



EUTOPIA-IP

European Guideline for Target Group oriented
psychosocial aftercare-Implementation

Target Group Intervention Program
Manual IV

Rehabilitación de los trastornos psíquicos
tras grandes catástrofes

Robert Bering, Alarcoz Cieza, Claudia Schedlich & Gisela Zurek

El manual de aplicación del Índice de Riesgo de Colonia en el área de catástrofes ha sido desarrollado en un proyecto de la Unión Europea denominado „Guías europeas para una asistencia psicosocial orientada al grupo diana después de catástrofes“, adaptándolo al estado actual de las investigaciones dentro del proyecto de seguimiento EUTOPA-IP.

Autores

Dr. Robert Bering: Catedrático no numerado, Médico especialista en Psiquiatría y Psicoterapia. Jefe Médico del Centro de Psicotraumatología „Alexianer Krefeld GmbH“

Dr. Alarcos Cieza: Catedrática no numerada, investigadora asociada, Instituto de Ciencias de la Salud y Rehabilitación, Universidad Ludwig-Maximilian, Munich

Claudia Schedlich: Psicóloga del Centro de Psicotraumatología „Alexianer Krefeld GmbH“, Gerente de Formación de Especialistas en Psicotraumatología DIPT/IKPPD

Gisela Zurek: Psicóloga del Centro de Psicotraumatología „Alexianer Krefeld GmbH“

Agradecimientos

La Comisión Europea fomentó la creación de EUTOPA bajo el convenio de subvención número „07030601/2006/447903/SUB/A3“ y de EUTOPA-IP bajo el convenio de subvención número „070401/2009/540414/SUB/A4“. Queremos dar gracias a los delegados de EUTOPA por las discusiones tan valiosas que han surgido durante la modificación del TGIP para catástrofes.

Dean Ajdukovic, David Alexander, Rosemarie Barwinski, Roman Birvon, Jonathan Bisson, Barbara Blanckmeister, David Bolton, Gernot Brauchle, Claudia Bredenbeck, Chris Brewin, Bruno Carlos Almeida de Brito, Ranieri Brook Barbieri, Alarcos Cieza, Paul Cutajar, Francine Dal, Anita Deak, Katherine Deeley, Albert Deistler, Fruzsina Deme, Aida Maria dos Santos Dias, Michel Dückers, Jose Felix Duque, Ask Elklit, Lucy Faulkner, Maja Furlan, Eva Garossa, George Gawlinski, Eric Geerligts, Oliver Gengenbach, Stelios Georgiades, Berthold Gersons, Annika Gillispie, Irina Gudaviciene, Miroslav Harvan, Trond Heir, Leonie Hoijtink, Simona Hoskovcová, Barbara Juen, Maria Kee, Zafiria Kollia, Uwe Korch, Dietmar Kratzer, Nora Lang, Talia Levanon, Vivienne Lukey, Jana Malikova, Robert Masten, Giulia Marino, José M.O. Mendes, Tiiu Meres, José Carlos Mingote Adán, Maureen Mooney, Maria Eugenia Morante Benadero, Carlos Mur de Viu, Josée Netten, Ágatha Niemyjska, Iliana Nikolova, Brigit Nooij, Dag Nordanger, Lasse Nurmi, Miranda Olf, Francisco Orengo, Gerry O'Sullivan, Anthony Pemberton, Danila Pennacchi, Delphine Pennewaert, Pascal Perez Guertault, Cristiana Pizzi, Gerd Puhl, Raija-Leena Punamäki, Ralf Radix, Gavin Rees, Maire Riis, Magda Rooze, Claudia Roth, Arielle de Ruijter, Salli Saari, Rob Sardemann, Christina Schloßmacher, Claudia Schorr, Frederico Galvao da Silva, Jana Seblova, Aysen Ufuk Sezgin, Erik de Soir, Marc Stein, Gisela Steiner, Sofia Stoimenova, Axel Strang, Jan Swinkels, Lajos Szabó, Dominique Szepielak, Petra Tabelling, Hans te Brake, Miguel André Telo de Arriaga, Graham Turpin, Willy van Halem, Koen van Praet, Jozsef Vegh, Ronald Voorthuis, Edgar Vor, Stepan Vymetal, Dieter Wagner, Lars Weisaeth, Martin Willems, Richard Williams, Moya Wood - Heath, William Yule, Bogdan Zawadzki

Agradecemos a nuestros socios las cooperaciones internacionales. Éstas incluyen al coordinador del proyecto y beneficiario: la Ciudad de Colonia, Stichting Impact – Centro holandés de conocimiento y asesoramiento de atención psicosocial post-desastre, Países Bajos, Sociedad Española de Psicotraumatología, Estrés Traumático y Disociación (SEPET+D), España, Universidad Carlos, Praga, República Checa, y la Ciudad de Düsseldorf, Departamento de Salud Pública, Alemania. Agradecemos a Silvia Gimeno la traducción del manual.

© 2011 Bering, Cieza, Schedlich, Zurek

Quedan reservados todos los derechos sobre la obra completa, incluyendo todas sus partes. Esto se refiere sobre todo a la duplicación, traducción y la elaboración ulterior dentro y fuera de sistemas electrónicos.

Bibliografía sobre el Programa de Intervención en el Grupo Diana (TGIP)

