



CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO, LA DISCAPACIDAD Y LA SALUD (CIF): UN MODELO PARA LA EVOLUCIÓN CONCEPTUAL Y CLÍNICA EN SALUD MENTAL

Carlos Sandoval Chacón*

RESUMEN

A partir de la aprobación en el año 2001 de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) (1) se ha venido desarrollando un amplio proceso de difusión, implementación e investigación de dicha Clasificación en pos de brindar un lenguaje unificado y estandarizado, así como un marco conceptual para describir la salud y los estados relacionados con la salud. No obstante, la implementación de esta herramienta en el ámbito de la salud mental y el bienestar psicológico y su posible utilidad en la determinación del impacto en el funcionamiento y calidad de vida de las personas es incipiente. El presente artículo pretende describir algunos supuestos fundamentales de este modelo, así como exponer algunas experiencias de investigación contemporánea en salud mental regionales e internacionales utilizando la CIF y el posible valor de estos hallazgos en la evolución de conceptos y prácticas clínicas tradicionales en salud mental.

Palabras clave: CIF, Salud Mental, Funcionamiento, Bienestar, Evaluación de la Discapacidad

ABSTRACT

Since the adoption in 2001 of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) (1) has been developing a comprehensive process of dissemination, implementation and research of this Classification not only to provide a unified and standardized language, but also, as a conceptual framework for describing health and health-related states. However, the implementation of this tool in the field of mental health and psychological well-being and their potential usefulness in determining the impact on the functioning and quality of life of people is emerging. In the present article is intended to describe some fundamental assumptions of this model and to present some experiences of contemporary research in international and regional mental health using the ICF and the possible value of these findings in the evolution of traditional concepts and practices in mental health clinics.

Key words: ICF, Mental Health, Functioning, Well being, Disability Evaluation

* Máster en Psicología Clínica, CCSS. Hospital Nacional Psiquiátrico, Servicio de Psicología Clínica, Programa de Hospital Diurno y Estructuras Residenciales, Profesor Universidad Católica de Costa Rica. carlospsic@gmail.com



INTRODUCCION

Contrario a lo que se podría pensar, el tema de la salud y la enfermedad mental tanto en su concepción como tratamiento, ha asistido a una serie de cambios que es posible describir en el plano sociohistórico a manera de saltos cualitativos en las prácticas de salud. El desarrollo de la psicofarmacología, por ejemplo, ha impulsado el uso predominante de fármacos en el manejo de problemáticas específicas en salud mental. Esta visión, asentada sobre una base epistemológica positivista esta permeada por modelos centrados en explicaciones monosistémicas (biológicas) de los procesos patológicos. No obstante, las asunciones implícitas a este modelo proporcionan una visión de la salud y la enfermedad con alto riesgo de reduccionismo y sesgo. Se asume, que las enfermedades surgen a partir de una anomalía biológica subyacente y que aún habiendo otros factores que pudieran influir en sus consecuencias su implicación en el desarrollo y manifestación de la enfermedad es escasa.

Siendo que el modelo de enfermedad que ha predominado, tanto desde el punto de vista profesional como social, desde el siglo XIX hasta nuestros días ha sido el modelo biomédico se pretende sostener de manera contraria a la visión de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que la salud es equivalente a la ausencia de enfermedad, de la que los síntomas son la expresión directa o indicador, mientras que la influencia de otros factores o las consecuencias de la enfermedad son de escasa relevancia (2).

Esta comprensión perpetúa un modelo que limita no sólo la comprensión holística de los procesos de salud, sino también sobre las posibilidades de intervención e identificación de factores relacionados con la repercusión más allá de los síntomas, de una enfermedad determinada sobre el bienestar y el desempeño de las personas y las poblaciones, así como en el diseño de políticas públicas en salud e intervenciones eficaces (3)

En contraposición a este enfoque, la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF), propuesta por el máximo ente internacional en materia de salud (OMS, 2001) aporta una visión contrapuesta, refrescante y emergente de la salud como un fenómeno interactivo y dinámico dentro de una nueva lógica multifactorial y polivalente.

En el presente artículo se pretende describir estos conceptos a la luz de una revisión crítica de los modelos diagnósticos actuales en salud mental, así como algunos hallazgos investigativos que bien podrían traducirse en una mejora de las prácticas clínicas que se desarrollan en la actualidad en el ámbito de la salud psicológica y el bienestar general tanto de sujetos individuales como poblaciones. Finalmente, destacar la importancia de la Clasificación en el contexto socio-sanitario costarricense.



