



Instrumentos comunes de diagnóstico social y valoración de la exclusión

Aportaciones presentadas tras las jornadas de presentación de los modelos (junio - noviembre de 2011).

5ª parte: ámbito de la salud

Personas o entidades que han presentado las aportaciones:

Participantes en las jornadas: 1, 10, 13 y 15

Diputación Foral de Araba: 2

Diputación Foral de Bizkaia: 3, 6, 7, 9, 11, 12, 14, 17, 18, 20, 21, 22 y 23

ALDARTE: 4, 5, y 8

ELKARTEAN: 16 y 19

1. Participantes en las jornadas / Dirección de Servicios Sociales

Ámbito Vital: SOCIO SANITARIO

Cambiar la denominación del área vital: factor o área vital salud, incluso que puede considerarse como una parte del factor personal.

Se preguntan desde TS salud, por qué se denomina socio – sanitario. Se considera que las dimensiones están vinculadas a la salud y no a eso que ahora está tan en boga, que es el espacio socio sanitario, pero que en el caso que nos ocupa resulta que lo "socio" está en otros ámbitos vitales o factores.

Se incorpora y se modifica.

2. Diputación Foral de Araba

Dimensión 13-: Estado de salud.

Añadir antecedentes familiares de enfermedad mental y/o abuso de sustancias.

Ese tipo de problemas ya se contemplan en el ámbito convivencial, desde otro punto de vista. En este apartado nos interesa la salud de la persona objeto de diagnóstico o valoración. Caso de que el servicio de atención especializada precise más información al respecto, se trataría de añadirla cuando la persona esté siendo atendida, no en la fase de diagnóstico social previo.

3. Diputación Foral de Bizkaia

Indicador 13.1.- Situación actual del estado de salud

No es necesario poner dentro de la parte de "No presenta alteraciones ni afecciones en su situación de salud" los apartados "enfermedad física crónica aguda", etc. A no ser que se utilice para diferenciar las diferentes áreas.

Duda: ¿Puede tener la persona dificultades en distintos niveles? Ejemplo: no enfermedad física aguda, dificultades mentales que afecten al desarrollo de la vida cotidiana y problemas de salud, deterioro del bienestar físico, psíquico, emocional y por abuso de alcohol?

En salud física no se especifica ni se diferencian los problemas: discapacidad, enfermedades infecto-contagiosas, etc. Por ello proponemos añadir otra dimensión, que sería la dimensión salud física, con los mismos indicadores que la dimensión 14 de salud mental.

Se considera y se modifica la redacción del indicador:

Indicador 13.1.- Situación actual del estado de salud.

- No presenta dificultades en su Situación de Salud que afecten al desarrollo de la vida cotidiana.
- Presenta dificultades en su Situación de Salud, que afectan el desarrollo de la vida cotidiana.
 - Enfermedad física crónica, aguda.
 - Enfermedad mental crónica, aguda.
 - Abuso de alcohol y drogas
 - Discapacidad.
- Problemas en su Situación de Salud, que determinan el desarrollo de la vida cotidiana.

- Enfermedad física crónica, aguda.
- Enfermedad mental crónica, aguda.
- Abuso de alcohol y drogas
- Discapacidad.

4. ALDARTE

Indicador 13.1.- Situación actual del estado de salud
Incluir en los dos últimos supuestos este punto Circunstancias especiales: homofobia interiorizada, transexualidad,...

El objeto de este indicador es aportar una información general; por tanto, no es preciso indicar el tipo de problema concreto que la persona tiene.

La información específica relativa a cuestiones de identidad sexual, o cualquier otra situación que pueda suponer un problema de salud —física o mental— para la persona, podrá matizarse en otros indicadores. Además, será objeto de atención por parte del personal de los servicios sanitarios especializados.

5. ALDARTE

Indicador 13.1.- Situación actual del estado de salud
Incluir en el supuesto de "precisa seguimiento: mantiene contacto/seguimiento con: este punto Unidad de Género de Cruces"

No se incorpora, al igual que no se hace con el resto del catálogo de servicios de Osakidetza; se mencionan servicios sanitarios generales.

6. Diputación Foral de Bizkaia

Indicador 13.3.- Tratamiento
No entendemos lo que significa "supervisión" a la hora de diferenciar el ítem 2 y 3. ¿Se refiere al seguimiento de la pauta médica, o de las citas?