Las traducciones al alemán y al inglés las podrá encontrar en www.eutopa-info.eu

- Bäumker, B. & Bering, R. (2003). Die Debriefingkontroverse: Eine Literaturanalyse zur Effektivität von Kriseninterventionsmaßnahmen. In: R. Bering, C. Schedlich, G. Zurek & G. Fischer (Hrsg., 2003, S. 13–34).
- Bering, R. (2011, 2. Auflage). *Verlauf der Posttraumatischen Belastungsstörung. Grundlagenforschung, Prävention, Behandlung*. Shaker Verlag: Aachen.
- Bering, R. & Fischer, G. (2005). Kölner Risiko Index (KRI). In B. Strauß & J. Schuhmacher (Hrsg.), *Klinische Interviews und Ratingskalen* (S. 216–221). Göttingen: Hogrefe.
- Bering, R., Kimmel, E., Grittner, G. & Fischer, G. (2003). Das elektronische Schulungsmanual eReader 3.0 »Behandlung und Prävention von Psychotraumen«. Anwendung neuer Medien zur Vermittlung der Zielgruppenorientierten Intervention in der Bundeswehr. In: R. Bering, C. Schedlich, G. Zurek & G. Fischer (Hrsg., 2003, S. 118–131).
- Bering, R., Schedlich, C., Zurek, G. & Fischer, G. (2003). Zielgruppenorientierte Intervention. Verfahrensvorschläge zur Reformierung des Truppenpsychologischen Konzepts der Bundeswehr, *Untersuchungen des Psychologischen Dienstes der Bundeswehr 2003* (S. 9–131.) München: Bundesministerium der Verteidigung - PSZ III 6. Verlag für Wehrwissenschaften.
- Bering, R., Zurek, G., Schedlich, C. & Fischer, G. (2003a). Zielgruppenorientierte Soldatenhilfe: Eine Pilotstudie zur Reformierung der Kriseninterventionsmaßnahmen nach Einsätzen der Bundeswehr. *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 1, 15–22.
- Bering, R., Zurek, G., Schedlich, C. & Fischer, G. (2003b). Psychische Belastung von Soldaten der Bundeswehr nach KFOR und SFOR Einsätzen auf dem Balkan. In: R. Bering, C. Schedlich, G. Zurek & G. Fischer (Hrsg., 2003, S. 35–87).
- Bering, R., Schedlich, C., Zurek, G. & Fischer, G. (2004). Target-Group-Intervention-Program: A new approach in the debriefing controversy. *European Trauma Bulletin*, 11(1), 12–14.
- Bering, R., Schedlich, C., Zurek, G. & Fischer, G. (2006). Zielgruppenorientierte Intervention zur Prävention von psychischen Langzeitfolgen für Opfer von Terroranschlägen (PLOT). *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 1, 57–75.
- Bering, R., Schedlich, C., Zurek, G. & Fischer, G. (2007). Zielgruppenorientierte Intervention zur Vorbeugung von Belastungsstörungen in der hausärztlichen Praxis. In: R. Bering & L. Reddemann (Hrsg.), *Schnittstellen von Medizin und Psychotraumatologie. Jahrbuch Psychotraumatologie 2007*. (S. 51–66). Heidelberg: Asanger.
- Bering, R., Elklit, A., Schedlich, C., Zurek, G. (2009). Psychosocial Crisis Management: The role of Screening, Risk factors, and Psychopharmacology to prevent trauma related disorders. *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 3, 63-74.
- Bering, R., Schedlich, C. & Zurek, G. (2011). Großschadenslagen als potentiell traumatisierende Ereigniskonstellation. In: G. H. Seidler, H. J. Freyberger, A. Maerker (Hrsg), *Handbuch der Psychotraumatologie* (S. 493-507). Stuttgart. Klett-Cotta.
- Bering, R., Schedlich, C. & Zurek, G. (2011). Situationstypologien der Psychosozialen Notfallversorgung. In: G. H. Seidler, H. J. Freyberger, A. Maerker (Hrsg), *Handbuch der Psychotraumatologie* (S. 644-658). Stuttgart. Klett-Cotta.
- Fischer, G., Bering, R., Hartmann, C. & Schedlich, C. (2000). Prävention und Behandlung von Psychotraumen, *Untersuchungen des Psychologischen Dienstes der Bundeswehr 2000* (S. 10–54). München: Bundesministerium der Verteidigung - PSZ III 6. Verlag für Wehrwissenschaften.
- Schedlich, C., Bering, R., Zurek, G. & Fischer, G. (2003). Maßnahmenkatalog der Zielgruppenorientierten Intervention zur Einsatznachbereitung. In: R. Bering, C. Schedlich, G. Zurek & G. Fischer (Hrsg., 2003, S. 89–115).
- Schedlich, C., Zurek, G., Kamp, M. & Bering, R. (2008). Adaptation der Zielgruppenorientierten Intervention für die mittel- und langfristige psychosoziale Unterstützung im Katastrophenfall. *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 2, 75–90.
- Zurek, G., Schedlich, C. & Bering, R. (2008). Traumabasierte Psychoedukation für Betroffene von Terroranschlägen. *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 2, 63–74.

Encontrará más información sobre el Programa de Intervención en Grupos Diana (TGIP) en relación con la atención a las víctimas de atentados terroristas y a soldados desplegados en operaciones en el extranjero en las páginas

www.ikpp-bundeswehr.de

www.plot-info.eu

Índice

1.	INTRODUCCIÓN.....	6
1.1	Funcionamiento y discapacidad después de una catástrofe	6
1.2	Promoción del funcionamiento y de la rehabilitación.....	7
2.	LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO, DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD.....	8
2.1	Definición.....	8
2.2	Implementación de la CIF: status quo	11
3.	CUESTIONARIO SOBRE FUNCIONAMIENTO Y DISCAPACIDADES – RESPUESTAS AL ESTRES (Q-FIS-SR POR SUS SIGLAS EN INGLES).....	15
4.	EJEMPLOS DE APLICACION DE Q-FIS-SR: ESTUDIO D UN CASO	17
4.1	Estudio de caso “CIF Servicios uniformados”	17
4.2	Aplicación del Q-FIS-SR	18
5.	REHABILITACION EN EL PROGRAMA DE INTERVENCION EN EL GRUPO DIANA (TGIP POR SUS SIGLAS EN INGLES).....	20
5.1	Rehabilitación en los TGIP	20
5.2	Ciclo de rehabilitación.....	20
6.	PROGRAMAS DE REINSERCIÓN LABORAL.....	22
7.	DISCUSIÓN.....	23
8.	BIBLIOGRAFÍA.....	25

1. Introducción

1.1 Funcionamiento y discapacidad después de una catástrofe

Los criterios para el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) fueron acuñados durante la inclusión del diagnóstico en el DSM-III (1980) y se basan en la observación de que una experiencia de naturaleza catastrófica puede desencadenar la triada sintomática de intrusión, evitación y sobreexcitación en algunas de las personas afectadas. Desde entonces han aparecido numerosas publicaciones en revistas científicas que miden tanto la epidemiología, como la prevención y el progreso de los tratamientos basándose en el grado de intensidad sintomática. Apoyándose en un consenso general, se ha concluido que el éxito del tratamiento del TEPT puede medirse a través de la disminución de los síntomas.

Hasta la actualidad, la discapacidad causada por el TEPT ha jugado un papel menor. En el Centro de Psicotraumatología de la Alexianer Krefeld GmbH, Alemania, hemos podido observar la fenomenología y la sintomatología de numerosos pacientes que sufren TEPT simple o complejo en diversos grupos de edad. Los síntomas de nuestros pacientes nos proporcionan material insuficiente en lo referente a su nivel de funcionamiento en el trabajo, en su vida familiar o en su vida social. De acuerdo con nuestra experiencia, para hacer una indicación adecuada tanto para pacientes ambulatorios, como para pacientes internos o pacientes en hospitales de día, hay que considerar criterios adicionales más allá de los síntomas. A parte del nivel de funcionamiento, se ha de prestar especial atención al contexto social del paciente.

