

Aplicación de la Clasificación Internacional de la Discapacidad, el Funcionamiento y la Salud (CIF) de la OMS para la evaluación de la discapacidad en pacientes con trastorno mental grave

Application of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) to the disability evaluation in severe mental illness patients

Micaela Moro Ipola¹, Luis Solano Trullenque², Begoña Frades García³, José Salazar Fraile⁴, Josep Pena Garijo⁵ y Mercedes Asuero Lluésma⁶.

¹ Profesora titular Departamento Psicología Básica, Clínica y Psicobiología. Universitat Jaume I, Avda. Sos Baynat s/n, 12071, Castelló de la Plana.

² Terapeuta ocupacional. Hospital La Magdalena. Castellón de la Plana. Cuadra Collet 32 Partida Bovalar, 12004 Castelló de la Plana.

³ Psiquiatra. Jefa de Sección. Área de Salud Mental. Hospital Pare Jofré, C/ Sant Llätzer s/n, 46017, Valencia.

⁴ Psiquiatra. Jefe clínico. Centro de Salud Mental Paterna. Pl. del Clot de Joan s/n, 46980, Paterna (Valencia).

⁵ Psicólogo clínico. Unidad de Salud Mental II. Avda. Dr. Clará, 19, 12002, Castellón de la Plana.

⁶ Enfermera. Centro de Salud Mental Paterna. Pl. del Clot de Joan s/n, 46980, Paterna (Valencia).

Resumen: Estudio descriptivo analítico para comprobar la validez de una batería de evaluación de discapacidad creada a partir de la CIF, en una población con trastorno mental grave. Los programas de rehabilitación para pacientes con trastorno mental requieren un enfoque individualizado centrado en el funcionamiento. Esto precisa instrumentos de evaluación adecuados. En este estudio se ha utilizado la Batería de Evaluación de la Actividad y la Capacidad (BECA), desarrollada a partir de la clasificación CIF de la OMS, para estudiar las características funcionales de pacientes con trastorno mental con el objetivo de obtener evidencias que indiquen si es un instrumento adecuado para complementar la evaluación psicopatológica y social y si es útil para proporcionar información relevante para su tratamiento.

Participantes y método: La muestra clínica estuvo formada por 19 personas, 15 con diagnóstico de esquizofrenia y el resto otros trastornos psicóticos. Eran usuarios de dos servicios de salud mental en la comunidad y, en un caso, en un centro residencial. La muestra de control estaba formada por 19 personas sin discapacidad. Se administraron la batería BECA y la entrevista WHO-DAS de la OMS.



Resultados y conclusiones: la BECA ha mostrado tener capacidad para discriminar entre controles y pacientes con trastorno mental grave, en los aspectos más relacionados con la vida en comunidad (Relaciones interpersonales y Participación social), y en la dimensión de Cognición y Conducta y los factores Comunicación y Tareas y demandas generales). Además, permite diferencia entre pacientes con similares diagnósticos que viven de forma independiente y que requieren asistencia. La BECA supone un acercamiento diferente y complementario a la evaluación de la discapacidad desde el enfoque conceptual de la CIF.

Abstract: Introduction: Rehabilitation programs for patients with mental disorder require an individualized approach requires focusing on functioning. This requires appropriate assessment tools. This study used the Assessment Battery of the Activity and Capacity (BECA), developed from the WHO classification CIF to study the functional characteristics of patients with mental disorder in order to obtain evidence its utility to complement the social and psychopathological assessment and to provide information relevant to their treatment.

Participants and Methods: The clinical sample consisted of 19 people, 15 with diagnosis of schizophrenia and other psychotic disorders the other, attending mental health services in the community and in one case, a residential facility. The control sample consisted of 19 persons without disabilities. The assessment instruments were the BECA and Battery the interview WHO-DAS.

Results and conclusions: The BECA has shown able to discriminate between controls and patients in aspects related to community life (Relationships and social participation) and the dimension of Cognition and Behavior and the factors Communication and General Tasks and Demands). It also allows difference between patients with similar diagnoses who live independently and those who require assistance. In conclusion, the BECA is a different and complementary approach to the assessment of disability under the conceptual approach of the ICF.

Palabras clave: Evaluación de la Discapacidad; Trastornos Mentales; Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud; Esquizofrenia.

Key words: Disability Evaluation; Mental Disorders, International Classification of Functioning, Disability and Health; Schizophrenia.

1. Introducción

La discapacidad está muy asociada a los trastornos mentales tanto desde un aspecto conceptual, ya que es uno de los criterios de cronicidad (1), como desde una vertiente aplicada, por sus repercusiones sanitaria, social y económica (2). Así, se define como “el grado de afectación del funcionamiento personal, laboral y social, siendo la disfunción social uno de los factores más importantes en los pacientes con esquizofrenia y una de las mayores fuentes de malestar para afectados y familiares” (3). Se considera que la discapacidad es, probablemente, la responsable de las dificultades de los pacientes para su desempeño en la comunidad (4), ya que el funcionamiento psicosocial se ha concretado en la habilidad de las personas para asumir roles como el de amo/ama de

casa, empleado/a, estudiante, pareja, miembro de la familia o amigo/a, y actividades como cuidado de uno mismo y atención de las necesidades básicas (5). Las limitaciones en estas habilidades y actividades pueden estar causadas, en parte, por las condiciones de salud, pero también por otras características personales: educación, personalidad, motivación, autoestima (5) y del contexto: actitud y conducta de la familia, posibilidad de acceso a programas de rehabilitación, rechazo y estigma social, barreras económicas, etc. (6).

El modelo de atención sanitaria a las personas con trastorno mental en la comunidad requiere un enfoque individualizado, en el que se aborden tanto las características de la persona y de su entorno, como las consecuencias de las interacciones de éstas en su funcionamiento

en las diferentes actividades que son propias de los seres humanos (7). Las tasas excesivamente elevadas de nuevos ingresos en los recursos asistenciales intermedios se deben, en algunos casos, a reagudización de síntomas psicopatológicos, pero en otros, a problemas de conducta y dificultades de relación en la familia o problemas sociales. La identificación más precisa de los problemas y necesidades de los pacientes y de su entorno próximo y la intervención oportuna, podría reducir estas cifras (8). Sin embargo, es difícil una evaluación adecuada de las necesidades de los pacientes con trastorno mental crónico (8), ya que son necesarios instrumentos de evaluación eficaces que: a) recojan los factores relevantes para la prevención o reducción de la discapacidad asociada a trastorno mental, abordando tanto el funcionamiento individual como las características del contexto y b) permitan conocer la eficacia de los programas de rehabilitación psicosocial, ya que con frecuencia existe poca o ninguna relación entre los tratamientos y la evaluación de los resultados, lo que dificulta enormemente tanto la gestión como la investigación (9).

