

VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en
Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos
Aires, Buenos Aires, 2014.

Rehabilitación en salud mental: aportes de la CIF (Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud -OMS).

Luchetta, Javier Federico.

Cita:

Luchetta, Javier Federico (2014). *Rehabilitación en salud mental: aportes de la CIF (Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud -OMS)*. VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-035/246>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ecXM/ANV>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

REHABILITACIÓN EN SALUD MENTAL: APORTES DE LA CIF (CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO, DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD -OMS)

Luchetta, Javier Federico

Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires

RESUMEN

La discapacidad constituye un elemento central en la evolución de las enfermedades crónicas, en especial, las mentales. Los profesionales de la salud mental contamos con criterios formativos y personales aptos para realizar la valoración y el tratamiento, no sólo de la enfermedad, sino también de la discapacidad que puede implicar y que resulta de suma importancia en el caso de los trastornos mentales. La nueva Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la discapacidad y de la salud de la OMS (CIF), surge como una herramienta teórico - metodológica de utilidad en la evaluación del funcionamiento y la discapacidad en las personas con enfermedades mentales. Es por eso que puede ser un punto de partida relevante para los procesos de rehabilitación psicosocial.

Palabras clave

CIF, Discapacidad, Rehabilitación, Salud Mental

ABSTRACT

REHABILITATION IN MENTAL HEALTH: CONTRIBUTIONS OF CIF (INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH-WHO)

Disability is a central element in the development of, in particular, chronic mental illness. The mental health professionals we have personal training and suitable criteria for assessment and treatment, not only the disease but also of disability which may mean that it is extremely important in the case of mental disorders. The new International Classification of Functioning, Disability and Health of WHO (CIF), emerges as a theoretical tool -. Methodological useful in evaluating the performance and disability in people with mental illnesses is why you can be a relevant starting point for the process of psychosocial rehabilitation.

Key words

ICF, Disability, Rehabilitation, Mental Health

INTRODUCCIÓN

El modelo médico tradicional se ha centrado, de manera esencial, en la curación de la enfermedad. El cuidado de los pacientes con enfermedad crónica no curable de forma íntegra ha sido derivado en muchas ocasiones a redes asistenciales paralelas, con una fuerte presencia del componente social y, en los últimos años, ha favorecido el surgimiento de un nuevo espacio administrativo-asistencial, llamado sociosanitario. Sin embargo, durante los últimos años, en la mayoría de las especialidades médicas surge un creciente interés por aspectos relacionados con las consecuencias de las enfermedades que tratamos de curar; no solamente en su aspecto sanitario, sino también en sus derivaciones sociales (p. ej.: personales, familiares, laborales, etc.). El campo de la Salud Mental ha visto afianzar su actuación, desde hace muchos años, en un enfoque eminentemente psicosocial, comunitario e integrador, en el que se trata, no tanto de curar, como de paliar consecuencias devastadoras de enfermedades graves, en las que a veces el estigma se hace más demoledor que el propio trastorno.

EL MODELO LINEAL DE DISCAPACIDAD (CIDDM, 1980)

El modelo de discapacidad con el que nos hemos familiarizado tanto los profesionales, como los organismos públicos y los propios pacientes y sus familias, ha sido el propugnado por la Organización Mundial de la Salud a partir de la publicación en el año 1980 de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM).

Tal clasificación permitió, en su momento, un avance significativo en la conceptualización de la discapacidad y consiguió poner en marcha bajo sus postulados, en las sociedades industrializadas, los planes modernos de protección social pública a la discapacidad vigentes hasta la actualidad.

El modelo de la CIDDM se caracteriza por su determinación lineal del fenómeno descripto, en el que una deficiencia (déficit o alteración funcional o estructural producido por una enfermedad o proceso malformativo) genera una discapacidad (o deterioro en la realización de actividades) y esta discapacidad, al interactuar con el ambiente social, produce una minusvalía (o restricción en la participación social debido a elementos contextuales que son barreras para la persona con discapacidad).

EL MODELO DE LA CIF: "FUNCIONAMIENTO Y CAPACIDADES EN CONTEXTO"

El avance producido tanto en el diagnóstico como en la terapéutica de un gran número de trastornos como síndromes empujó a revisar concepciones y clasificaciones en discapacidad. En el año 1993, la OMS comenzó a realizar diversos estudios de campo, con vistas

a la edición de una nueva clasificación que sustituyese a la del año 1980. Esta nueva clasificación con el nombre de Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF) fue aprobada por la 54 Asamblea Mundial de la Salud en Mayo 2001 a través de la Resolución WHW 54.21.

Son numerosos los cambios de concepto que la clasificación ha sufrido desde su primera edición. Así, en la CIF, el término Funcionamiento se incluye como término neutro y término paraguas que abarca: Función Corporal, Actividad y Participación, mientras que el término Discapacidad aparece en el título abarcando tanto Deficiencias, como limitaciones en la Actividad (discapacidad del antiguo modelo) y restricciones en la Participación (minusvalía de la CIDDM).