Tenemos datos empíricos que muestran que los factores psicosociales juegan un papel fundamental tanto en los factores de riesgo para el desarrollo de un TEPT como en el pronóstico de éxito terapéutico. Nuestra investigación respecto a la inter-validación del Índice de Riesgo de Colonia (Kölner Risikoindex) en concordancia con varios meta-análisis (Ozer et al, 2003) ha demostrado que la falta de un sistema de apoyo social es un factor de riesgo grave para el desarrollo del TEPT (Bering et al, 2009; Bering, 2011). Los estudios de las catamnesis de nuestros pacientes han demostrado que la movilización de recursos sociales determina el éxito del tratamiento de manera fundamental (Köhler & Bering, 2012).

Sabemos que después de grandes catástrofes, la mayoría de los afectados desarrollan un trastorno por estrés agudo que disminuye pasadas unas pocas semanas (NATO & OTAN, 2008). Por eso la simple constatación de la patología no es un indicador válido para el pronóstico de la duración de la reacción de estrés (Bryant, 2003). Por ello hemos de buscar modelos adicionales que puedan predecir con mayor precisión el desarrollo de un desorden

mental crónico tras, por ejemplo, una catástrofe u otro incidente crítico. Investigaciones recientes han mostrado que los factores de riesgo tienen un valor pronóstico mayor que la carga sintomática de soldados alemanes desplegados en misiones en Afganistán (Dunker, 2009). La discapacidad funcional puede ser un buen candidato para la exploración pronóstica en programas de intervención precoz. Es más, los componentes de discapacidad pueden constituir un factor de riesgo para el comienzo tardío de TEPT y para un resultado terapéutico insatisfactorio.

En nuestro centro nos aseguramos de poner mayor énfasis en los efectos psicosociales del TEPT que lo expuesto en los manuales diagnósticos del DSM/CIE. Así, vemos la necesidad de desarrollar un enfoque funcional en el campo de la psicotraumatología que abarque la interacción de la respuesta ante el estrés, el desarrollo de síntomas y el desarrollo de una discapacidad a nivel funcional. Además, nuestro equipo terapéutico está formado por diversos grupos profesionales: psiquiatras, psicólogos, enfermeras, fisioterapeutas, trabajadores sociales y ergoterapeutas. Ni el DSM ni la CIE nos proporcionan un lenguaje común interdisciplinario que describa el estado del paciente en términos de funcionamiento, participación y factores medioambientales.

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y de la Salud (CIF, 2001) podría considerarse un instrumento más adecuado para registrar los efectos psicosociales del TEPT y el TEPT complejo. Así mismo, la terminología de la CIF puede servir como marco común para diversos equipos profesionales para describir el estatus y el resultado del tratamiento y la rehabilitación. La próxima redefinición del TEPT en el DSM-V también ofrece la posibilidad de poner mayor énfasis en las consecuencias psicosociales de los trastornos relacionados con el estrés.

Este manual sobre el Programa de Intervención en el Grupo Diana (TGIP por sus siglas en inglés) adapta el TGIP al concepto de la CIF. Los conceptos centrales de discapacidad y salud sirven como marco de referencia para la gestión de la discapacidad en los síndromes relacionados con el estrés. Este manual de TGIP-Rehabilitación parte de la base que la CIF ha sido aprobada en todos los países miembros de la UE.

1.2 Promoción del funcionamiento y de la rehabilitación

En los manuales I-III hemos señalado que uno de los principales objetivos en los períodos posteriores a una catástrofe es la identificación de grupos de riesgo de sufrir trastornos psicológicos crónicos. El paradigma del funcionamiento puede ser útil como instrumento de predicción para síndromes crónicos relacionados con el estrés. También sería de utilidad introducir el concepto de rehabilitación para aquellos que estén en tratamiento debido a al-

guna discapacidad. La figura 1 muestra cómo los supervivientes de un desastre podrían necesitar programas de rehabilitación que incluyan programas de rehabilitación laboral y que mejoren el funcionamiento en la interacción interpersonal, en el auto-cuidado, en la vida doméstica y en la participación en la vida comunitaria, social y civil. En este trastorno las limitaciones y restricciones en sentido de la CIF han de ser identificadas lo antes posible y la terminología de la CIF debería servir como marco de referencia básico para los objetivos de la rehabilitación. Hemos diseñado el Q-FIS-SR para proporcionar una herramienta para medir el funcionamiento y la discapacidad.

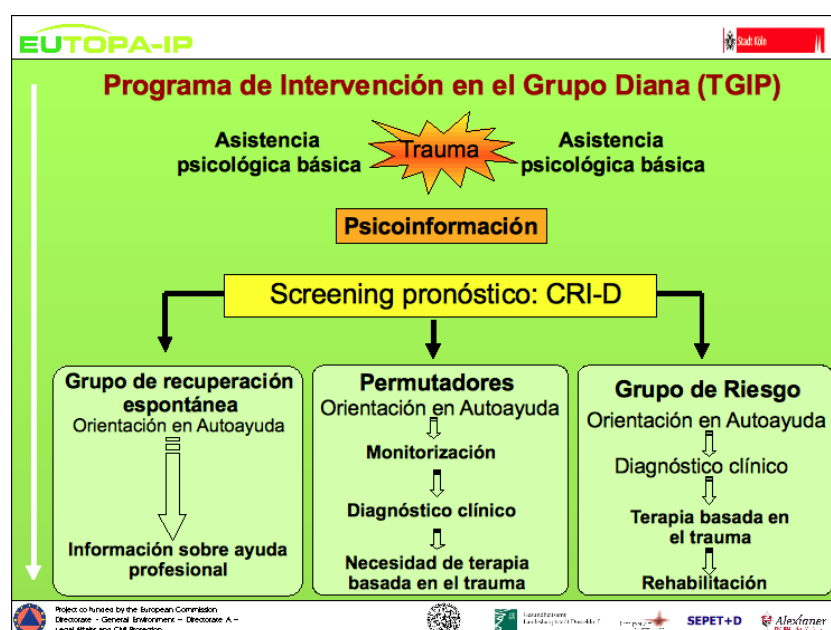


Figura 1: Programa de Intervención en el Grupo Diana: Se muestran diferentes medidas del TGIP.