La CIF y su conceptualización de los procesos de salud

Dentro de esta Clasificación, se destacan las condiciones de salud y sus implicaciones a nivel de las estructuras y funciones corporales. Por ejemplo, en materia de salud mental, que es el caso que nos ocupa en el presente artículo, se tipifican dichas problemáticas dentro del ámbito de la corporalidad bajo la Categoría de Funciones Mentales y su correspondiente correlato estructural vendría a ser denominado como “Estructuras del Sistema Nervioso”. Vale decir que no se cae en la clásica distinción, por lo demás estéril en nuestros tiempos, de un dualismo mente-cuerpo, sino que se integra corporalidad y su implicación en la conducta en relación con factores de contexto y particularidades personales de los individuos en el afrontamiento directo de un padecimiento en particular.

La CIF adopta una posición neutral en relación con la etiología, de manera que queda en manos tanto de los investigadores como de los clínicos, desarrollar relaciones causales utilizando los métodos científicos apropiados. De forma similar, este planteamiento es también diferente al del abordaje basado en los determinantes de salud o en los factores de riesgo. Para facilitar el estudio de los determinantes o factores de riesgo, la CIF incluye una lista de factores ambientales que describen el contexto probable en el que vive el individuo (4)

Podemos señalar que la CIF, como clasificación, no establece un modelo para el proceso del funcionamiento y la discapacidad. Sin embargo, puede utilizarse para describir dicho proceso ya que proporciona los medios para delinear los diferentes constructos y dominios que lo integran (para una exacta comprensión de estos conceptos véase la edición española de la CIF (1)). Proporciona además un abordaje, desde una perspectiva múltiple, a la clasificación del funcionamiento y la discapacidad, aportando también las bases para crear modelos explicativos y valorar los diferentes aspectos del proceso.

De acuerdo a este modelo, el funcionamiento de un individuo en un dominio específico se entiende como una relación compleja entre la condición de salud y los factores contextuales, de forma que existe una interacción dinámica entre ambos elementos. Estas interacciones son específicas y no siempre se dan en una relación recíproca predecible. La interacción funciona en dos direcciones; la presencia de la discapacidad puede incluso modificar a la propia condición de salud. Puede resultar razonable inferir una limitación en la capacidad por causa de uno o más déficits, o una restricción en el desempeño y la realización por una o más limitaciones. Los Factores Contextuales, entre los que se diferencian factores personales y ambientales son extrínsecos a la persona por ejemplo, las actitudes de la sociedad, las características arquitectónicas, el sistema legislativo. Por otro lado, los Factores Personales no se clasifican en la versión actual de



la CIF. Su evaluación, si fuese necesario, se deja a la iniciativa del usuario (4). Para una visualización gráfica de este modelo obsérvese la Figura 1, que muestra la interacción entre los diferentes componentes de la CIF.

Insuficiencia de los sistemas diagnósticos en salud mental

Además de las limitaciones del modelo biomédico señaladas anteriormente, se suma la insuficiencia de los sistemas diagnósticos para explicar los estados relacionados con salud mental o el bienestar psicológico. Los diagnósticos por sí mismos no son capaces de explicar cuáles son las necesidades de uso de los servicios, y tampoco predecir la duración y evolución de la hospitalización o el rendimiento laboral de los pacientes. Incluso personas con igual diagnóstico, pueden presentar un funcionamiento laboral y social bien distinto, o viceversa, problemas de funcionamiento interpersonal pueden responder a diagnósticos diferenciados (esquizofrenia y migraña, por ejemplo). De forma paralela los indicadores globales de salud tradicionalmente basados en morbilidad y mortalidad, si bien importantes, no captan adecuadamente el funcionamiento y salud de los individuos y poblaciones (2)

En la evaluación y diagnóstico de enfermedades en general y de los trastornos mentales en particular, se debe hacer una distinción entre síntomas, síndromes y categorías diagnósticas. Los diagnósticos son constructos teóricos o conclusiones derivadas

de algoritmos diagnósticos, que incluyen no sólo síntomas, sino también, curso de enfermedad, historia y consecuencias de la enfermedad (5). Esta falta de especificidad que hace muchas veces del diagnóstico en psiquiatría una suerte prestidigitación, en donde las artes adivinatorias de enfermedades en apariencia muy similares sintomáticamente, no suelen ser tan similares en el contexto de funcionamiento natural del individuo.