En salud mental se han utilizado, desde hace años, algunas escalas de funcionamiento y discapacidad como la “Basic Everyday Living Skills” (BELS) (10, 4) y la “Disability Assessment Schedule” (WHO-DAS) (11). Sin embargo, una importante limitación de estas escalas tiene que ver con su validez de constructo, concretamente la carencia de un modelo teórico del funcionamiento humano y de la discapacidad a partir del cual interpretar los resultados (12).

Sin embargo, desde hace unos años contamos con la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud de la Organización Mundial de la Salud (CIF) (13), que proporciona un marco teórico adecuado para la evaluación de la discapacidad en personas con trastorno mental grave (14). La publicación de la CIF supone el cambio de las prioridades de la OMS desde el control de infecciones y reducción de la mortalidad hacia la disminución de las cargas asociadas a la discapacidad en el mundo. La CIF ha sido aceptada como sistema de clasificación de discapacidades por otras agencias de la ONU, como la División de Estadística (UNSTAT), la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la de la Educación (UNESCO).

De las características de la CIF destacan su pretensión de aplicabilidad universal entre culturas y a lo largo de todo el ciclo vital. Es un sistema de clasificación integrador, y no limitado a los ámbitos médico o social. Además, trata con el funcionamiento humano, y no únicamente con la discapacidad. Es multidimensional e interactivo y rechaza una relación causal lineal entre condiciones de salud y funcionamiento. Es neutral respecto a la etiología, lo que significa que el funcionamiento se concibe de un modo descriptivo y no causado por el diagnóstico. Adopta un enfoque paritario, es decir, no reconoce la existencia de distinciones o asimetrías entre el funcionamiento mental y físico (14). Además, incluye los factores personales y ambientales sin los cuales no se puede comprender la experiencia de la discapacidad, intentando superar las limitaciones de los modelos médico y social de la discapacidad. En definitiva, el enfoque teórico de la CIF es congruente con un modelo biopsicosocial de la salud y de la rehabilitación de las personas con trastornos mentales graves (16).

La CIF supone el reconocimiento de que no es suficiente el diagnóstico para un tratamiento eficaz, por ello se plantea como complemento de la CIE: “el diagnóstico por sí solo no explica lo que los pacientes pueden hacer, qué necesitan, cuál es el pronóstico, y cuál es el coste de su tratamiento” (15, 17). Concretamente en los sistemas diagnósticos de trastornos mentales, se ha recomendado que los conceptos de funcionamiento y discapacidad se integren con los psicopatológicos (14) junto con las definiciones de la gravedad (18). Especialmente en trastornos crónicos, “el diagnóstico es insuficiente para seguir la evolución de una enfermedad de larga duración. Hay necesidad de una descripción razonada de las consecuencias de la enfermedad como base de una clasificación descriptiva” (19). En la misma línea, se ha señalado (5) que, en la esquizofrenia, el pronóstico no sólo se basa en los síntomas, sino también en la discapacidad social, por lo que sería útil conocer cuantos más determinantes posibles de ésta.

La investigación generada hasta la fecha indica que, en el campo de la salud mental, la integración de la CIF con los sistemas de diagnóstico puede ser útil para proporcionar un lenguaje común para la descripción de la salud, los trastornos y los objetivos de tratamiento (18). Otras



razones para la complementariedad de enfoques son las evidencias de que la mejoría de los síntomas psicopatológicos es independiente de la del funcionamiento psicosocial (4) y de que la psicopatología no predice la capacidad de una persona para trabajar (21, 2).

A pesar de que los trastornos mentales graves son una de las primeras causas de discapacidad en el mundo, la aplicación de la CIF para aplicaciones clínicas en salud mental ha sido muy escasa (17). Sin embargo, las evidencias disponibles son prometedoras: en una reciente revisión se ha puesto de manifiesto la utilidad de utilizar los conceptos y términos de la CIF para identificar y cuantificar la información relativa al funcionamiento en pacientes con trastorno bipolar (22) y para identificar perfiles diferentes de discapacidad según los diagnósticos (23). También se han encontrado resultados positivos en las primeras experiencias de aplicación de la CIF en la planificación del tratamiento en salud mental (24).

Una posible explicación de la lenta implementación de la CIF en salud mental puede ser la exigencia de formación, tiempo de trabajo tanto individual como del equipo y, sobre todo, un cambio de cultura (24). La exhaustividad y extensión de la CIF dificultan su viabilidad en la práctica clínica, a menos que se transforme en herramientas más manejables. Existen tres tipos de instrumentos de evaluación vinculados a la CIF: los conjuntos básicos (*ICF Core Sets*) (25,26), las entrevistas "*Disability Assessment Scales*" (WHO-DAS) (11, 27) e instrumentos desarrollados específicamente para evaluar algunas áreas de la CIF, como la NFAS (*Norwegian Functional Assessment Scale*) (28) para dolor musculoesquelético o la IMPACT-S, diseñada para evaluar funcionamiento y discapacidad con independencia de la condición de salud (29,30,31).

De acuerdo con Post et al., (31) y tras la revisión bibliográfica, se consideró que ninguno de los instrumentos de evaluación del funcionamiento o de resultados de rehabilitación cubrían adecuadamente todas las áreas de la CIF, por lo que nos planteamos la creación de un instrumento nuevo, denominado Batería de Evaluación del Funcionamiento y la Capacidad (BECA) (32). Para cada componente (o dimensión en términos de la CIF) se proponen dos escalas, una que

evalúa capacidad o nivel máximo de desempeño probable (BECA-CAPACIDAD) y otra que evalúa el desempeño efectivo en un contexto habitual, con las ayudas u obstáculos que, en cada caso, se constaten (BECA-DESEMPEÑO). La capacidad se refiere a la posibilidad de la persona para realizar la actividad en cuestión y la puntuación indica el máximo nivel probable de funcionamiento que una persona puede alcanzar en un dominio y en un momento dados, pero teniendo en cuenta un entorno uniforme o normalizado (sin adaptaciones o ayudas específicas ni obstáculos) (13). Por su parte, el desempeño indica el grado en que la actividad o participación social se llevan a cabo en la realidad cotidiana de la persona evaluada. La puntuación en desempeño puede coincidir con la de capacidad, ser inferior (cuando se producen limitaciones o restricciones) o superior (si se utilizan ayudas o adaptaciones de algún tipo).