2. La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud

2.1 Definición

La CIF, aprobada en el año 2001 por la OMS, es un nuevo sistema clasificatorio basado en un modelo biopsicosocial (opuesto al modelo biomédico tradicional de la CIE-10), que entiende el funcionamiento como una interacción entre el estado de salud y los factores/influencias del entorno (personales, sociales y ambientales). Es importante comprender que la CIF no está concebida para funcionar de manera independiente ni para reemplazar la CIE-10. La CIF se describe más bien como “segundo lenguaje” para valorar salud y discapacidad. En términos generales, se puede decir que la CIE-10 clasifica las enfermedades,

mientras que la CIF clasifica la salud. Este es uno de los aspectos centrales de la CIF: se propone enfatizar los recursos disponibles del paciente y por consiguiente escapar del tradicional “enfoque del déficit en Medicina” (Lollar & Simeonsson, 2005, p. 324). El Director General de la OMS lo expresó de la siguiente manera: “Conjuntamente, las dos [CIF y CIE] nos facilitan herramientas amplias pero aún así precisas para entender la salud de una población y ver cómo el individuo y su entorno interactúan para dificultar o fomentar una vida vivida en plenitud” (Brundtland, 2002).

La estructura de la CIF es jerárquica y se divide en dos partes fundamentales: (1) Funcionamiento y discapacidad y (2) Factores contextuales. El factor funcionamiento y discapacidad consiste en dos componentes: (a) Sistemas corporales (Función y estructura) y (b) Actividades y participación. Los factores contextuales también se dividen en dos componentes: (a) Ambiental y (b) Personal. (Para una visión general, ver figura 2)

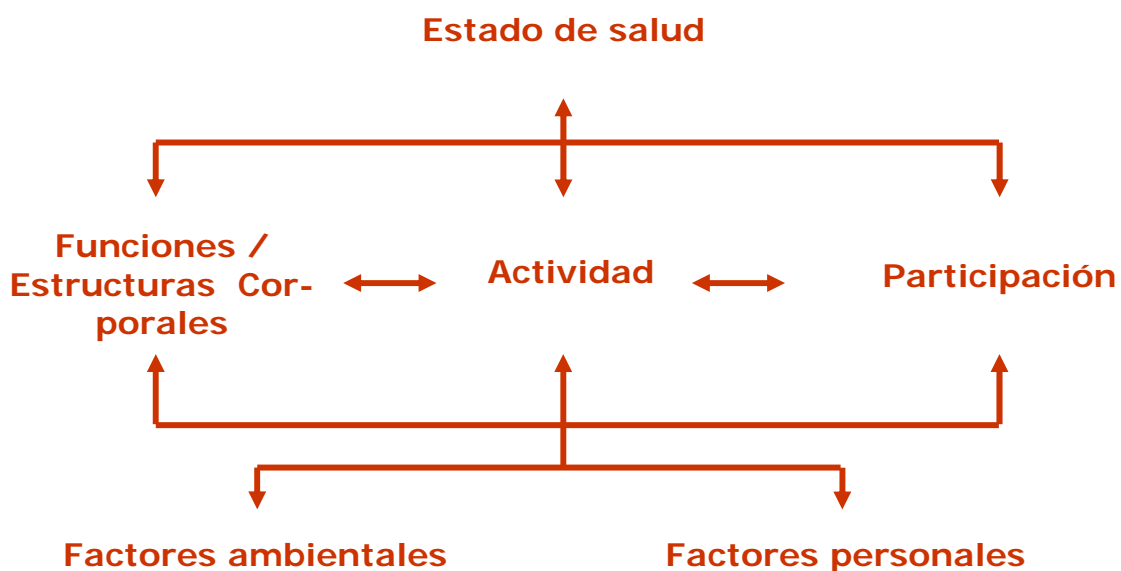


Figura 2: Componentes de la CIF.

La OMS (2007) define estos componentes de la siguiente manera:

Las funciones corporales son “las funciones fisiológicas de los sistemas corporales” (p.9) (incluyendo las funciones psicológicas) mientras que las estructuras corporales se definen como “partes anatómicas del cuerpo como los órganos, las extremidades y sus componentes” (p.9). La actividad se entiende como “la realización de una tarea o acción por parte de un individuo, mientras que la participación es el acto de involucrarse en una situación vital” (p.9). Respecto a los factores contextuales, los factores ambientales se describen como “entornos físicos, sociales y actitudinales en los que las personas viven y llevan a cabo sus vi-

das” (p. 9) y los factores personales se describen como “los antecedentes particulares de un individuo y comprenden rasgos del individuo que no forman parte de su estado de salud” (p.15). Cada componente consta de un determinado número de códigos organizados jerárquicamente que representan a ese componente.

Los códigos de la CIF se cumplimentan únicamente si se aplican con un calificador, que muestre cuán severamente dañada se encuentra un área determinada. El calificador se añade en forma de número (que varía de 0 = funcionamiento total/no hay discapacidad a 4 = funcionamiento nulo/completamente discapacitado) al final del código (por ejemplo, xxx.2). Respecto a la descripción de factores medioambientales, el calificador se puede utilizar para describir el impacto negativo del ítem sobre el individuo, cuando constituye una barrera para el bienestar del sujeto, o el impacto positivo sobre el individuo, cuando estimula su bienestar. Esto se hace añadiendo respectivamente un “-” o un “+” delante del calificador (por ejemplo, e115+3).

La contribución más importante de este nuevo sistema clasificatorio es la corroboración oficial de que el funcionamiento humano se basa en la interacción de una variedad de factores. Mientras que los expertos en salud siempre han sido conscientes de este hecho, a través de la CIF ahora se reconoce “oficialmente”, lo que imposibilita el hecho de pasar por alto que “el ambiente a menudo afecta a la persona con una discapacidad física más que el estado físico per se” (Lollar & Simeonsson, 2005). Aunque los factores individuales todavía juegan un papel importante, la noción de que el paciente está enfermo y que tiene problemas de funcionamiento únicamente debido a los factores personales está siendo reemplazada por una visión más holística y comprensiva de la persona - no solamente como individuo, sino como miembro de la sociedad. La CIF por fin muestra lo inapropiado que es sacar a la persona del contexto en el que vive y considerarlo como un ser aislado.

Esta aproximación también desplaza la responsabilidad de la discapacidad del individuo a toda la sociedad: a los miembros de la familia nuclear, a los profesores, a la comunidad y finalmente a los especialistas de salud, a las instituciones y a las leyes y la legislación aprobada por los políticos. Hasta cierto punto, este hecho se aplica especialmente a los trastornos de salud mental: durante demasiado tiempo, los enfermos mentales han sido etiquetados como “locos”.

La CIF reta a la sociedad a asumir la responsabilidad, ya que la discapacidad de un individuo y la mejora o el empeoramiento de su estado no está únicamente en sus propias manos, sino en manos de la sociedad. La introducción de la CIF establece el marco oficial en el que cada ciudadano reconoce su propio papel en la discapacidad del prójimo.