Se refiere a ambos temas. La diferencia es si la persona puede seguir el tratamiento por sí misma, o precisa la ayuda de alguna persona, sea familiar o profesional.

7. Diputación Foral de Bizkaia

Dudas:

- o Si tiene diagnóstico y tratamiento pero no está compensado, ¿dónde lo marcaríamos?
- o Hace falta un ítem para indicar que "no presenta patología" a menos que marcar el 13.1 como "sin problemas" sirva para explicarlo.

La versión actual recoge esta información en el indicador 13.B.1. La primera opción del indicador es para casos en que no hay trastorno psiquiátrico y, si lo hubiera, estaría compensado.

Por otra parte, en la información general del principio de este ámbito, la versión actual ofrece los indicadores 13.3 y 13.3.a, que permiten indicar, por separado, la necesidad de

un tratamiento, y si el mismo se sigue. Por seguir el ejemplo, en el primero podríamos indicar que requiere tratamiento continuado y, en el siguiente, que no es constante.

En el segundo caso, sería suficiente con indicar que no precisa tratamiento continuado en ambas opciones.

8. ALDARTE

Indicador 14.1.- Patología o trastorno mental que requiere tratamiento psiquiátrico
OJO EN EL APARTADO DE PATOLOGÍA O TRASTORNO MENTAL!!! EL DSM IV ESTÁ A PUNTO DE SER CAMBIADO POR EL DSM V.
Este punto es problemático debido a toda la pelea internacional que hay para que sea retirada la transexualidad como trastorno mental. Desde ALDARTE se recomienda que se utilice el epígrafe "Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica" para conflictos intrapsíquicos derivados de una homofobia internalizada o de la transexualidad.

A pesar de haber utilizado la clasificación actual, en el anexo 1 de este documento hemos recogido algunas de las críticas que han recibido ambas versiones del DSM, por si fueran de interés.

Aunque dicha clasificación ya incluye la opción "Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica", añadiremos otro, tal y como se sugiere, aunque no sea una terminología aceptada en todos los ámbitos. La mayoría de personas usuarias de este modelo serán personal de servicios sociales no especializados ni en salud mental, ni en la problemática específica del colectivo interesado; con lo cual, no consideramos imprescindible mantener inamovible la clasificación oficialmente aceptada en el ámbito sanitario. No obstante, si el caso se derivara a un servicio especializado, ellos también podrían optar por la versión oficial o la alternativa.

9. Diputación Foral de Bizkaia

Indicador 14.2.- Manifestaciones de Gravedad
Quedan poco claros los criterios para poder delimitar el grado de gravedad. Es necesaria una mayor concreción en la definición y los criterios.

Dicha concreción es precisa en un diagnóstico psiquiátrico. No olvidemos que estamos trabajando en un modelo de diagnóstico social; el cual, debe ser totalmente independiente o, caso de ser pertinente la derivación, previo al psiquiátrico.

10. Participantes en las jornadas / Dirección de Servicios Sociales

Sub indicadores de indicador 14.3.- antecedentes de ingresos y tratamiento psiquiátricos.
Eliminar la puntuación – ponderación (en tres zonas: inclusión, vulnerabilidad, exclusión) de los indicadores referidos a lo que ha ocurrido en el pasado, en el caso de este ámbito vital: se propone eliminar esa ponderación argumentando que no se está valorando, enjuiciando técnicamente el pasado de esa persona sino que se está valorando su actual situación social.

Se elimina la puntuación. Únicamente se utilizará a título informativo.
Ha cambiado la numeración de los indicadores, ahora son 13.B.2 y 13.B.3.

11. Diputación Foral de Bizkaia

Indicador 15.1.- Drogodependencias / adicciones

Si no se especifican los tipos de droga que consume, no hay que hacer una distinción entre OH y drogas.

ABUSO no tiene por qué ser peor que una adicción. Son dos cosas diferentes. La clasificación debe ser:

uso / abuso / dependencia.

Puede haber dependencia sin consumo activo (último mes).

No aparecen las adicciones sin sustancias (ludopatía).

Se tiene en cuenta y se modifica la redacción. En la primera opción se podrá matizar si no se consume en absoluto, o se hace un uso que, en el momento de la valoración, no supone problema alguno.

En cuanto a la ludopatía, debe considerarse incluida en el término "adicción", en la línea de no especificar el tipo de droga concreto. El tratamiento específico que cada problema requiera supera el ámbito del diagnóstico social.