Así mismo, del diagnóstico clásico de la semiología, se desprenden intervenciones basadas en la eliminación sintomática de conductas que no necesariamente tienen impacto en el funcionamiento real de la persona, restando importancia a factores de índole social o individual que ejercen influencias significativas en el desempeño ulterior del individuo en contextos como el familiar, ocupacional o académico. Modelos como la Clasificación Multiaxial del DSM-IV-TR (6), un desarrollo relativamente nuevo en la clasificación de los trastornos mentales, resume información diversa importante para el caso individual en cinco ejes diagnósticos, incluida una escala de evaluación del funcionamiento o actividad global (EEAG) como quinto eje.

Esta organización diagnóstica, más que ofrecer una simple etiqueta diagnóstica primaria, brinda información sobre el contexto en el cual se presenta la conducta, así como una descripción de la misma, habilita la posibilidad que se pueda señalar la causa del problema cuando es posible identificarla,



así como experiencias subjetivas de los pacientes y sus factores favorables y desfavorables (7). No obstante, a pesar de estas introducciones flexibles en la organización de la información clínica y contextual, en la práctica es poco, por no decir nulo, el uso que se hace del resto de la información diagnóstica que se puede desprender de los ejes restantes en la formulación de un fenómeno clínico de manera comprensiva una vez que éste se encuentra en el contexto de la atención primaria o de la hospitalización.

Esta infrautilización de los sistemas diagnósticos de una manera amplia e integral supone abordajes igualmente restringidos a mitigar la sintomatología predominante en el cuadro transversal que se presenta en el contexto de las consultas. Esta práctica diagnóstica necesita una revisión de carácter urgente de la mano a tornar eficiente y holística la atención en salud mental en nuestro país.

En el contexto de los servicios de salud costarricenses los sistemas de clasificación diagnóstica se adscriben a la Clasificación Internacional de las Enfermedades, Décima Edición (CIE-10) (8), misma que clasifica las enfermedades y asigna una determinada codificación a cada una de ellas. En este sentido, no vemos problema en incorporar el uso eventual de la CIF si ambas pertenecen a la Familia Internacional de Clasificaciones de la OMS (4), no obstante, la diferencia radica en las necesidades de sensibilización y entrenamiento para el uso de la misma en nuestro contexto. Este revisionismo de los

procesos diagnósticos hace de la contemplación de uso de la CIF un terreno fértil y propicio para diversificar el modelo de evaluación y las alternativas de intervención más allá del caso sintomático concreto e incorporando las dimensiones contextuales de la salud y las condiciones relacionadas con la salud.

Investigación en salud mental mediante la CIF

En los últimos ocho años son numerosas las experiencias de utilización de la CIF en el campo de la rehabilitación física y en la determinación de conjuntos básicos de funcionamiento (core sets) para padecimientos abordados por diversas especialidades médicas (9). Dentro de los procesos de salud investigados mediante este enfoque destacan la osteoporosis (10), artritis reumatoide (11), dolor crónico (12), dolor lumbar (13), osteoartritis (14), enfermedad cardíaca isquémica crónica (15), diabetes mellitus (16), obesidad (17), enfermedad pulmonar obstructiva (18), cáncer de mama (19), entre otras, en proceso de desarrollo actual.

De forma paralela a la investigación en este campo, se identifican esfuerzos significativos por valorar su utilidad en padecimientos psiquiátricos. En Australia por ejemplo, se estimó la utilidad de la CIF y su lista de verificación (20), así como del instrumento derivado de ésta, WHO-DAS-II (21), de la mano con medidas relacionadas con calidad de vida en personas con trastornos psicóticos en condición de internamiento y soporte



residencial, encontrándose que ambos instrumentos resultan valiosos en la determinación de déficits en áreas afines al dominio de las actividades y participación, con particular identificación de restricciones en la participación de actividades comunitarias y barreras contextuales (fundamentalmente actitudinales) hacia las personas con dicho diagnóstico. Se destacó una mayor amplitud en la valoración del impacto de dicha condición sobre ámbitos diversos del bienestar humano, sugiriendo algunas limitaciones potencialmente subsanables relacionadas con los sistemas de puntuación y la necesidad de entrenamiento formal para su aplicación.