2.2 Implementación de la CIF: status quo

La CIF está actualmente atravesando un intenso proceso de traspaso e implementación en muchos países. Este capítulo tiene como objetivo hacer un breve resumen del proceso de implementación en lo que respecta a los trastornos mentales.

2.2.1 La implementación de la CIF en la legislación y los sistemas de salud

Actualmente se han puesto en marcha proyectos basados en la CIF en 74 países (Ustun et al, 2003). Mbogoni (2003) revisó el alcance internacional que estaba teniendo la aplicación de la CIF (y anteriormente la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM)). Mientras que anteriores estudios llevados a cabo en países en vías de desarrollo no usaban definiciones CIDDM/CIF internacionalmente, las investigaciones más actuales muestran que están siendo aplicadas.

En los Estados Unidos se han llevado a cabo una serie de pasos importantes hacia la aplicación de la CIF en el sistema sanitario: La Oficina de Gerencia de Personal de Estados Unidos utiliza la CIF para que los empleados puedan indicar que padecen una discapacidad (Bruyère, 2005). Además, el Comité Nacional de Estadísticas de Vida y Salud ha recomendado utilizar la CIF como herramienta para informar del estado funcional. El Departamento de Salud y Servicios Humanos revisó encuestas nacionales y organizó los ítems relacionados con factores de discapacidad y funcionamiento de acuerdo con el sistema clasificatorio de la CIF (Bruyère et al., 2005).

En Europa, el proyecto EUTOPA (Schedlich, 2008) que incluye países como Alemania, España, Países Bajos y República Checa, ha sido de gran importancia a la hora de implementar la CIF en el campo del cuidado psicosocial tras sucesos catastróficos.

Respecto al sistema de salud y al sistema legal en Alemania, se pueden señalar diversos aspectos: la CIF ha sido recogida en la legislación y las regulaciones del sistema sanitario de Alemania y las compañías aseguradoras empiezan a incluir la CIF en sus formularios de solicitud de rehabilitación. Además, el Código Social alemán se basa en la CIF. La importancia y el potencial de la CIF no sólo se reflejan en las leyes alemanas, sino también en el trabajo del día a día con los pacientes. Todas las directrices y recomendaciones generales respecto al concepto de rehabilitación han sido ajustadas a la CIF (Ewert & Stucki, 2007).

2.2.2 La aplicación de la CIF en el contexto de la salud mental

Se ha iniciado tanto el desarrollo del "Manual de Procedimientos y directrices para una Aplicación Estandarizada de la CIF" como el desarrollo del DSM-V (Kennedy, 2003). El "Manual

de Procedimientos y directrices para una Aplicación Estandarizada de la CIF” es un manual clínico que está creando la Asociación Psicológica Americana (APA) junto a la OMS, para facilitar la aplicación de la CIF, ofreciendo directrices y herramientas para emplear los diversos conceptos e ítems de la CIF de una manera fiable, válida y de fácil manejo.

Durante el actual desarrollo del DSM V se están revisando varios aspectos incluyendo la Evaluación Global del Funcionamiento (GAF, por sus siglas en inglés) en el eje V. Esta revisión ofrece muchas oportunidades para incluir conceptos de la CIF y “repensar cómo los conceptos de funcionamiento y discapacidad encajan en los criterios diagnósticos de los trastornos mentales” (Kennedy, 2003, p.617). La CIF podría desempeñar un papel importante en la codificación de factores medioambientales del eje IV, los criterios de discapacidad del eje I y respecto al funcionamiento en el eje V. Sin duda, el trabajo para mejorar el DSM-IV va a “implicar probablemente la consulta a la CIF” (Kennedy, 2003, p.618) y también favorecerá la optimización de algunas secciones de la CIF, particularmente de los factores medioambientales (Kennedy, 2003).

Entre los resultados más importantes relacionados con la aplicación de la CIF se incluye el desarrollo de los conjuntos básicos (core sets). Los conjuntos básicos son una lista consensuada de categorías de la CIF para una discapacidad determinada (Cieza et al., 2004a) que pretende simplificar la aplicación de la CIF. En el campo de los trastornos mentales, se han desarrollado conjuntos básicos para la depresión (Cieza et al., 2004b) y están actualmente en desarrollo los conjuntos básicos para el trastorno bipolar (Vieta et al., 2007). Los conjuntos básicos de la CIF para la depresión consisten en un “conjunto básico exhaustivo” de 121 categorías (para una descripción multi-profesional de pacientes) y un “conjunto básico breve” de 31 categorías (para estudios clínicos e investigación).

El desarrollo de los conjuntos básicos es un proyecto de colaboración internacional de la “División Investigadora de la CIF y el Centro de la Familia Internacional de Clasificaciones de la OMS (FIC-OMS) en Alemania (en el DIMDI – Instituto alemán de documentación e información médica)”, la OMS y muchas otras organizaciones internacionales, como, por ejemplo, la Sociedad Internacional de Medicina Física y Rehabilitación (SIMFR). Hasta ahora se han desarrollado conjuntos básicos para 22 afecciones y dos se encuentran actualmente en desarrollo (<http://www.ICF-research-branch.org>) Paralelamente a estas colaboraciones internacionales, han tenido lugar otras iniciativas para desarrollar conjuntos básicos basados en la CIF que han seguido enfoques metodológicos distintos. Una de estas iniciativas hace referencia a pacientes psiquiátricos y se presenta en los siguientes párrafos.

Vale la pena resaltar dos proyectos con valor internacional llevados a cabo en Alemania relativos a la aplicación de la CIF en el campo clínico: El desarrollo de un Mini-CIF-Rating para trastornos mentales (Linden & Baron, 2005) y el desarrollo de conjuntos básicos para la re-

habilitación de pacientes psiquiátricos que fue aplicado de manera ejemplar en el centro de rehabilitación “Hauesser am Latterbach” (Grundmann, 2005).

El Mini-CIF-Rating para trastornos mentales es un instrumento de clasificación de observador breve para evaluar discapacidades y fue utilizado por primera vez en la clínica de rehabilitación “Seehof” para evaluar a pacientes que sufren de trastornos afectivos, trastornos de la personalidad, trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y somatomorfos. Se obtuvo una congruencia interjueces significativa así como correlaciones significativas con psicopatología, motivación por el trabajo y duración de la baja laboral. Debido a los resultados positivos de este primer estudio que demuestra que el instrumento es fiable, válido, factible y económico, el próximo desarrollo del Mini-CIF podría significar un paso importante en la aplicación de la CIF a los trastornos mentales.