12. Diputación Foral de Bizkaia

Indicador 15.2.- Historia de Drogodependencias / adicciones

La palabra "hábito" en el ítem 2 y 3 da lugar a error. Se puede tener hábito sin abuso ni dependencia. Proponemos sustituirla por la palabra "problema".

Se considera y modifica la redacción.

13. Participantes en las jornadas / Dirección de Servicios Sociales

Indicador 15.2.- Historia de Drogodependencias / adicciones

Eliminar la Puntuación – Ponderación (en tres zonas: Inclusión, Vulnerabilidad, Exclusión) de los Indicadores referidos a lo que ha ocurrido en el pasado, en el caso de este ámbito vital: se propone eliminar esa ponderación argumentando que no se está valorando, enjuiciando técnicamente el pasado de esa persona sino que se está VALORANDO SU ACTUAL SITUACIÓN SOCIAL.

También se elimina la puntuación y se utilizará sólo a título informativo. Ha cambiado la numeración del indicador, ahora es 13.C.2.

14. Diputación Foral de Bizkaia

Indicador 15.3.- Historia de tratamientos de deshabituación

Consideramos que si ha realizado o no tratamiento de deshabituación y el éxito de dicho tratamiento, no tanto si ha estado en comunidad terapéutica, u otro recurso.

En el primer ítem añadiríamos si ha mantenido la abstinencia al menos un año.

Si está haciendo el primer tratamiento, ¿cómo se indica?

No deberíamos tener peor puntuación una persona que no ha hecho ningún tratamiento, que otra que ha fracasado varias veces. Su problema podría ser reciente, y por esto no ha hecho ningún tratamiento.

Número actual del indicador: 13.C.3.

Se han tenido en cuenta las dudas y sugerencias, y se amplía la información que ofrecen las dos primeras opciones en un segundo nivel.

En cuanto a la puntuación, debemos aclarar que este indicador es informativo, no se puntuará para la valoración de la exclusión.

15.Participantes en las jornadas / Dirección de Servicios Sociales

Indicador 15.3.- Historia de tratamientos de deshabitación
Eliminar la puntuación – ponderación (en tres zonas: inclusión, vulnerabilidad, exclusión) de los indicadores referidos a lo que ha ocurrido en el pasado, en el caso de este ámbito vital: se propone eliminar esa ponderación argumentando que no se está valorando, enjuiciando técnicamente el pasado de esa persona sino que se está valorando su actual situación social.

También se elimina la puntuación y se utilizará sólo a título informativo.
Ha cambiado la numeración del indicador, ahora es 13.C.3.

16.ELKARTEAN

Dimensión 16.
Se sugiere, al igual que se realiza en el apartado Patología o Trastorno Mental, incluir la clasificación de la CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud)

No es objeto del diagnóstico social hacer una valoración de la discapacidad, sino tener presente la que haya realizado el organismo competente. Por eso, podremos cumplimentar los apartados referidos a dicha valoración, o indicar que no se ha reconocido o determinado. De hecho, se ha modificado la versión anterior para completar la información (ver la siguiente aportación y el anexo 2).

En el caso de la salud mental, se plantea si existen indicios o comportamientos que hagan pensar que la persona objeto de atención padece algún trastorno; en ningún caso se hace un diagnóstico o valoración psiquiátrica.

17.Diputación Foral de Bizkaia

Indicador 16.1.- Discapacidad
Incluiríamos el grado de discapacidad:

- o De 33% a 64%
- o Entre 65% y 74%
- o Entre 75% y 100%

Aunque el modelo inicial tenía en cuenta la clasificación internacional y el Real Decreto 1971/1999 (por si fuera de interés, se recoge parte de su contenido en el anexo 2 de este documento), se acepta la propuesta pues, amén de simplificar la cumplimentación del indicador, respeta lo previsto en el artículo 1.2 de la Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de Igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad. Según dicho artículo, tendrán la consideración de personas con

discapacidad aquéllas a quienes se les haya reconocido un grado de minusvalía igual o superior al 33 por ciento

La versión simplificada del indicador quedará como sigue:

14.1 – Situación de discapacidad

1. Persona sin discapacidad o sin disminución significativa (hasta 32%)
2. Presenta dificultades derivadas de la discapacidad (de 33% a 64%)
 - o Física
 - o Sensorial
 - o Psíquica
 - o Intelectual o mental
3. Presenta graves problemas derivados de la discapacidad (valorada tanto en el tramo de 65% a 74%, como de 75% a 100%)
 - o Física
 - o Sensorial
 - o Psíquica
 - o Intelectual o mental

18. Diputación Foral de Bizkaia

Lo incluiríamos dentro del indicador 16.4.2 porque sólo podemos marcar grado y nivel de dependencia si está reconocida. Y este es el sitio en el que aparece su reconocimiento.