Otra iniciativa de investigación del funcionamiento en padecimientos mentales de larga evolución, es la desarrollada en el marco del proyecto europeo Measuring Health and Disability in Europe (MHADIE) (22), iniciativa multidisciplinar en el estudio de perfiles y prevalencia de discapacidades en distintos contextos (educativo, poblacional, clínico) en la Unión Europea desde el marco de la CIF. Específicamente se encuentra en marcha una de las primeras aplicaciones de la CIF en atención primaria, los objetivos planteados contribuyen a mejorar la evaluación y la comprensión de los tipos de prevalencia y de discapacidad de los casos de depresión unipolar tratados en el primer nivel de atención en salud (con independencia de su estado sintomático) y analizar la eficacia de los tratamientos habituales en un parámetro tan importante como la remisión funcional, esta identificación de variables

ligadas al funcionamiento y la descripción exhaustiva de distintos niveles o áreas de discapacidad es de gran utilidad en el manejo clínico de los pacientes, pues permiten una clara identificación de necesidades clínicas, facilitando el diseño de intervenciones más eficaces que mejorarían la calidad de vida y su funcionamiento.

Otros proyectos pertenecientes a esta iniciativa europea se relacionan con la evaluación del funcionamiento y la discapacidad en personas con trastorno afectivo bipolar, uno de estos estudios con pacientes en condición eutímica y otro de ellos en población no eutímica usando también como herramienta la CIF. En el primer caso, se plantea que estudios recientes sugieren un bajo funcionamiento incluso cuando las personas con padecimientos bipolares se encuentran en un estado de ánimo estable o en remisión sintomática (eutímicos), no obstante, la magnitud en que la recuperación funcional en un paciente con este tipo de padecimiento se relaciona con la remisión clínica no ha sido estudiada de manera sistemática (23). Se encontraron datos reveladores tales como que el funcionamiento se encontraba afectado en al menos 35 categorías de la CIF en más del 75% de los participantes. Las Funciones Corporales fueron las áreas menos afectadas, no obstante, más de las dos terceras partes de los pacientes refirieron limitaciones en los dominios de Actividades y restricciones en la Participación, semejantes hallazgos a los reportados en los estudios australianos mencionados anteriormente.



El segundo estudio replicó la metodología de evaluación a través de la CIF, pero en pacientes bipolares en condición no eutímica (24), es decir, sin remisión sintomática encontrándose que el funcionamiento en estos pacientes fue deficitario en el 55% de las categorías recogidas en la Checklist de la CIF-II en más del 50% de los sujetos, nuevamente el dominio de actividades participación fue el componente en el que mayores niveles de discapacidad fueron hallados. En el análisis de los factores ambientales, los principales facilitadores del nivel de funcionamiento fue la medicación para un 97%, seguido del apoyo de familiares cercanos para un 85,5% de los sujetos, mientras que las actitudes sociales para un 38%, actitudes de la familia cercana respecto a la enfermedad 16,2% y las variaciones estacionales en 15,3% fueron las principales barreras contextuales en el afrontamiento de su padecimiento. Vale mencionar que el Programa de Investigación en Trastorno Bipolar de la Universidad de Barcelona ha desarrollado, al igual que otros grupos de investigación de padecimientos físicos, los conjuntos básicos de funcionamiento para el trastorno bipolar (25).

Así las cosas, es significativo el camino avanzado en el plano internacional en el uso de esta herramienta y sus instrumentos derivados en la determinación del impacto de determinadas condiciones de salud en el funcionamiento global, calidad de vida y bienestar de los individuos y poblaciones.

En Costa Rica la inserción de la CIF como herramienta de clasificación en el ámbito de la salud es incipiente y circunscrita al campo de la discapacidad física. Bajo esta coyuntura, el Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial (CNREE) ente rector de discapacidad en el país en conjunto con la Agencia de Cooperación Internacional Japonesa (JICA), publicó recientemente el Manual para conocer la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (26). El texto pretende que las personas que trabajan en el tema de la discapacidad conozcan en qué consiste la CIF y cuál es su lógica y utilidad. Otra publicación conjunta de estas dos entidades denominada Rehabilitación en Costa Rica: Situación y Perspectiva (27), plantea la necesidad de incorporar la herramienta de la CIF en las acciones tanto de atención como investigación en el campo de la discapacidad y la rehabilitación tanto física como mental en Costa Rica, no obstante, no se señalan estudios específicos que evidencien dichas implementaciones. Como se puede observar la utilización de dicho instrumento en nuestro medio es apenas un planteamiento sugerido por dar uso a una herramienta que es ya de uso, utilidad y renombre internacional y oficial en materia de salud.