En el centro de rehabilitación “Hauesser am Latterbach” se ha desarrollado e implementado un segundo conjunto básico para la rehabilitación psiquiátrica. Se utilizó un método Delphi para decidir qué 146 ítems serían finalmente elegidos. Se utilizaron tres métodos evaluativos para evaluar y valorar los ítems elegidos para formar parte de los conjuntos básicos: diálogo directo con los pacientes, observación de la conducta y pruebas psicométricas como el SCL-90-R. La integración de la CIF a los programas de rehabilitación fue facilitada por el uso del “modelo de ciclos de rehabilitación”, un enfoque de cuatro pasos de estimación, asignación, intervención y evaluación (Grundmann et al., 2005).

Los resultados obtenidos muestran cómo este conjunto básico permite una descripción satisfactoria de la salud funcional de los pacientes. Se encontró un índice de aceptación elevado en todos los grupos ocupacionales y el lenguaje relativamente sencillo y sin prejuicios simplificó la comunicación con los pacientes. Además, la gestión de la rehabilitación fue descrita como transparente y fácilmente comprensible. Posteriores investigaciones pueden apoyarse en los resultados aquí obtenidos (Grundmann et al., 2005).

Naturalmente, todavía se ha de optimizar la aplicación de este sistema clasificatorio relativamente nuevo. Es necesaria una formación extensa para la actual aplicación de la CIF y es necesario desarrollar nuevos conjuntos básicos y realizar investigaciones de las oportunidades para aplicar la CIF en rutinas diarias de rehabilitación. En resumen se puede decir que los esfuerzos actuales son muy prometedores y que la implementación de la CIF ha empezado con buen pie (Bruyère et al., 2005).

2.2.3 La CIF en la gestión de catástrofes

Los efectos de las catástrofes representan un cambio sobrecogedor de los factores medioambientales. Los programas de intervención en emergencias intervienen en mayor medida en los niveles psicosociales que en los biomédicos. La CIF describe recursos y disca-

pacidades. Las limitaciones en la actividad y en la participación son dos buenos candidatos para hacer una criba pronóstica. La CIF es un lenguaje interdisciplinar para la rehabilitación que sirve para enmarcar la intervención a medio y largo plazo. Los diversos grupos profesionales tienen objetivos y responsabilidades diferentes tras una catástrofe. Los profesionales de la salud mental juegan un papel secundario durante un evento traumático agudo, mientras que los servicios uniformados están directamente involucrados. Por ello han de recibir formación para poder ofrecer asistencia psicológica básica. Generalmente son responsables del soporte técnico en situaciones de emergencia y de crear un ambiente que facilite tanto el suministro de ayuda médica como la prestación de primeros auxilios, tales como refugio, electricidad, agua, etc. En segundo lugar, podrían movilizar la ayuda psicosocial, en el sentido de contactar con familiares y la posterior ayuda profesional. Una vez terminada la fase aguda, son de crucial importancia las medidas como la información psicológica, la comunicación en la comunidad y la guía en auto-ayuda. Aparte de los factores de riesgo mencionados en el Índice de Riesgo de Colonia, se puede observar el patrón individual de factores ambientales y la primera señal de discapacidad. Para ello hemos de ser conscientes de que los diversos equipos pueden ser responsables de identificar las funciones corporales y estructurales, las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación, así como facilitar o entorpecer los factores ambientales. Por ejemplo, los profesionales de la salud mental pueden evaluar los factores corporales y estructurales. Los trabajadores sociales, los iguales y los voluntarios pueden identificar la actividad y la participación, como por ejemplo el aprendizaje y la puesta en práctica de conocimientos, las instrucciones generales y de defensa, la comunicación, la movilidad, la vida social, civil y comunitaria. La evaluación inicial de las consecuencias de una catástrofe incluye tanto la manera en que la catástrofe afecta a las relaciones entre los supervivientes, como las actitudes, los servicios, las políticas, etc. El Q-FIS-SR fue creado para proporcionar una herramienta a todos los equipos profesionales involucrados en una catástrofe y a aquellos involucrados en el proceso de apoyo psicosocial. Introduciremos el Q-FIS-SR en el capítulo siguiente

3. Cuestionario sobre funcionamiento y discapacidades – respuestas al estrés (Q-FIS-SR por sus siglas en inglés)

El Índice de Riesgo-Desastre de Colonia (CRI-D) se desarrolló en EUTOPA para poder diferenciar los siguientes tres grupos:

- El grupo de individuos que se curan de manera espontánea.
- El grupo de las personas que cambian de un grupo a otro.
- El grupo de riesgo.

Se implementó una versión online del CRI-D en la página www.eutopa-info.eu en cuatro idiomas. Se realizó mediante resultados empíricos de estudios de campo y estudios de los factores de riesgo de desarrollar síntomas psíquicos a largo plazo después de experiencias potencialmente psicotraumáticas. EUTOPA-IP subraya la necesidad de rehabilitación médica y ocupacional de los supervivientes y de los servicios uniformados después de una catástrofe. La atención psicosocial se centra en las consecuencias de las respuestas al estrés. Por ello, hemos complementado el CRI-D con un instrumento psicométrico que monitoriza el deterioro funcional de supervivientes y servicios uniformados tras la respuesta al estrés. Este cuestionario se llama Cuestionario sobre Discapacidad por Respuesta al Estrés (Q-FIS).

La figura 3 muestra la estructura de la CIF y las categorías el “funcionamiento y discapacidad” y los “factores contextuales”. Hemos identificado componentes y capítulos fundamentales para la identificación de “funcionamiento y discapacidad”, así como “factores contextuales” para supervivientes y servicios uniformados tras un episodio catastrófico. La figura 3 muestra que las categorías del capítulo b1 y las categorías únicas del capítulo b1 a b6 ayudan a los profesionales de la salud mental a estandarizar las discapacidades causadas por respuestas al estrés. No obstante, en la fase temprana entran en escena otros equipos profesionales distintos a los profesionales de la salud mental, tales como los servicios uniformados y trabajadores de asistencia psicológica básica. Después son los trabajadores sociales y los voluntarios entrenados lo que participan en el apoyo psicosocial. Estos equipos profesionales pueden ser entrenados por expertos en clasificar las limitaciones de la actividad y la participación. Los factores ambientales pueden ser documentados por todos los equipos profesionales implicados en situaciones de crisis.