La incorporación del término de Salud se propone en el título dada la necesidad de enfatizar el hecho de que la CIF se concibe dentro de un marco conceptual que evalúa salud y estados de salud.

De esta manera, la CIF no pretende clasificar a las personas, sino ofrecer perfiles de funcionamiento y discapacidad determinados por objetivos concretos de interés.

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud, forma parte de la Familia de Clasificaciones de la OMS. Si en el caso de la CIDDM, su papel era secundario a la Clasificación Internacional de Enfermedades, actualmente, la Organización Mundial de la Salud considera a la CIF al mismo nivel de la CIE 10, de la que resulta totalmente complementaria.

Esta complementariedad supone, en parte, que la CIF haya pasado de ser una Clasificación de las Consecuencias de las Enfermedades (versión 1980) a ser una Clasificación de los Componentes de la Salud.

Abarca todos los aspectos de la salud y otros aspectos relevantes relacionados con el Bienestar que son descritos como Dominios de Salud y Dominios relacionados con la Salud.

Algunos nuevos aspectos conceptuales a considerar en la CIF se relacionan con distintas cuestiones taxonómicas y terminológicas: Funcionamiento: se trata de un término global que incluye funciones corporales, estructuras corporales, actividades y participación. Indica los aspectos positivos de la interacción entre el individuo (con una «condición de salud») y sus factores contextuales (factores ambientales y personales).

Discapacidad y minusvalía: durante el proceso de revisión de la CIDDM, y en línea con los cambios sostenidos, se abandonó el término minusvalía. En cambio se mantuvo el término «discapacidad», aunque utilizándolo como término genérico para las tres perspectivas: corporal, individual y social. Por lo tanto discapacidad persiste en la CIF como término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una «condición de salud») y sus factores contextuales (ambientales y personales).

Deficiencia: es la anormalidad o pérdida de una estructura corporal o de una función fisiológica. Las funciones fisiológicas incluyen las funciones mentales. Con «anormalidad» se hace referencia estrictamente a una desviación significativa respecto a la norma estadística establecida y sólo debe usarse en este sentido.

Actividad: es la realización de una tarea o acción por una persona. Representa la perspectiva del individuo respecto al funcionamiento. Por su parte, limitaciones en la actividad son las dificultades que un individuo pueda tener para realizar actividades.

Participación: es la implicación de la persona en una situación vital. Está determinada mediante esta categoría la perspectiva de la sociedad respecto al funcionamiento. Restricciones en la participa-

ción son los problemas que puede experimentar un individuo para implicarse en situaciones vitales. La presencia de una restricción en la participación viene determinada por la comparación de la participación de esa persona con la participación esperable de una persona sin discapacidad en esa cultura o sociedad.

Factores contextuales: son los factores que constituyen, conjuntamente, el contexto completo de la vida de un individuo y, en concreto, el trasfondo sobre el que se clasifican los estados de salud en la CIF. Los factores contextuales tienen dos componentes: Factores personales y factores ambientales.

CONTRIBUCIONES DE LA CIF EN EL ABORDAJE DE LA REHABILITACIÓN EN SALUD MENTAL

La complementariedad del concepto de funcionamiento y discapacidad desarrollado por la CIF y el de rehabilitación, es prácticamente completa, de forma que esta Clasificación es un marco óptimo para la evaluación de estas áreas en Salud Mental.

Algunos de los componentes de la CIF, como es el caso de los de «estructura» y «función», no suponen un aporte con demasiado interés al campo de la rehabilitación psicosocial, debido, fundamentalmente, al desconocimiento científico que de estas áreas existe aún en el área de la salud mental.

Sin embargo, componentes como los de «actividades/participación» o la Parte II de «factores contextuales», son de una relevancia importantísima para nuestro campo de actuación.

EL ABORDAJE CENTRADO EN LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

Existen varios pasos que se incluyen de forma inexorable en el proceso de rehabilitación en aquellas personas con trastornos mentales graves, a consecuencia de los cuales mantienen distintos niveles de discapacidad y restricciones en la participación social que les excluyen del disfrute de una vida normalizada. Entre estos apartados, exponemos como fundamentales los siguientes:

- Evaluación funcional incluyendo expectativas e intereses del enfermo y su familia. Siguiendo el modelo sobre funcionamiento y discapacidad planteado por la CIF, podemos considerar como actividad evaluativa fundamental el establecer aquellas áreas de funcionamiento conservado o en los que podemos basarnos para conseguir la rehabilitación de los aspectos en los que el sujeto sufre mayor discapacidad. En el área de la rehabilitación psicosocial, el papel del sujeto en interacción con su familia es fundamental. El primero, debe ser promovido como sujeto activo de su propia rehabilitación, de forma que los procesos más exitosos son aquellos que incluyen o tratan de incluir los deseos del sujeto, de forma que sea él quien escoja entre distintas alternativas, quien señale de forma consensuada el paso de su proceso individualizado, tratando así de que se encuentre estimulado y comprometido con su propio tratamiento. Otra área fundamental es la familiar; la actitud de la familia se mueve desde los extremos de la sobreprotección al desinterés en toda una gama de actitudes acerca del camino terapéutico iniciado por su familiar. En un modelo rehabilitador ecológico en el que el mayor problema es la generalización de los hábitos entrenados por los profesionales, los familiares desempeñan un rol de «coterapeutas» idóneos y de su ayuda, apoyo y estímulo al sujeto depende un gran porcentaje del éxito del proceso. Sin este apoyo activo, las técnicas rehabilitadoras pueden estar prácticamente abocadas al fracaso.