Un antecedente importante de este interés por el estudio de perfiles de discapacidad e impacto de la enfermedad mental en el funcionamiento han sido los procesos de capacitación al personal asistencial emprendidos en el Hospital Nacional Psiquiátrico, institución



centenaria de salud mental adscrita a los servicios de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). En esta coyuntura se ha hecho énfasis en la necesidad del uso de la CIF tanto en los servicios de hospitalización, como de consulta externa y centro diurno con el fin de captar una imagen más integral y comprehensiva del funcionamiento vital en el contexto de padecimientos específicos. Una iniciativa de investigación valiosa que se desarrolla en la actualidad en este centro hospitalario es el desarrollo de los conjuntos básicos para la valoración del estado mental en personas con trastorno mental severo y persistente, con el objetivo sustancial de desarrollar a posteriori una escala de valoración funcional que permita captar el funcionamiento transversal de la población que se atiende en los diversos servicios de la institución (28). Esto permitirá realizar procesos evaluativos más detallados y orientados en un plan individual de tratamiento con múltiples componentes y participación interdisciplinaria integral.

Conclusiones sobre hallazgos empíricos

Los hallazgos derivados del cuerpo de investigación mencionada anteriormente reflejan la importancia y urgencia por ser traducidos en implicaciones para una práctica clínica en salud mental renovada, que debe procurar un ejercicio evaluativo comprehensivo de las condiciones de salud, un acto interventor que incorpore la interdisciplinaria en la atención como rasgo distintivo y una delimitación de las bases para un trabajo de campo y político público que procure la búsqueda de

la superación de las barreras contextuales y actitudinales que aun perduran en los países latinoamericanos con relación a la salud mental y a los usuarios/as de los servicios que ofertan atención de este género.

Las consecuencias que tienen a largo plazo los trastornos psicológicos más graves se podrían describir a través de distintas dimensiones. La CIF introduce un cambio sustituyendo las descripciones negativas de los cuadros de deficiencia, discapacidad e incapacidad por las descripciones neutras de las estructuras y funciones corporales, las actividades y la participación. Incluyéndose una sección relativa a los factores ambientales como parte de esta clasificación, esto, debido al reconocimiento de la importancia de factores ambientales para facilitar el funcionamiento de personas que experimentan cuadros de discapacidad secundarios a trastorno mental grave, o para crear barreras que interfieren en términos prácticos con dicho funcionamiento. Considerando que los factores ambientales interactúan con un estado de salud determinado creando o aumentando una discapacidad o reestableciendo el funcionamiento, según el factor ambiental considerado sea un elemento facilitador o una barrera (29).

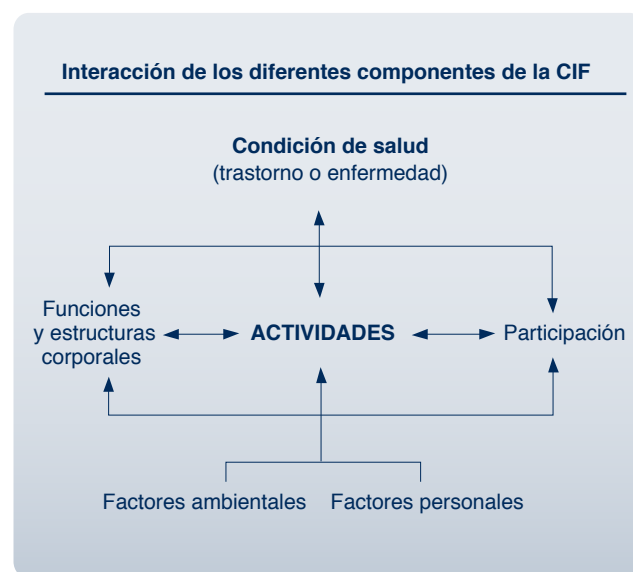
En este sentido, la CIF es una herramienta útil para abordar de manera global la salud mental en todas sus dimensiones: biológica (alteraciones corporales estructurales y funcionales); psicológica (limitaciones personales de la actividad) y social (restricciones en la participación social). Cada una de estas



dimensiones presenta fundamentos teóricos sobre los que es posible la formulación de una intervención de carácter preventivo o rehabilitador. Preventivo en tanto logren incidir en la modificación de barreras contextuales y desarrollen un fortalecimiento de políticas públicas inclusivas y novedosas, rehabilitador, en los casos en que la intervención se dirija principalmente hacia la mejora funcional del individuo afectado por una determinada condición de salud. Así, la naturaleza de una intervención se definirá por el objetivo que se pretende alcanzar en la interacción inobjetable sujeto-medio ambiente.