Propuesta: añadiríamos un nuevo indicador de Incapacidad laboral:

- o Incapacidad laboral temporal de larga duración
- o Incapacidad laboral total
- o Incapacidad laboral absoluta
- o Gran invalidez

Dependencia se incluye en el indicador 15.2.

Incapacidad laboral en el 14.2.

19. ELKARTEAN

Indicador 16.3. -Dependencia, Atención a 3ª Persona
Sustituir el apartado por el de actividades y participación de la CIF

En la respuesta a la aportación número 16 hemos hecho una aclaración similar, no se trata de hacer una valoración de la discapacidad, sino de hacer un diagnóstico social, el cual incluirá información relativa a dicha valoración.

La clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y la salud (CIF) incluye una gran cantidad de información que es precisa para valorar la discapacidad, pero excesiva para un diagnóstico social. En consecuencia, en este indicador se ofrece una lista de actividades básicas que servirán para matizar la información en los casos en que ya tengamos la citada valoración o, caso de no tenerla, nos ofrezcan una información básica relativa a la autonomía de la persona.

20. Diputación Foral de Bizkaia

Indicador 16.4.- Titularidad y ejercicio de derechos
Añadiríamos un tercer sub-indicador 16.4.3 Titularidad de derechos de la situación de incapacidad laboral. Con los ítems de los otros sub-indicadores.

Se entiende que se trata de una prestación de la seguridad social, con lo cual, se debería marcar en el indicador preparado al efecto en el ámbito económico (T.2).

El tipo de incapacidad laboral se recoge en el 14.2.

21. Diputación Foral de Bizkaia

Sub Indicador 16.4.1.- Titularidad de derechos de la condición de persona discapacitada (33% o + grados de discapacidad)
En todos los sub-indicadores (16.4.1 y 16.4.2 y 16.4.3) se añadiría el ítem de "en trámite de revisión del grado".

Se incluye esa posibilidad en la segunda opción del indicador T.17. La versión actual indica lo siguiente:

Situación provisional de reconocimiento de discapacidad:

- Trámite de reconocimiento, sin beneficiarse de derechos.
- Trámite de revisión.

22. Diputación Foral de Bizkaia

Sub Indicador 16.4.2.- Titularidad de derechos de la situación de dependencia
En todos los sub-indicadores (16.4.1 y 16.4.2 y 16.4.3) se añadiría el ítem de "en trámite de revisión del grado".

Se incluye en el mismo sentido en el indicador T.18

23. Diputación Foral de Bizkaia

Sub Indicador del Indicador 16.4.- Titularidad y ejercicio de derechos
En todos los sub-indicadores (16.4.1 y 16.4.2 y 16.4.3) se añadiría el ítem de "en trámite de revisión del grado".

Ver respuesta a la aportación número 20.

Anexo 1: DSM

La quinta versión del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, o DSM V, no aparecerá antes del 2013, pero su proyecto ha sido puesto en marcha y su borrador ha salido a la luz pública. No obstante, está recibiendo múltiples críticas.

Como ejemplo, a continuación resumimos un artículo de Allen Frances MD (Jefe de Grupo de Tareas del DSM-IV) traducido por Gabriel Vulpara (versión revisada y corregida por Juan Pundik) sobre algunas de las peores sugerencias del DSM V:

1. Pobre e inconsistente redacción; eliminación del sistema multiaxial; valoraciones dimensionales; puntuaciones de severidad manufacturados para cada trastorno; mediciones en síntomas cruzados y puntuaciones dimensionales para personalidad.
2. Tasas más altas de trastornos mentales.

El DSM-V podría dramáticamente incrementar las tasas de trastornos mentales. Esto aparece de dos maneras: nuevos diagnósticos que podrían ser extremadamente comunes en la población general y umbrales diagnósticos más bajos para muchos desórdenes existentes.

El DSM V podría crear decenas de millones de nuevos mal identificados pacientes "falsos positivos", incluyendo muchas variantes normales bajo la rúbrica de enfermedad mental, con el resultado de que el concepto central de "trastorno mental" resulta enormemente indeterminado.