El presente trabajo muestra la aplicación de la batería BECA a una muestra de pacientes con trastorno mental que reciben tratamiento en diferentes recursos asistenciales con el objetivo de obtener evidencias que indiquen si es un instrumento adecuado para complementar la evaluación psicopatológica y social de personas con trastorno mental grave y si es útil para proporcionar información relevante para su tratamiento.

2. Participantes y método

Muestras

La muestra clínica estuvo formada por 19 personas (3 mujeres y 16 hombres). La edad media era de 35,74 (desviación típica = 10,96; rango 21-55). El nivel de estudios es en su mayoría de primaria (media de años de escolarización = 12, desviación típica = 10,96, rango de 8 a 18). En todos los casos el diagnóstico corresponde a trastorno mental grave: 15 con diagnóstico de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos el resto (2 trastorno esquizoafectivo y 1 síndrome de Asperger). Los recursos en los que recibían tratamiento eran la Unidad de Salud Mental de Paterna (Valencia) (N= 10), Hospital Provincial de Castellón (N=8) y Centro Específico para enfermos mentales "Camp del Túria" de Riba-roja (Valencia) (N=1). En el momento de la evaluación 5 vivían de forma independiente con o sin familia, 12 en domicilio particular con asistencia de

cuidador o familiar y 1 caso en una residencia específica para pacientes con trastornos mentales.

Se administró la batería BECA a un grupo de controles sanos formado por 18 personas (13 mujeres y 5 hombres), con una media de edad de 42,06 (desviación típica de 12,98 y rango 27-65). Los años de escolarización eran de una media de 13,29 (desviación típica= 3,73 y rango= 8-17). Todos los participantes carecían de enfermedad crónica o discapacidad manifiesta y se consideraban completamente autónomos.

La distribución de hombres y mujeres en las dos muestras es diferente, por lo que se realizó la prueba de contraste no paramétrica Kruskal-Wallis en cada uno de los grupos y se comprobó que no existían diferencias significativas entre hombres y mujeres en ninguna de las dos muestras.

Instrumentos de evaluación y procedimiento

Se administraron las escalas de capacidad de la Batería BECA (BECA-C) al total de la muestra clínica (N=19) y las de desempeño (BECA-D) a 14 pacientes. Al grupo control se le administró exclusivamente la batería de capacidad.

Cada una de las baterías de la BECA (Capacidad y Desempeño) consta de 197 ítems, Las definiciones de los ítems se corresponden con las de la CIF. Las tareas, preguntas o criterios de puntuación de cada uno de los mismos, son propios de la BECA y han sido desarrollados para la batería o adaptados de otras escalas (32). Los ítems se han agrupado en 6 dimensiones estructuradas en 20 factores que, con la excepción de 'Ayuda a los demás', que en la CIF está incluido en *Cuidado de los objetos de hogar*, conservan las denominaciones de la CIF:

I. Cognición y conducta: evalúa las actividades relacionadas con las funciones cognitivas (aprendizaje y comunicación) y la conducta individual en actividades cotidianas (rutinas y regulación del estrés). Está compuesta por los factores de:

- A. Aprendizaje básico
- B. Aplicación del conocimiento
- C. Comunicación-recepción
- D. Comunicación-expresión
- E. Tareas y demandas generales
- T. Experiencias sensoriales intencionadas

II. Movimiento y manipulación de objetos: trata sobre el movimiento para cambiar el cuerpo de posición o de lugar; para coger, mover o manipular objetos, para andar, correr o reparar. Está compuesta por los factores:

- F. Cambiar y mantener la posición del cuerpo
- G. Llevar, mover y usar objetos
- I. Andar y moverse

III. AVD básicas: incluye los ítems que tradicionalmente se asocian con las llamadas Actividades de la Vida Diaria Básicas y está compuesta por un sólo factor:

- J. Autocuidado

IV. AVD instrumentales: recoge las actividades consideradas tradicionalmente como Actividades de la Vida Diaria Instrumentales incluidas en los factores de:

- H. Desplazarse utilizando medios de transporte
- K. Adquisición de lo necesario para vivir
- L. Tareas del hogar
- M1. Cuidado de los objetos del hogar

V. RELACIONES INTERPERSONALES: trata sobre cómo se realizan las acciones y conductas que son necesarias para establecer con otras personas (gente desconocida, amistades, familiares y cónyuges o parejas) las interacciones personales básicas y complejas, de manera adecuada para el contexto y el entorno social. Está conformada por los factores:

- N. Interacciones interpersonales generales
- O. Interacciones interpersonales particulares
- M2. Ayuda a los demás

VI. Participación social: trata sobre cómo llevar a cabo las tareas y acciones necesarias para participar en las actividades educativas, en el trabajo, las actividades económicas y la vida comunitaria, social y cívica. Está compuesta por los factores de:

- P. Educación
- Q. Trabajo y empleo
- R. Vida económica
- S. Vida comunitaria, social y cívica



A un grupo de 10 pacientes se le administró la entrevista WHO-DAS de 36 ítems, versión para el afectado (11). Está compuesta por los factores siguientes:

- Comprensión y comunicación
- Moverse
- Cuidado personal
- Relaciones
- Vida diaria
- Participación

Los factores de la BECA-C que no requieren conocer previamente al evaluado (32) fueron administrados por dos terapeutas ocupacionales. El resto de factores de BECA-C y la batería BECA-D las cumplimentaron profesionales sanitarios que conocían a los pacientes por lo menos desde hacía 3 meses. Las entrevistas WHO-DAS fueron administradas por una enfermera especialista en psiquiatría.

Se exportaron los datos al programa IBM SPSS (versión 19) para realizar los análisis estadísticos. Dado el tamaño de la muestra, se utilizaron pruebas no paramétricas de contraste entre grupos (Kruskal-Wallis) y correlaciones no paramétricas (Tau de Kendall).

Resultados

Comparación entre la muestra clínica y la de control

Se compararon las puntuaciones en la Batería BECA-C del grupo clínico y control mediante la prueba no paramétrica Kruskal-Wallis. El grupo de pacientes obtuvo puntuaciones significativamente inferiores en las dimensiones: Cognición y Conducta ($p < 0,000$), relaciones interpersonales ($p < 0,029$) y participación social ($p < 0,002$).