La actual brecha en el tratamiento de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe sigue siendo abrumadora como evidencian estudios recientes (30), mismos que prevén que la transición epidemiológica y los cambios en la composición poblacional podría acentuar aun más la brecha en la atención en la región, a no ser que se formulen nuevas políticas de salud mental o que se actualicen las existentes, procurando incluir en ellas la extensión de los programas y servicios. Es preciso dentro de esta misma óptica, desarrollar una línea de investigación que delimite los perfiles de funcionamiento y discapacidad para los grupos de psicopatología con alta prevalencia e incidencia en Costa Rica tales como la depresión, los trastornos psicológicos relacionados con el estrés y consumo de sustancias, mismos que se reportan según datos institucionales como una de las primeras causas de incapacidad laboral (31), (32).

Sabido es que las concepciones en torno a la salud y la enfermedad dependen en gran medida de la época en la que se gesten y en los determinantes sociohistóricos en las relaciones de poder en que se desenvuelve el ejercicio de la salud, de los modelos explicativos, así como de aspectos socioculturales e históricos. En este sentido, bajo el modelo de la CIF nos encontramos asistiendo a una época revolucionaria en la concepción de la salud mental. Sin duda alguna, los conceptos de dicha clasificación nos acercan a una visión más integral y dinámica del fenómeno en cuestión y menos estereotipada de la enfermedad y de los usuarios (as) de los servicios. Posibilitando a su vez, una aproximación más inmediata al sentido de bienestar psicológico y a la posibilidad de que las personas alcancen una calidad de vida que los acerque al ideal de felicidad y realización que posean dentro de su propio esquema axiológico.



Fuente: Organización Mundial de la Salud Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud. Madrid: IMSERSO; 2001



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(1) Organización Mundial de la Salud. La Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud. Madrid: IMSERSO; 2001.

(2) Ayuso-Mateos JL, Nieto-Moreno M, Sánchez-Moreno J, Vázquez-Barquero JL. Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF): aplicabilidad y utilidad en la práctica clínica. *Med Clín (Barc)*. 2006; 126 (12): 461-6.

(3) Wade, DT & Halligan, P. New wine in old bottles: the WHO ICF as an explanatory model in human behaviour. *Clin Rehabil*. 2003; 17: 349-54.

(4) Vázquez-Barquero JL, Herrera-Castanedo S, Ramos Martín-Vegue AJ, Gaité-Pindado L. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF): antecedentes, marco conceptual y estructura. *Papeles Médicos*. 2001; 10 (4):177-184

(5) 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]: 81-5.

(6) Asociación Americana de Psiquiatría. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR, Texto Revisado. Barcelona: Masson; 2001.

(7) Sarason I, Sarason B. Psicopatología: psicología anormal el problema de la conducta inadaptada. 11ª. ed. México: Prentice Hall; 2006.

(8) Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE-10) 10ª Edición. Madrid: Ediciones Técnicas Gráficas Forma S.A; 1992.

(9) Stucki, A, Grimby, G. Applying the ICF in medicine. *J Rehabil Med*. 2004; 44: 5-6.

(10) Cieza A, Schwarzkopf S, Sigl T, Stucki, A, Melvin J, Stoll T, et al. ICF Core Sets for Osteoporosis *J Rehabil Med*. 2004; 44 Suppl: 81-6.

(11) Stucki, A, Cieza A, Geyh S, Battistella L, Lloyd JSD, Kostanjsek N, et al. ICF Core Sets for rheumatoid arthritis. *J Rehabil Med*. 2004; 44 Suppl: 87-93.

(12) Cieza A, Stucki A, Weigl M, Kullman L, Stoll T, Kamen L, et al. ICF Core Sets for chronic widespread pain. *J Rehabil Med*. 2004; 44 Suppl: 63-8.