- Planificación grupal e individual de objetivos y programas de rehabilitación. Consideramos que la rehabilitación en un entorno grupal tiene ventajas al facilitar la comparación con el compañero, la interacción social y la economía de medios, y debe ser complementada con una planificación centrada en las características singula-

res de cada paciente. Debemos centrar aquí nuestros esfuerzos en conseguir la mayor homogeneidad posible en cuanto a necesidades individuales y respuestas terapéuticas a las mismas, con grupos de composición limitada y de abordajes similares.

- Ejecución de programas propuestos. Los programas propuestos en el campo de la rehabilitación no deben responder a un modelo de Centro de día en el que el objetivo fundamental es la estancia indefinida del sujeto y el descanso de la familia. No es asumible ni técnica ni éticamente condenar a personas jóvenes y con potenciales de reinserción e inclusión importantes, al nihilismo terapéutico en este campo. Las técnicas utilizadas, pues, deben de ser modalidades terapéuticas que hayan mostrado su utilidad para conseguir los objetivos deseados.

- Acompañamiento y adaptación dinámica de programas. El proceso de rehabilitación en ningún caso puede ser estático, con objetivos fijos e inmutables. Dentro del necesario enfoque de individualización, se debe de utilizar un abordaje de acompañamiento y tutela en el que las necesidades cambiantes del enfermo necesariamente se sigan de cambios en el proceso terapéutico que se adapten a las modificaciones de la situación personal y clínica del sujeto. Sólo así es posible conseguir una mejoría final del proceso, dado que los objetivos iniciales de rehabilitación, de forma lógica (si conseguimos éxito en nuestro trabajo) van a cambiar paulatina y secuencialmente.

- Evaluación de resultados, calidad y eficacia de programas. Cualquier programa terapéutico que utilicemos hoy en día y más si nos encontramos en las movedizas arenas de las técnicas psicoterapéuticas, debe de ir acompañado obligatoriamente de una evaluación continuada de su eficacia, con medidas de resultado y controles de calidad, al menos básicos. Así, la satisfacción del usuario, de sus familiares y las medidas seriadas de los instrumentos que determinan la eficacia de nuestras intervenciones, resultan imprescindibles para poder mantener la utilidad del abordaje terapéutico utilizado. Los programas de rehabilitación psicosocial deben incluir de forma generalizada, tanto medidas continuadas de eficacia, como protocolos adaptados a objetivos de investigación que nos permitan, en cualquier momento, realizar una evaluación científicamente correcta de nuestras actuaciones y sus resultados. Una vez establecidas de forma individualizada las necesidades y los programas necesarios para su rehabilitación, se desarrolla el procedimiento técnico, como hemos dicho, tanto en grupos pequeños que permitan potenciar la interacción con compañeros y al tiempo respetar las particularidades de cada usuario en cuanto a ritmos de aprendizaje, capacidad de atención, destrezas y grado de motivación, como a nivel individual.

Como conclusiones finales, podemos establecer las siguientes:

- El nuevo modelo de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, se centra en la persona, en sus capacidades y en la función social de complementar las limitaciones del individuo para optimizar su autonomía.

- Tal enfoque acerca del funcionamiento, las capacidades y las limitaciones de los individuos, es primordial en el caso de los que sufren un trastorno mental grave, ya que estas personas precisan, más que cualquier otro enfermo, eliminar el estigma de la minusvalía y la discapacidad, acompañándoles en un verdadero proceso de recapacitación y adaptación de itinerarios personales, sociales y laborales a sus necesidades y deseos.

BIBLIOGRAFIA

Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. IMSERSO, Madrid, 1980.

National Advisory Mental Health Council. Healthcare reform for Americans with severe mental illnesses: Report of the National Advisory Mental Health Council. *Am J Psychiatry*. 1993; 150: 1447-1465.

Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF). IMSERSO. Madrid, 2002.

Grupo Cantabria en discapacidades (GCD). Desarrollo de estrategias e instrumentos para la clasificación y evaluación de discapacidades: un proyecto multicéntrico de la Organización Mundial de la Salud. *Mapfre Medicina*. 2000; 11: 48-63.

Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF): antecedentes, marco conceptual y estructura. *Papeles Médicos, Cantabria*, 2001; 10: 177-184.

La familiar internacional de clasificaciones de la OMS (FIC-OMS): Una nueva visión. *Papeles Médicos, Cantabria*, 2001; 10: 136-143.

La discapacidad: modelos interpretativos y su influencia en el nuevo Sistema de Clasificación de Discapacidades de la Organización Mundial de la Salud (CIDDM-2). *Archivos de Psiquiatría, Madrid*, 2000; 63: 5-20.