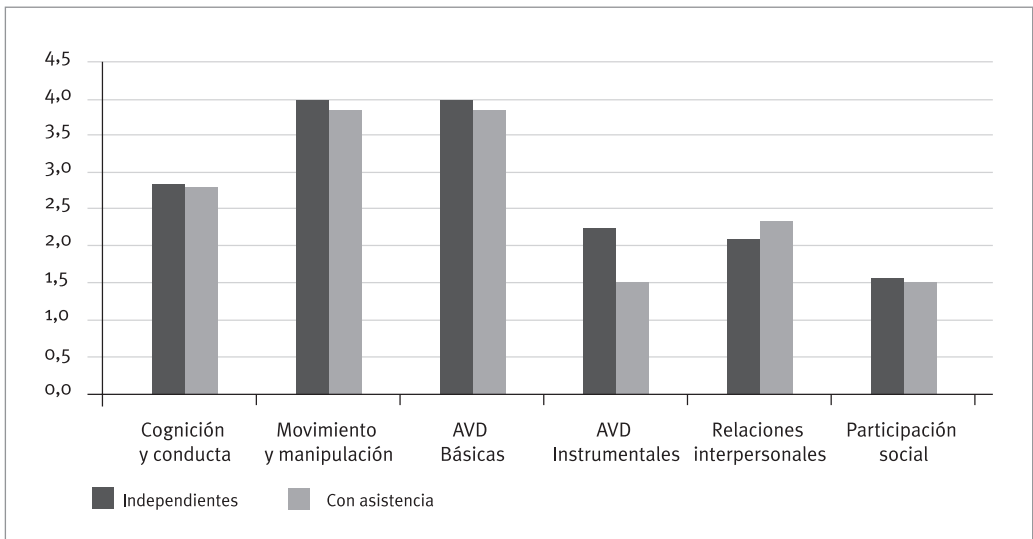


Figura 1. Medianas de las dimensiones de la BECA de las muestras clínica y control.

Cuando se compararon los factores, la muestra clínica obtuvo medianas significativamente inferiores a los controles en: Comunicación-Recepción ($p < 0,000$), Comunicación-Expresión ($p < 0,002$) y Tareas y demandas generales ($p < 0,009$), Adquisición de lo necesario para vivir ($p < 0,001$), Ayudar

a los demás ($p < 0,001$), Interacciones interpersonales generales ($p < 0,012$) y en todos los factores de la dimensión Participación Social (Educación ($p < 0,011$), Trabajo y empleo ($p < 0,003$), Vida económica ($p < 0,001$) y Vida comunitaria, social y cívica ($p < 0,044$)).

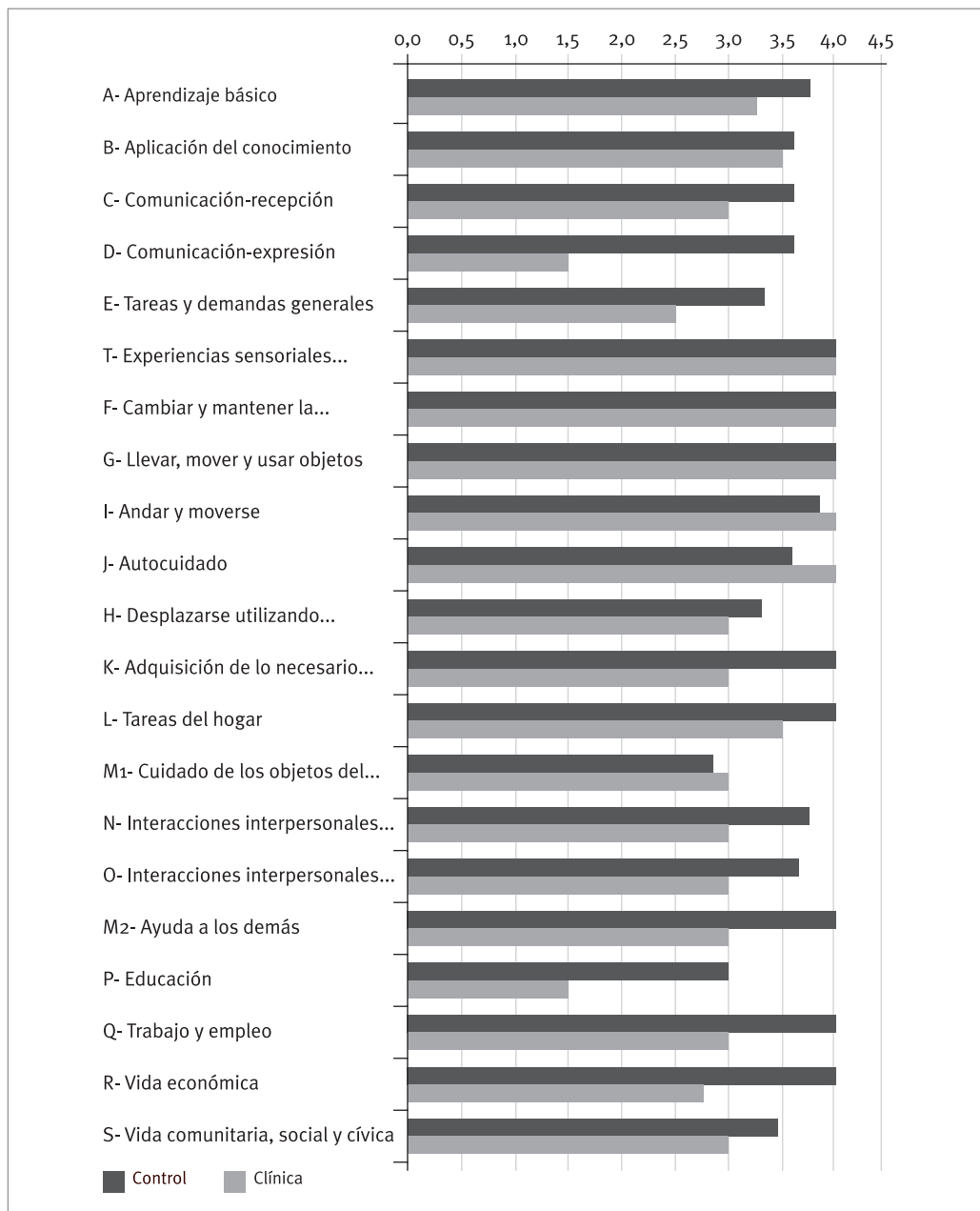


Figura 2. Medianas de los factores de la BECA de las muestras clínica y control.