3. Consecuencias imprevistas:

Una tercera debilidad generalizada en las opciones del DSM-V es su insensibilidad al posible mal uso como parámetro forenses (por ejemplo, la expansión de pedofilia para incluir la atracción hacia adolescentes).

4. Nuevos diagnósticos problemáticos:

El SÍNDROME DE RIESGO DE PSICOSIS es ciertamente la más preocupante de las sugerencias hechas para el DSM- V. La tasa de falsos positivos sería alarmante, del 70 al 75% en la mayoría de los estudios más cuidadosos. Cientos de miles de adolescentes y jóvenes adultos recibirían una prescripción de antipsicóticos atípicos. El intento de identificación temprana y tratamiento de individuos en riesgo es bien intencionado, pero peligrosamente prematuro. Debemos esperar hasta que haya un test de diagnóstico específico y un tratamiento seguro.

El TRASTORNO MIXTO ANSIOSO-DEPRESIVO toca síntomas no específicos que están ampliamente distribuidos en la población general y podría convertirse inmediatamente en uno de los más comunes de los desórdenes mentales en el DSM-V, psiquiatrizando reacciones normales a la vida por las que todos hemos pasado.

El TRASTORNO COGNITIVO MENOR está definido por síntomas inespecíficos de desempeño cognitivo reducido, que son muy comunes (quizás hasta ubicuos) en personas de más de 50 años.

TRASTORNO DE ATRACONES tendrá en la población general una tasa (estimada de 6%) y ésta probablemente será mucho más alta cuando el diagnóstico se haga popular y sea hecho en los esquemas de atención primaria. Las decenas de millones de personas que

se dan estos atracones una vez a la semana durante 3 meses podrían, de pronto, tener un "trastorno mental", sujetándolos al estigma y a medicaciones de dudosa eficacia.

El TRASTORNO DISFUNCIONAL DEL CARÁCTER CON DISFORIA es una de las más peligrosas y pobremente concebidas sugerencias para el DSM-V y una mal orientada psiquiatrización de los exabruptos del carácter o la popularmente conocida "mala leche".

El TRASTORNO COERCITIVO PARAFÍLICO expandiría el cúmulo de delincuentes sexuales susceptibles de castigo civil indefinido por tener un "trastorno mental" que incluye casos de coerción sexual. . El diagnóstico está inevitablemente basado sólo en el comportamiento de la persona, llevando a una potencialmente alarmante tasa de falsos positivos, con subsecuente castigo erróneo indefinido.

El TRASTORNO DE HIPERSEXUALIDAD será un regalo para los buscadores de excusas en los falsos positivos y un potencial desastre forense. Otro claro punto de partida erróneo.

La categoría de ADICCIONES CONDUCTUALES sería incluida en la sección de adicciones a sustancias y podría cobrar vida con un trastorno de JUEGO PATOLÓGICO (transferido de la sección de trastornos del control de los impulsos). Esto proveería de una cuesta resbaladiza hacia la inclusión por la puerta de atrás de una variedad de estúpidos y potencialmente dañinos diagnósticos (por ej.: "adicciones" a comprar, al sexo, al trabajo, a la tarjeta de crédito y su deuda, a los videojuegos, etc., etc.) bajo la amplia rúbrica de "adicciones conductuales no especificadas de otro modo" . El constructo "adicciones conductuales" representa una psiquiatrización de las elecciones de vida, provee una excusa dispuesta para descargar la responsabilidad personal, y fácilmente sería utilizada erróneamente en esquemas forenses.

TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN CON O SIN HIPERACTIVIDAD. Las definiciones del DSM-IV cambian, contribuyendo a aumentar las tasas de TDAH, acompañado de un generalizado abuso de medicaciones estimulantes para la mejora del desempeño y la emergencia de un gran mercado secundario ilegal. Hay cuatro sugerencias para el DSM-V que empeorarían este existente sobrediagnóstico:

- o El primer cambio es el de elevar la edad requerida de comienzo de 7 a 12 (13)
- o El segundo es permitir el diagnóstico basado sólo en la presencia de síntomas, no requiriendo discapacidad.
- o El tercero es reducir a la mitad el número de síntomas requeridos para adultos.
- o El cuarto cambio es permitir el diagnóstico de TDAH en presencia de autismo. Esto podría crear la interacción de dos falsas epidemias, impulsando el uso aumentado de estimulantes en una población especialmente vulnerable.