(13) Cieza A, Stucki A, Weigl M, Disler P, Jackel WM, Van der Linden S, et al. ICF Core Sets for low back pain. *J Rehabil Med*. 2004; 44 Suppl: 69-74.

(14) Dreinhöfer K, Stucki G, Ewert T, Ebenbichler G, Gutenbrunner C, et al. ICF Core Sets for Osteoarthritis *J Rehabil Med*. 2004; 44 Suppl: 75-85.



(15) Cieza A, Stucki A, Geyh S, Berteau M, Quittan M, Simon A, et al. ICF Core Sets for chronic ischaemic heart disease. *J Rehabil Med.* 2004; 44 Suppl: 94-9.

(16) Rouf J, Cieza A, Wulff B, Angst F, Ergeletzis D, Omar Z, et al. ICF Core Sets for diabetes mellitus. *J Rehabil Med.* 2004; 44 Suppl: 100-6.

(17) Stucki A, Daansen P, Fuesl M, Cieza A, Huber E, Atkinson R., et al. ICF Core Sets for obesity. *J Rehabil Med.* 2004; 44 Suppl: 113-7.

(18) Stucki A, Stoll T, Cieza A, Weigl M, Giardini A, Wever D et al. ICF Core Sets for obstructive pulmonary disease. *J Rehabil Med.* 2004; 44 Suppl: 114-20.

(19) Brach M, Cieza A, Stucki A, Fuesl M, Cole A, Ellerin B, et al. ICF Core Sets for obesity. *J Rehabil Med.* 2004; 44 Suppl: 113-7.

(20) Chopra PK, Couper JC & Herrman H. The assessment of disability in patients with psychotic disorders – an application of the ICDH-2. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry.* 2002; 36: 127–132.

(21) Chopra PK, Couper J. W. & Herrman H. (2004) The assessment of patients with long-term psychotic disorders: application of the WHO Disability Assessment Schedule II. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry.* 2004; 38: 753–759.

(22) Nieto-Moreno, M. et. al. Aplicación de la CIF para el estudio y evaluación del funcionamiento y la discapacidad en depresión unipolar en el ámbito de la atención primaria. *Actas Españolas de Psiquiatría,* 2006; 34 (6): 393-396.

(23) Sánchez-Moreno J., Martínez-Aran A., Nieto-Moreno M., Torrent C., Vieta E., Martínez H., Ayuso-Mateos J.L. Detection of functional Impairments in Euthymic Bipolar Patients using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF); Annual Meeting of American Psychiatric Association; 2007 May 19-24; San Diego, CA. 160th

(24) Cabello-Salmerón M., Nieto-Moreno M., Sanchez-Moreno J., Gimeno-Blanco P., Martínez-Cano H., Valle, J., Ramos-Gorostiza, P. & Ayuso-Mateos J.L. Evaluación del Funcionamiento y la Discapacidad en pacientes Bipolares no-eutímicos usando la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF); XI Congreso Nacional de Psiquiatría, Santiago de Compostela, España, 2007.

(25) Vieta E, et. al. Developing core sets for persons with bipolar disorder base on the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Bipolar Disorders,* 2006; 8: 1-9.



(26) Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial. Agencia de Cooperación Internacional del Japón (CNREE, JICA) Manual para conocer la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud, Heredia, C.R.: CNREE/JICA, 2005.

(27) Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, Agencia de Cooperación de Japón (JICA). Rehabilitación en Costa Rica: Situación y Perspectiva. San José, Costa Rica, 2006.

(28) Carpio K., Malavassi, E. Estudio Descriptivo de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y Salud en Personas con Enfermedad Mental Severa y Persistente [tesis de licenciatura], San José: Universidad de Costa Rica; 2009.

(29) Rössler Wulf. Rehabilitación psiquiátrica hoy: una perspectiva general. World Psychiatry (Ed. Esp.) 2006; 4 (3): 151-167.

(30) Kohn R. et. al. Los Trastornos mentales en America Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. Revista Panamericana de Salud Pública 2005; 18, 4/5: 229-240.

(31) Ávalos Ángela. En aumento incapacidades por enfermedades mentales. La Nación 2008, 13 de abril; Sección El país: 4A (col.1).

(32) Organización Panamericana de la Salud. Situación actual de la salud mental en Costa Rica [Versión electrónica]. Serie Análisis de Situación de Salud; N° 10. San José, Costa Rica: Ministerio de Salud/OPS, 2004.