Relaciones con la entrevista WHO-DAS

Las dimensiones de la batería BECA-C sólo mostraron dos relaciones significativas con los factores de la WHO-DAS, concretamente entre Participación

(WHO-DAS) y Actividades de la vida diaria instrumentales (BECA-C) ($\tau = -.80$) y entre el mismo factor del WHO-DAS y la dimensión Participación social de la BECA-C ($\tau = -.80$) (ver Tabla 1).

Tabla 1. Correlaciones Tau de Kendall entre las dimensiones de BECA-C y la entrevista WHO-DAS

| WHO-DAS | BECA-C Dimensiones | | | | | |
|----------------------------|----------------------|---------------------------|--------------------|--------------------|----------------------------|----------------------|
| | Cognición y conducta | Movimiento y manipulación | AVDSB | AVDSI | Relaciones interpersonales | Participación social |
| Comprensión y comunicación | -,241 ,178 10 | ,252 ,284 5 | ,000 ,500 5 | -,105 ,400 5 | ,105 ,400 5 | -,105 ,400 5 |
| Moveirse | -,025 ,462 10 | ,252 ,284 5 | ,000 ,500 5 | -,316 ,224 5 | -,105 ,400 5 | -,316 ,224 5 |
| Cuidado personal | -,025 ,463 10 | ,000 ,500 5 | -,118 ,394 5 | -,527 ,103 5 | -,316 ,224 5 | -,527 ,103 5 |
| Relaciones | ,313 ,115 10 | ,000 500 5 | -,118 ,394 5 | -,527 ,103 5 | -,316 ,224 5 | -,527 ,103 5 |
| Vida diaria | -,209 ,206 10 | -,598 ,083 5 | -,224 ,301 5 | ,000 ,500 5 | -,200 ,312 5 | ,000 ,500 5 |
| Participación | -,046 ,428 10 | ,120 ,391 5 | -,447 ,148 5 | -,800 ,025 5 | -,600 ,071 5 | -,800 ,025 5 |

Sin embargo, en la batería BECA-D se obtuvo una mayor relación entre los dos instrumentos de medida, como se observa en la Tabla 2.

Tabla 2. Correlaciones Tau de Kendall entre las dimensiones de BECA-D y la entrevista WHO-DAS

| WHO-DAS | BECA-D Dimensiones | | | | | |
|----------------------------|----------------------|---------------------------|--------------------|--------------------|----------------------------|----------------------|
| | Cognición y conducta | Movimiento y manipulación | AVDSB | AVDSI | Relaciones interpersonales | Participación social |
| Comprensión y comunicación | ,149 ,296 9 | -,402 ,086 9 | -,402 ,086 9 | -,567 ,021 9 | -,431 ,064 9 | ,177 ,261 9 |
| Moveirse | ,032 ,456 9 | -,286 ,173 9 | -,286 ,173 9 | -,414 ,074 9 | -,427 ,071 9 | ,534 ,030 9 |
| Cuidado personal | ,090 ,374 9 | -,838 ,002 9 | -,838 ,002 9 | -,687 ,007 9 | -,092 ,372 9 | ,412 ,067 9 |
| Relaciones | -,030 ,457 9 | -,503 ,043 9 | -,503 ,043 9 | -,508 ,034 9 | -,462 ,051 9 | ,118 ,334 9 |
| Vida diaria | ,145 ,298 9 | ,390 ,088 9 | ,390 ,088 9 | ,203 ,229 9 | -,269 ,167 9 | ,000 ,500 9 |
| Participación | -,286 ,146 9 | -,674 ,009 9 | -,674 ,009 9 | -,514 ,029 9 | -,295 ,142 9 | ,366 ,086 9 |

Diferencias entre las puntualizaciones de la BECA en función de la autonomía en el domicilio

Se compararon las puntuaciones de BECA-C y BECA-D entre los participantes de la muestra clínica que requerían asistencia en el domicilio y los que eran independientes. En la batería de

Capacidad no se encontró ninguna diferencia significativa entre las medianas, sin embargo, en la de Desempeño, resultaron significativas las diferencias entre medianas de los pacientes que necesitan asistencia y los que son independientes, en las dimensiones: Movilidad ($p < 0.16$) y Actividades de la vida diaria básicas ($p < 0.16$) (Figura 3).

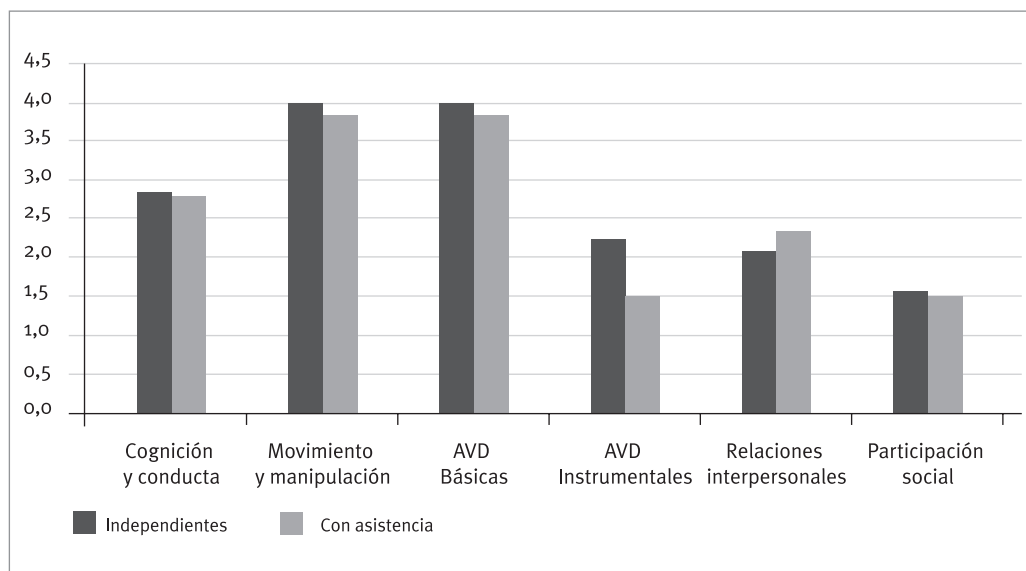


Figura 3. Comparación de las medianas de las dimensiones de BECA-D de los participantes independientes y autónomos.

