales que genera, pero esto no siempre debe ser así. La carga asistencial es muy variable, según el problema que haya

generado la situación de dependencia, las actividades implicadas (autocuidado, desplazamientos, curas, rehabilitación, etc.) y el contexto en el que se presta la ayuda (domicilio, centro especializado, hospital, etc.). Dentro de las cargas de trabajo se suelen diferenciar, en primer lugar, la categoría profesional y la especificidad de los cuidados: médicos o enfermería especializada, rehabilitación, fisioterapia, cuidados intensivos, técnicas de enfermería complejas, etc. También tienen en cuenta el número de horas diarias, a la semana, al mes, así como el número de personas implicadas en los cuidados. La medición de la carga de trabajo (o sin eufemismos de gasto de atención de la persona en situación de dependencia) va a requerir del estudio de ítems diferentes y más complejos o, por lo menos, más específicos, de los de un baremo “general” de estudio de la “gravedad” de la dependencia.

La valoración y graduación de la gravedad de la dependencia, si bien se encuentra estrechamente relacionada con la medición de la ayuda prestada y la carga de trabajo previsible, no debe considerarse equivalente a estas últimas.

¿DEPENDENCIA Y AUTONOMÍA HACEN REFERENCIA AL MISMO CONCEPTO?

He dejado este problema para el final, no por ser el menos importante, sino porque requiere quizás una mayor reflexión conceptual. Como referencia para centrar este tema, nos fijaremos en la definición de dependencia del Consejo de Europa, en su recomendación N.º R(98)9, cuyo texto original es el siguiente: “*Considering ‘dependence’ as a state in Which persons, by reason of lack or loss of physical, psychological or intellectual autonomy, require significant assistance or help in carrying out their usual day-to-day activities.*”

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

Este texto ha sido traducido de formas significativamente distintas según los autores —de las siete consultadas, ninguna coincidía— pero, fundamentalmente, para lo que nos interesa, de dos formas:

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

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

Segunda traducción (que es la que se utiliza habitualmente): la dependencia es “un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual,

tienen la necesidad de asistencia y/o ayudas importantes con el fin de realizar los actos de la vida diaria”.

De esta definición parece deducirse que la autonomía es el antónimo de la dependencia (acepción que es asumida, en líneas generales, por la mayoría de la gente). Algo así como decir que: “la dependencia es el estado en el que se encuentra una persona por razones ligadas a la pérdida de su independencia [...]” [1]. Consultando el Diccionario General de la Lengua Española Vox encontramos dependencia se define como “*hecho de depender de una persona o cosa*”, y autonomía como “*facultad para gobernarse por sus propias leyes*”. En esta definición el concepto de autonomía ya no se entiende tan fácilmente como antónimo de dependencia. Esta definición —que coincide, a nuestro entender, con la concepción más actual y precisa de estos términos— la dependencia aparece como un hecho o situación más relacionada con atributos temporoespaciales concretos y presentes, y que parece querer hacer referencia a una *situación objetivable*, tangible o real (personas o cosas). Al contrario, la definición de autonomía aparece más como una *cualidad* o *facultad interior*, intelectual o volitiva, no tan sujeta a un momento concreto o real. En definitiva, la dependencia aparece como un hecho concreto y la autonomía como una cualidad abstracta. En el plano filosófico, Kant, del cual se está hablando este año, con ocasión del bicentenario de su muerte, ya ligaba la autonomía a la voluntad, definiéndola como “el derecho del individuo de determinar libremente las reglas a las que se somete” [2]. Las disquisiciones lingüísticas/conceptuales pueden ser complejas y, en todo caso, deberían realizarse también en otros idiomas y más en concreto en lengua inglesa (en la que se redactó la R[98]9) en cuanto a las definiciones y conceptos de *autonomy* y *dependence*. En francés, recomendamos un artículo de M. Le Gall y J.L. Ruet⁵ en el cual, en resumen, se realizan las consideraciones que se exponen en la tabla I.