La figura 4 muestra la estructura de las categorías. Se identifican 27 categorías de funcionamiento corporal. La mayoría son comunes a otros trastornos del funcionamiento mental como los trastornos emocionales, cognitivos, del sueño, del pensamiento y perceptivos. Las categorías b117, b122, b126, b130, b140, b143, b144, b147, b152, b156, b160 y b164 son útiles para esto, ya que caracterizan la psicopatología general. La disociación peritraumática

(PD) es descrita en las categorías b110, b114, b1800, b1801 y b1802. Aparte del trastorno del funcionamiento mental, otras categorías pueden estar deterioradas. Por ello, hemos elegido categorías que describen el trastorno de las funciones corporales, como dolor, funcionamiento coronario, urogenital, respiratorio y digestivo. Para esto son importantes las categorías b280, b310, b410, b420, b440, b510, b515, b620, b640 y b650.

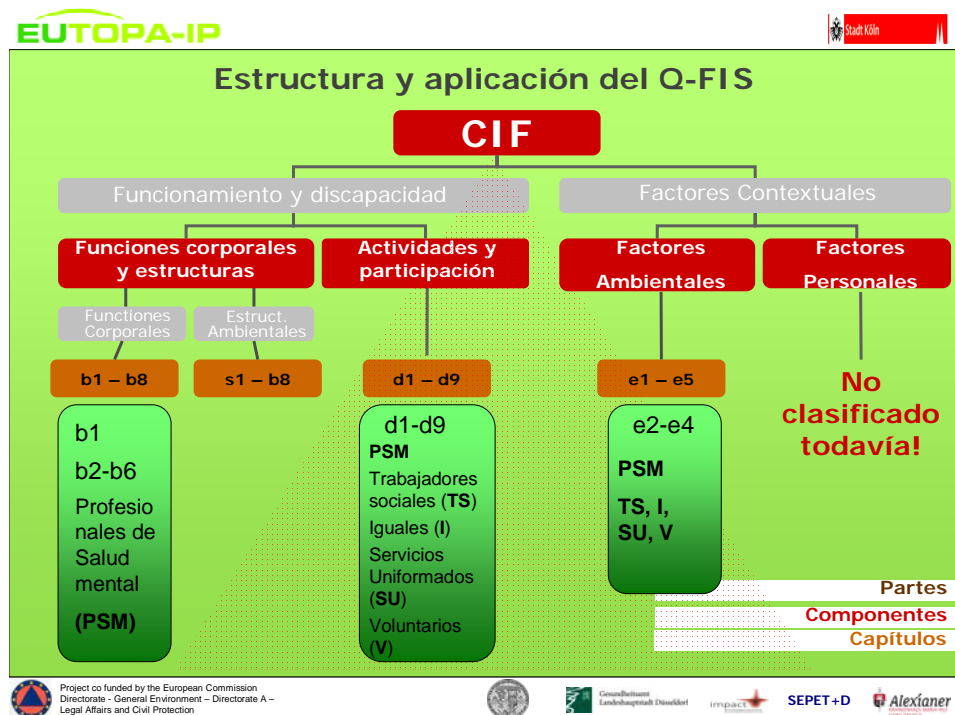


Figura 3: La estructura de la CIF y las categorías “funcionamiento y discapacidad” y “factores contextuales”.

La diferencia principal respecto a otros enfoques radica en que el Q-FIS-SR describe las limitaciones de la actividad y la participación. Por ello hemos optado por las categorías del capítulo d1 (aprendizaje y puesta en práctica de conocimientos), d2 (tareas generales y exigencias), 4 (movilidad), d5 (autocuidado), d6 (vida doméstica), d7 (interacciones interpersonales y relaciones), d8 (áreas importantes de la vida) y d9 (vida social, civil y comunitaria). Las 28 categorías se incluyen para describir las limitaciones en el campo psicosocial. Q-FIS-SR utiliza 13 categorías para describir facilitadores y barreras en los componentes e2 (entornos naturales y cambios ambientales provocados por el ser humano), e3 (soporte y relaciones), e4 (actitudes de los factores ambientales) y e5 (servicios, sistemas y políticas). Tengan en cuenta que los factores ambientales pueden ser factores facilitadores u obstáculos.

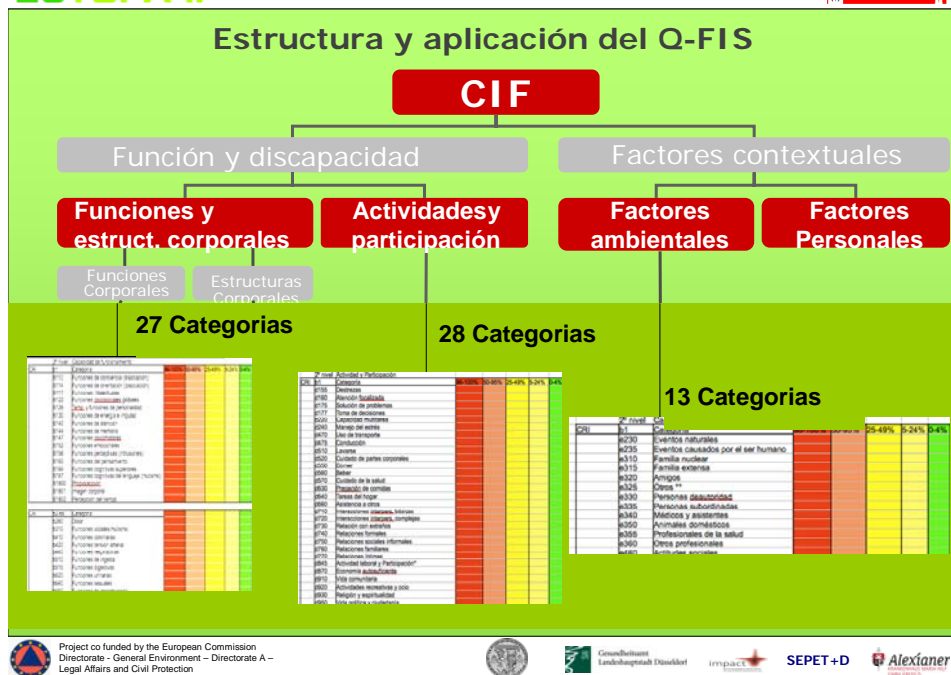


Figura 4: Categorías del Q-FIS-SR. Las categorías del Q-FIS-SR son mostradas en relación a las funciones corporales, actividad y participación, así como factores ambientales. Por favor tengan en cuenta que los factores ambientales pueden ser factores facilitadores u obstáculos. El Q-FIS-SR opera con 68 categorías.

Para explicar cómo funciona el Q-FIS-SR en la práctica, presentamos el estudio de un caso en el siguiente capítulo.