Utilidad de la BECA para definir perfiles de discapacidad

Para ilustrar la utilidad de la BECA para definir perfiles de discapacidad, se presentan los resultados de dos casos de la muestra clínica cuyos perfiles presentan diferencias significativas (1 punto o más) a favor de la Capacidad (Figura 4) o del Desempeño (Figura 5). El primer caso es un

hombre de 52 años, con diagnóstico de esquizofrenia indiferenciada y 15 años de escolarización, que vive de forma independiente. En el segundo caso, se trata de un hombre de 33 años, con diagnóstico de Síndrome de Asperger y 14 años de escolarización. Vive en el domicilio con asistencia de sus familiares.

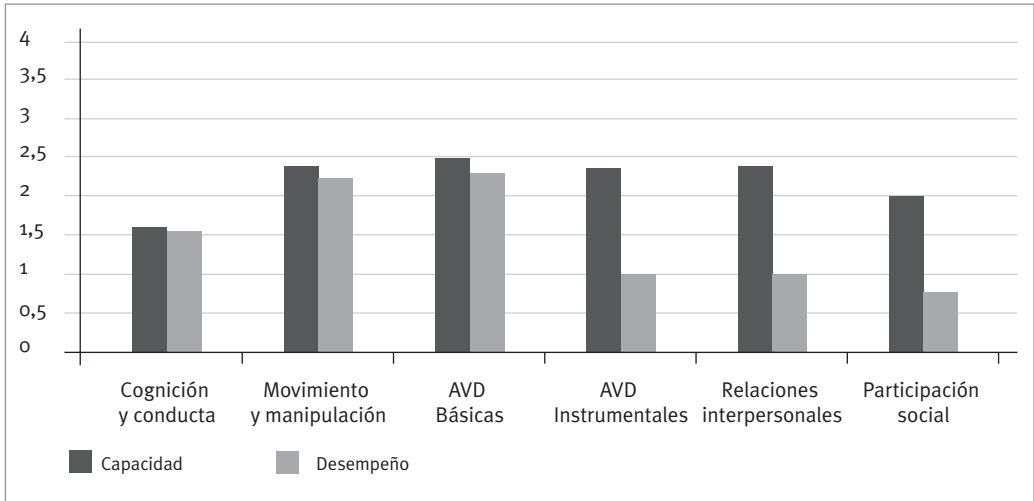


Figura 4. Perfil con mayores puntuaciones en Capacidad.

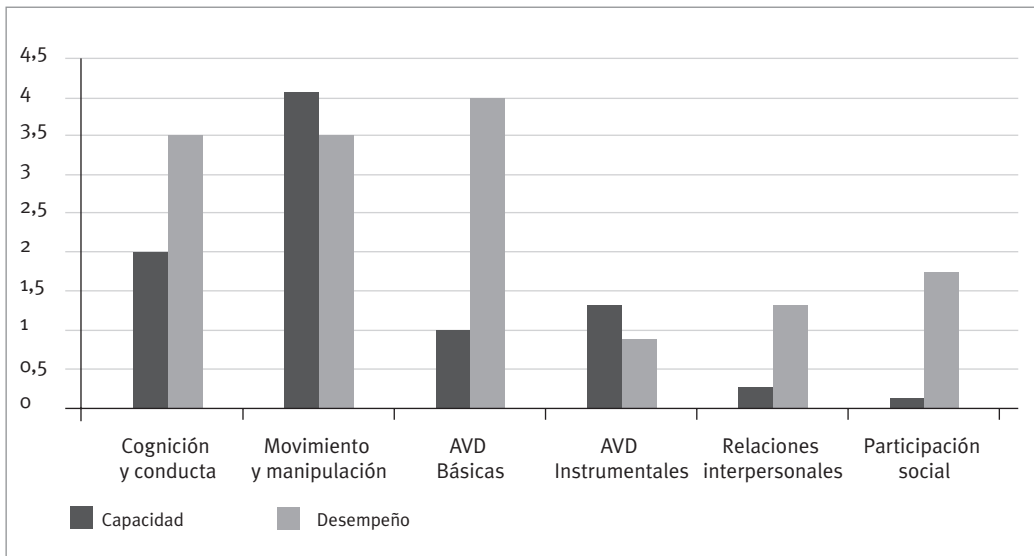


Figura 5. Perfil con mayores puntuaciones en Desempeño.

4. Discusión-conclusiones

El primer objetivo de este trabajo era explorar la utilidad de la Batería BECA, un instrumento desarrollado a partir de la CIF, para la evaluación de pacientes con enfermedad mental grave. Aunque la batería se encuentra en versión experimental, reúne las condiciones de calidad suficientes para su aplicación clínica (32). Se considera que

se cumple el criterio de representatividad necesario para garantizar la validez de contenido: los diferentes estudios revisados (15) indican que la CIF cumple el criterio de exhaustividad en cuanto al rango de problemas que pueden sufrir los seres humanos con diferentes condiciones de salud y diferentes niveles de cuidados. Además, la BECA recoge alguna de las recomendaciones del

grupo de discusión de la NIMH para el estudio del funcionamiento en la comunidad en personas con esquizofrenia (3): a) está basada en un modelo teórico consensuado sobre el funcionamiento, b) utiliza diferentes fuentes de datos, c) las alternativas de respuesta son cuantitativas, d) abarca diferentes áreas de funcionamiento y e) en las escalas de respuesta se incluyen todos los rangos posibles, de forma que sea sensible a cambios pequeños. También cumple otros requisitos, que señalan los mismos autores como necesarios para los instrumentos de evaluación para personas con esquizofrenia: es aplicable a los diferentes contextos vitales, todos los ítems cubren el rango completo de alto a bajo funcionamiento, de forma que se detectan incluso los cambios más pequeños, está diseñada con los menos ítems “encubiertos” posibles (no aplicables u observables) y no requiere una formación excesivamente sofisticada.