TRASTORNO DE ADICCIÓN. El DSM-V propone eliminar la distinción entre abuso de sustancia y dependencia de sustancia, bajando el umbral para diagnosticar la nueva categoría de "adicción" que introduciría para reemplazar a ambos. Esta confusión del abuso episódico con el uso compulsivo continuo conduce a perder valiosa información clínica sobre sus muy diferentes tratamientos y sus implicaciones pronósticas. También parece innecesariamente estigmatizante llevando erróneamente a etiquetar con la dura palabra adicción a aquellos cuyo problema está restringido al uso intermitente de sustancias.

TRASTORNO DE ESPECTRO DE AUTISMO El desorden de Asperger colapsaría en esta nueva categoría unificada. Aquellos con Asperger (que es mucho menos invalidante) serán estigmatizados por su asociación con el desorden autista clásico. Aún más, en la práctica usual diaria conducida por no-expertos, el concepto de espectro alimentará fácilmente la "epidemia" del pobremente definido autismo que ya ha sido disparada por la introducción del Asperger en el DSM-IV .

MEDICALIZACIÓN DEL DUELO NORMAL. El DSM-V inutilizaría los 30 años de práctica de diagnóstico de Depresión Mayor, al ser efectuado en aquellos individuos cuya reacción al duelo sintomáticamente recuerda un Episodio Depresivo Mayor (por ej.: dos semanas de ánimo depresivo, pérdida de interés en actividades, insomnio, pérdida de apetito, y problemas en concentrarse inmediatamente posteriores a la pérdida del cónyuge, serán un trastorno mental). Esto es un sorprendente y radical cambio que podría ayudar a algunos individuos, pero causará un enorme problema de falsos positivos, especialmente desde que hay mucha variabilidad individual y cultural en sobrellevarlo. Por supuesto, el duelo se transforma en un blanco extremadamente apetecible para.. ya sabemos quién.

La PEDOHEBEFILIA es uno de los esquemas de criterios sugeridos más pobremente descriptos e inviables. Expandir la definición de pedofilia para incluir púberes medicalizaría el comportamiento criminal y posteriormente llevaría al previamente descrito abuso de la psiquiatría por el sistema legal. Ciertamente, el sexo con víctimas menores debería impactar como una materia importante de políticas públicas, pero esto debería acompañarse de un estatuto legal y penas apropiadas, no mediante un hágase de ello un trastorno mental.”

Anexo 2: Situación de discapacidad

Según el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre se establecen cinco grados de discapacidad:

Grado 1. Discapacidad nula: los síntomas, signos o las secuelas que existen no suponen para el sujeto que las padece ningún impedimento para realizar las AVD.

Grado 2. Discapacidad leve: los síntomas, signos y secuelas sí limitan un poco el desarrollo normal de las AVD pero no impiden su realización.

Grado 3. Discapacidad moderada: los síntomas, signos y secuelas suponen un impedimento importante para el sujeto a la hora de llevar a cabo las AVD, pero puede realizar- las actividades de autocuidado.

Grado 4. Discapacidad grave: los síntomas, signos y secuelas suponen una limitación muy importante así como la imposibilidad de llevar a cabo las AVD, llegando incluso a afectar las actividades de autocuidado.

Grado 5. Discapacidad muy grave: los síntomas, signos y secuelas imposibilitan al sujeto para la realización de las AVD.

Cada uno de estos grados de discapacidad debe de ser expresado posteriormente en términos de porcentaje. Los porcentajes de discapacidad se corresponden a su vez con los criterios que se establecen en cinco clases:

Clase I: se recogen las deficiencias de tipo permanente, pero que no producen discapacidad. Se corresponde pues con el grado 1. La clasificación de esta clase es del 0 por 100.

Clase II: Incluye las permanentes que originan una discapacidad leve. Le corresponde un porcentaje que puede variar entre el 1 por 100 y el 24 por 100.

Clase III: Incluyen las deficiencias permanentes que ocasionan una discapacidad moderada. Aquí la oscilación porcentual va desde el 25 por 100 al 49 por 100.

Clase IV: Incluyen las deficiencias permanentes que originan una discapacidad grave. El porcentaje oscila entre el 50 por 100 hasta el 70 por 100.

Clase V: Incluye las deficiencias permanentes que originan una discapacidad muy grave. Aquí, como hemos visto el sujeto afectado no puede realizar por si solo las AVD sino que necesita de la ayuda de otra persona para poder llevarlas a cabo, por lo que aquí se establece un porcentaje del 75 por 100.