Por otra parte, al traducir la frase “[...] falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual [...]” parece una repetición innecesaria de la palabra, intelectual”, ya que lo psíquico incluye lógicamente a lo intelectual. ¿Podría ser que en la definición de depen-

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

[2] El problema de la libertad de la voluntad no es sólo un problema de reflexión filosófica, sino que se está introduciendo cada vez más en problemas sociales y de bioética. Así, la reciente “Ley del testamento vital”, que se aprobó en el Parlamento en octubre de 2002, hace referencia al derecho a la información, a la autonomía del paciente y al consentimiento informado, en la que se pretende que las personas puedan manifestar su voluntad sobre los cuidados y tratamientos sobre su salud que van a recibir, con objeto de que ésta se cumpla, incluso en el momento que llegue a situaciones en que no es capaz de expresarlos personalmente.

dencia de la R(98)9 se hayan querido diferenciar —expresamente— por un lado, el problema ligado a las deficiencias o pérdidas físicas o psíquicas y, por otro, el problema ligado a la facultad intelectual concreta de la capacidad de decisión de la persona, a la cual denomina autonomía intelectual, porque interesa que las políticas referentes al tema las diferencien? Si esto no fuera así: ¿cómo puede entenderse el siguiente párrafo: “la guía de toda política dirigida a las personas en situación de dependencia debe considerar el principio de *autonomía para personas dependientes*”? [3]. Nuestra opinión es que la definición R(98)9 no sólo no contrapone la palabra autonomía a la de dependencia, sino que quiere considerarlas como conceptos *diferentes*, y en el caso de la pérdida de la autonomía intelectual, trata de identificarla como una de las posibles causantes de las situaciones generadoras de dependencia, aunque no la única [4].

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

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

El apartado anterior lleva a intentar profundizar algo más en la relación existente entre la dependencia y los problemas de la esfera mental. No puede dejar de tenerse en cuenta que tanto la demencia como el retraso mental son, de entre las diversas condiciones de salud alteradas, las que de forma más invariable generarán situaciones de dependencia, hasta el punto que la necesidad de ayuda sirve como parámetro guía para graduar su gravedad. Por ejemplo, la Asociación Americana de Retraso Mental la clasifica en función de la necesidad de ayuda para la realización de una serie de áreas de la vida o “habilidades adaptativas”. Quizás sea también en el campo de las deficiencias de origen mental donde se puede encontrar, de forma más evidente,

[3] En esta línea parece dirigirse el punto tercero de las diez recomendaciones que se hacen en el *Libro Blanco de la Dependencia* elaborado en Cataluña cuando, aun sin referirse expresamente al término “autonomía”, dice: “Respetar las preferencias de las personas dependientes y orientar los servicios a lo que manifieste”. O más recientemente el “Manifiesto de Tenerife” (26/04/03).

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

TABLA 1. Definiciones de dependencia y autonomía

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

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

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

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

Autonomía es la capacidad para administrar o gestionar su o sus dependencias

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

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

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

la conexión entre la pérdida de la autonomía intelectual y la dependencia. Algunos autores definen incluso lo que hasta ahora hemos estado denominando autonomía intelectual, como “dependencia mental” (Del Ser y Peña-Casanova): “Cuando el individuo pierde su capacidad para resolver sus problemas y tomar decisiones propias. El contemplar el problema desde esta perspectiva, se da también en las circunstancias de ‘incapacitación legal’ en cuya definición se encuentra implícita la del concepto de autonomía intelectual”. El

artículo 200 del Código Civil dice: “Son causas de incapacidad las enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico que impidan a la persona gobernarse por sí misma”. Si bien en esta definición se incluyen también las deficiencias físicas, es más por motivos formales, ya que en la práctica la incapacidad se da sólo en casos en los que existen deficiencias psíquicas. Al contrario que en las definiciones de dependencia, que hacían referencia a la necesidad de ser ayudado, en este caso se hace referencia a la capacidad intelectual de gobernarse. La necesidad de ser ayudado por otra persona, aun siendo muy intensa esta ayuda, no es motivo suficiente para ser considerado legalmente incapaz, deben existir problemas mentales que anulen la capacidad de decisión. O en otras palabras, la dependencia por sí sola no es motivo de incapacidad, debe existir una pérdida de autonomía intelectual. *El concepto legal de incapacidad no sería equiparable al de dependencia, sin embargo, sí lo sería al de pérdida de autonomía intelectual.*

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud. (ed. esp.). Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, IMSERSO, 2001.
2. Querejeta González M. Discapacidad/Dependencia: Unificación de criterios de valoración y clasificación. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, IMSERSO, 2004.
3. CSIC. Las personas mayores en España. Informe 2002.
4. OMS-CIF. Disponible en: <http://www3.who.int/icf/icftemplate.cfm>
5. Le Gall M, Ruet JL. Evaluation et analyse de l'autonomie. Encycl Med Chir. Paris: Elsevier, 1996.

Correspondencia:

M. Querejeta González
Unidad de Valoración de Personas con Discapacidad
Pº de Zarategi, 99. Ed. Txara 2
20015 San Sebastián