Sin embargo, el reducido tamaño de las muestras participantes en este estudio exige cautela en cuanto a la generalización de las conclusiones. Son necesarios más trabajos, en primer lugar para conocer las propiedades métricas del instrumento y confirmar la estructura de dimensiones y factores propuesta y el modelo de puntuación. Además, habrá que continuar investigando su aplicación a diferentes grupos diagnósticos, fases de evolución de los trastornos mentales y, sobre todo, su utilidad para la planificación de los tratamientos de rehabilitación y su validez como medida de resultados. La aplicación de la BECA requiere formación de los evaluadores, además de un conocimiento suficiente de la persona evaluada. El desarrollo de un programa de formación adecuado y la constatación de su eficacia, son otra de las cuestiones pendientes.

En este estudio, la BECA ha mostrado tener capacidad para discriminar entre controles autónomos y pacientes con trastorno mental grave, fundamentalmente en los factores y dimensiones más relacionados con la vida en comunidad (Relaciones interpersonales y Participación social), pero, hay que destacar, además, las diferencias en la dimensión de Cognición y Conducta y alguno de los factores que la componen (Comunicación y Tareas y demandas generales). Este resultado es congruente con la mayor importancia que está cobrando la rehabilitación de funciones

cognitivas y su repercusión en el funcionamiento psicosocial (33,34;35). Más interesante aún es la capacidad de discriminación entre pacientes con similares diagnósticos que viven de forma independiente y que requieren asistencia. Aunque las puntuaciones de la BECA-C fueron similares, las personas autónomas mostraron mejores resultados en la ejecución efectiva, es decir, en la BECA-D. Este mejor desempeño podría deberse a la existencia de apoyos, ayudas y facilitadores en su entorno, probablemente de la familia, ya que los recursos asistenciales eran idénticos para todos los participantes.

La diferencia entre capacidad y desempeño es una de las aportaciones de la CIF respecto al anterior sistema de clasificación de la discapacidad (CIDMH) y un concepto muy útil para los profesionales dedicados a las diferentes disciplinas de la rehabilitación. En este estudio, se ha ilustrado su potencial utilidad al comparar dos perfiles, en el primer caso con una capacidad superior al desempeño, lo que nos llevaría a confirmar la posible existencia de barreras o impedimentos (como la sobreprotección familiar, división de roles de género tradicionales, estigma o asunción de rol de enfermo, por ejemplo), y un segundo caso con mayor desempeño, en el que habría que identificar las ayudas o facilitadores a fin de mantenerlos y potenciarlos, así como estudiar la posibilidad de implementarlos en otros pacientes.

La BECA supone un acercamiento diferente y complementario a la evaluación de la discapacidad desde el enfoque conceptual de la CIF, ya que los procedimientos de evaluación desarrollados hasta la fecha:

1. Son escalas de verificación en las que el profesional ha de valorar el grado de dificultad de la función o actividad (36). En algún estudio se han encontrado deficiencias en fiabilidad interjueces (24). Aunque no disponemos todavía de datos de esta característica, la pretensión de objetividad de la BECA esperamos que superará esta limitación.
2. Son específicas para diferentes trastornos (37) por lo que, en el caso de concurrir diferentes patologías, tanto mentales como físicas, como es frecuente en personas con trastorno mental grave, quedan aspectos sin cubrir.



3. El evaluador es el propio afectado, como en la WHO-DAS II (27) u otras (31). Sin negar la importancia del punto de vista del paciente, consideramos que la objetividad que pretende tener la BECA es muy importante para aplicaciones como la planificación del tratamiento y la evaluación de resultados. Concretamente las personas con trastorno mental grave pueden tener una conciencia reducida de su propia conducta y de sus déficits funcionales, limitaciones en la capacidad de comunicación y poca comprensión de la naturaleza y metas del tratamiento (24). En la BECA, sin embargo, no se contempla el grado de importancia o malestar que para el evaluado puede tener la disminución en su capacidad o desempeño (que sí se incluye en la WHO DAS), por lo que en una evaluación completa se debería contemplar este aspecto. En este trabajo se han encontrado correlaciones significativas entre las respuestas de la escala de Participación de la WHO-DAS y la discapacidad evaluada por profesionales y referida al desempeño efectivo en Movimiento y Manipulación, Actividades de la Vida Diaria Básicas e Instrumentales. Las quejas subjetivas de los pacientes respecto a restricciones en participación social están significativamente relacionadas con dificultades en áreas muy diferentes de funcionamiento, evaluadas desde el juicio profesional. Nuestra interpretación es que ambos enfoques son complementarios, ya que la WHO-DAS no ofrece el nivel de detalle suficiente para identificar objetivos y métodos de intervención.
4. Son escalas breves. Aunque la versión actual de la BECA puede parecer excesivamente extensa, es necesaria más investigación para tomar decisiones sobre la eliminación de ítems, que su posible reducción deberá estar guiada por criterios empíricos y no prácticos, clínicos o racionales (12). En nuestros resultados, la comparación de los factores entre controles y muestra clínica ha proporcionado información más detallada que las de las dimensiones. La mayor especificidad en la información permite desarrollar programas de intervención dirigidos a objetivos relevantes, agrupar pacientes con características más homogéneas para tratamientos de grupo y conocer mejor los resultados de las intervenciones.

Referencias bibliográficas

- Bachrach LL. Dimensions of Disability in the chronic mentally ill. *Hosp Community Psychiatry* 1986;37: 981-2.
- Cornelius LR, van der Klink JLL, Groothoff JW, et al. Prognostic Factors of Long Term Disability Due to Mental Disorders: A Systematic Review. *J Occup Rehabil* 2010, nov.
- Bellack AS, Green MF, Cook JA, et al. Assessment of Community Functioning in People with Schizophrenia and Other Severe Mental Illnesses: A White Paper Based on an NIMH-Sponsored Workshop. *Schizophr Bull* 2007; 33(3):805-822.
- Jimenez JE, Torres E, Laviana M, et al. Evaluación del funcionamiento de la vida diaria en personas con trastorno mental de larga evolución. Adaptación y fiabilidad de la versión española del "Basic Everyday Living Skills" (BELS). *Actas Esp Psiquiatr* 2000;28(5):284-288.
- Herrán A, Sierra-Biddle D, Cuesta MJ, et al. Can personality traits help us explain disability in chronic schizophrenia? *Psychiatry Clin Neurosci* 2006; 60:538-545.
- Ylmaz M, Josephson S, Banermark B. Social processes of participation in everyday life among persons with schizophrenia. *Int J Qual Stud Health Well-being* 2009; 4:267-279.
- Anthony W.A, Liberman RP. The practice of psychiatric rehabilitation. *Schizophr Bull* 1986; 12:542-550.
- Ferrer Dufol C, Tarí García A, Rivases Aunés A, et al. Aplicaciones a la cronicidad en salud mental de la clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías. *Rev Sanid Hig Publica (Madr)* 1992; 187-195.
- Cieza A, Geyh S, Chatterji S, et al. Linking rules: an update based on lesson learned. *J Rehabil Med* 2005; 37:212-218l.
- O'Driscoll C, Leff J. The Taps Project. 8: design of the research study on de long-stay patients. En: Leff J. ed. The Taps Project: evaluating community placement of long-stay patients. *Br J Psychiatry*. 1993;162 (Suppl 19):18-24.
- Vázquez-Barquero JL, Vázquez Bourgon E, Herrera Castanedo S, et al. Versión en lengua española de un nuevo cuestionario de evaluación de

- discapacidades de la OMS (WHO-DAS-II): fase inicial de desarrollo y estudio piloto. *Actas Esp Psiquiatr* 2000;2(28):77-88.
- Messick S, Validity. En R. Linn (dir.): *Educational Measurement*. 3rd ed. Nueva York: MacMillan, 1989.
- Organización Mundial de la Salud; Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Madrid: IMSERSO, 2001.
- Vázquez-Barquero JL. The incorporation of the disability construct as an independent axis in the DSM-V and ICD-11 diagnostic systems. *World Psychiatry* 2009;8:2.
- Stucki G, Cieza A, Melvin J. The International Classification of Functioning, Disability and Health: A unifying model for the conceptual description of the rehabilitation strategy. *J Rehabil Med* 2007; 39(4):279-285.
- Rodríguez A. *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Pirámide, 1997.
- Reed GM, Spaulding WD, Bufka, LF. The relevance of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) to mental disorders and their treatment. *European Journal of Disability Research* 2009;3:340-359.
- Baron S, Linden M, The role of the "International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF" in the description and classification of mental disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2008;258(Suppl 5):81-85.
- Chapireau F; Les handicaps: Concepts et Classification. *Inf Psychiatr* 1991;67:664-8.
- Baron S, Linden M. Analyzing the effectiveness of inpatient psychosomatic rehabilitation using the mini-ICF-APP [Wirksamkeitsanalyse einer Stationären Psychosomatischen Rehabilitation Anhand des Mini-ICF-APP]. *Rehabilitation* 2009;48(3): 145-153.
- Gatchel RJ, Polatin PB, Mayer TG, et al. Psychopathology and the rehabilitation of patients with chronic low back pain disability. *Arch Phys Med Rehabil* 1994;75: 666-670.
- Ávila CC, Cabello M, Cieza A, et al. Functioning and disability in bipolar disorders: a systematic review of literature using the ICF as a reference. *Bipolar Disord* 2010;12: 473-482.
- Tenorio-Martínez R, Lara-Muñoz MC, Medina-Mora ME. Measurement of problems in activities and participation in patients with anxiety, depression and schizophrenia using the ICF checklist. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009; 44:377-384.
- Reed GM, Leonardi M, Ayuso-Mateos JL, et al. Implementing the ICF in a psychiatric rehabilitation setting for People with Serious Mental Illness in the Lombardy region of Italy. *Disabil Rehabil* 2009;31(Suppl 1):170-173.
- Weigl M, Cieza A, Andersen C, et al. Identification of relevant ICF categories in patients with chronic health conditions: a Delphi exercise. *J Rehabil Med* 2004;36(44): 12-21.
- Cieza A, Ewert T, Üstün TB, et al. Development of ICF core sets for patients with chronic conditions. *J Rehabil Med* 2004;(Suppl 44):9-11.
- Üstün TB, Kostanjsek N, Chatterji S, et al. *Measuring Health and Disability Manual for WHO Disability Assessment Schedule WHO-DAS 2.0*. Ginebra: WHO, 2010.
- Østerås N, Gulbrandsen P, Garratt A, et al. A randomised comparison of a four- and a five-point scale version of the Norwegian Function Assessment Scale. *Health Qual Life Outcomes* 2008; 6:14.
- Reichrath E, Verdonschot M, de Witte LP, Post MWM, editors. *Kwaliteit en doelmatigheid van zorg voor slachtoffers van verkeersongevallen. Deelproject 1: Beschrijving van gevolgen. Werkpakket 1.3: Validiteit en betrouwbaarheid IMPACT. [Quality and effectiveness of care for road-accident victims. Project 1: description of consequences of road-accidents. Part 1.3: Validity and reliability of IMPACT]*. Hoensbroek: iRv, Kenniscentrum voor Revalidatie en Handicap, 2005.
- Perenboom R, Reichrath E, de Witte LP, et al. Development of IMPACT: an ICF-based instrument to measure activity limitations and participation restrictions. *Newsletter on the WHO Family of International Classifications (FIC)*. 2006; 4:8.
- Post MWM, de Witte, LP, Reichrath E, et al. Development and validation of IMPACT-S, an ICF-based



questionnaire to measure activities and participation. *J Rehabil Med* 2008;40:620–627.

Moro Ipola M, Solano Trullenque L. Desarrollo de la Bateria de Evaluación del Funcionamiento y la Capacidad (BECA), un procedimiento de evaluación de la discapacidad basado en la clasificación CIF de la OMS (en preparación).

Medalia A, Revheim N, Herlands, T. Cognitive Remediation for Psychological Disorders. Therapist Guide. New York: Oxford University Press, 2009.

Penadés, R; Gastó, C. El tratamiento de rehabilitación neurocognitiva en la esquizofrenia. Barcelona: Herder, 2010.

Wykes T, Reeder C. Cognitive Remediation Therapy for Schizophrenia. Theory and Practice. London: Routledge, 2005.

Cieza A, Chatterji S, Andersen C, et al. ICF Core Sets for depression. *J Rehabil Med* 2004;44: 128-134.

Stucki G, Reinghardt JD, Grimby G, et al. Developing research capacity in human functioning and rehabilitation research from the comprehensive perspective based on the ICF-model. *Eur J Phys Rehabil Med* 2008;44: 343-51.

Dirección de contacto

Micaela Moro Ipola. Dpto.

Psicología Básica, Clínica y Psicobiología • Universitat Jaume I.

Avda. Sos Baynat s/n, 12071 Castelló de la Plana.

moro@psb.uji.es

- Recibido: 19/06/11.
- Aceptado: 20/09/11.