4. Ejemplos de aplicación de Q-FIS-SR: Estudio d un caso

4.1 Estudio de caso “CIF Servicios uniformados”

El señor Williams, bombero de profesión, se encontraba de servicio cuando tuvo lugar un grave accidente de tráfico en el que estaban involucrados 52 coches. Los bomberos fueron notificados a través del sistema de emergencias y un equipo médico les acompañó al lugar del accidente. El señor Williams estaba despejando los coches para poder rescatar a las víctimas, cuando presenció la muerte de una pareja que estaba sentada en los asientos delanteros de un coche y que fue aplastada contra el motor. Los bomberos no pudieron abandonar el lugar del accidente hasta 24 horas después. Cuando el señor Williams llegó a su casa empezó a sentirse extraño con fuertes síntomas de desrealización y despersonalización. Sintió el apoyo de toda su familia, pero fue criticado por sus superiores y anulado por sus compañeros. Las primeras cuatro semanas fue capaz de trabajar regularmente, pero entonces comenzó a experimentar síntomas de evitación y negación y en el trabajo se angustiaba

pensando que podría ocurrir otro accidente similar. Decidió acudir a su médico de cabecera que le diagnosticó presión arterial inestable. No se encontró ninguna condición física que pudiera explicar la sensación paroxística de dolor corporal generalizado. No pudo seguir trabajando.

En terminología de la CIF, el señor Williams desarrolló un trastorno del funcionamiento mental. Este deterioro causó limitaciones en su capacidad de trabajar y de atender su vida familiar. Las limitaciones que resultaron de los conflictos con sus superiores empeoraron su situación. Su familia, sin embargo, le apoyó. El señor Williams participó en un programa de rehabilitación: La primera parte del programa era una terapia basada en el trauma de orientación cognitivo-psicodinámica. La segunda parte era un programa de rehabilitación laboral. La evaluación se documentó basándose en el Q-FIS-SR.

4.2 Aplicación del Q-FIS-SR

Para aplicar el Q-FIS-SR diferenciamos entre funciones corporales, actividad y participación y factores ambientales. En terminología del modelo TGIP el señor Williams fue identificado como perteneciente al grupo de riesgo de acuerdo al perfil de riesgo del CRI-D. Participó en una sesión psicoinformativa y fue remitido a un profesional de la salud mental. En términos de la figura 5, el Q-FIS fue utilizado para documentar el deterioro de las funciones corporales (b1, b2-b6), limitaciones de la actividad y la participación (d1-d9) y factores ambientales (e1-e5).

El Q-FIS-SR mide tres tipos de funciones corporales importantes en el campo de la psicotraumatología: primero, se describe el trastorno de la psicopatología general (b/GB). El señor Williams desarrolló un trastorno de su función psicosocial global. Se deprimió y su motivación y energía se deterioraron. Padecía de trastornos del sueño y de pensamientos recurrentes sobre el accidente. Peritraumáticamente experimentó síntomas disociativos, como deterioro de las funciones de la conciencia (desrealización y despersonalización), de la propiocepción y de la imagen corporal. Además, acudió al médico por su presión arterial inestable, por su mutismo y por el dolor generalizado.

Tabla 1: Categorías del Q-DIS y Reporte del caso del Señor Williams

Funciones Corporales		1	2	3	4	C	Actividad y Participación		1	2	3	4	C	Factores Ambientales		4	3	2	1	0	1	2	3	4	C
b/GP	Psicopat general						d155	Adquisición de habilidades							e230	Desastres naturales									1
B117	Funciones Intelectuales					1	d160	Centrar la atención							e235	Desastres causados por el ser humano									1
B122	Funciones psicosociales globales					1	d175	Resolver problemas							e310	Familia cercanos									1
B126	Funciones de temperamento y personalidad						d177	Toma de decisiones							e315	Otros familiares									1
B130	Funciones relacionadas con la energía y el impulso						d220	Llevar a cabo múltiples tareas							e320	Amigos									1
B140	Funciones de la atención						d240	Manejo del estrés							e325	Otros **									1
B134	Funciones del sueño						d470	Utilización de medios de transporte							e330	Personas en cargos de autoridad									1
B144	Funciones de la memoria						d475	Conducción							e335	Personas en cargos subordinados									1
B147	Funciones psicomotoras						d510	Lavarse							e340	Cuidadores y personal de ayuda									1
B152	Funciones emocionales						d520	Cuidado de partes corporales							e350	Animales domésticos									1
B156	Funciones de percepción						d550	Comer							e355	Profesionales de la salud									1
B160	Funciones del pensamiento						d560	Beber							e360	Otros profesionales									1
B164	Funciones cognitivas superiores						d570	Cuidado de la propia salud							e460	Actitudes sociales									1
B/PP	Dissociación Pertraumática						d630	Preparar comidas																	
B110	Funciones de la conciencia					1	d640	Realizar las tareas del hogar																	
B114	Funciones de la orientación					1	d660	Ayudar a los demás																	
B1800	Experiencias relacionadas con uno mismo					1	d710	Interacciones interpersonales básicas																	
B1801	Imagen corporal					1	d720	Interacciones interpersonales complejas																	
B1802	Percepción del tiempo					1	d730	Relacionarse con extraños																	
b/GBF	Funciones corporales generales						d740	Relaciones formales																	
b280	Sensación de dolor						d750	Relaciones sociales informales																	
b310	Funciones de la voz					1	d760	Relaciones familiares																	
b410	Funciones del corazón						d770	Relaciones íntimas																	
b420	Funciones de la presión arterial						d845	Conseguir, mantener y finalizar un trabajo																	
b440	Funciones respiratorias						d870	A autosuficiencia económica																	
b510	Funciones relacionadas con la ingestión						d910	Vida comunitaria																	
b515	Funciones relacionadas con la digestión						d920	Tiempo libre y ocio																	
b620	Funciones urinarias						d930	Religion y espiritualidad																	
b640	Funciones sexuales						d950	Vida política y ciudadanía																	
b650	Funciones relacionadas con la menstruación																								

Figura 5: Clasificación de discapacidades y funcionamiento en terminología del Q-FIS-SR. Las categorías del Q-FIS-SR se muestran conforme a las funciones corporales, actividad y participación, y factores ambientales. Los calificadores se muestran de *.1 a *.4 (azul: discapacidad en el funcionamiento; amarillo: discapacidad en la actividad y la participación). Se muestran también los factores ambientales facilitadores (verde *.+1 a *.+4) y las barreras (*.-1 a *.-4).

El Q-FIS describe discapacidades típicas en la actividad y la participación. Desarrolló limitaciones en la toma de decisiones, en la capacidad de llevar a cabo más de una tarea al mismo tiempo y en el manejo del estrés, sobre todo en el trabajo. Se volvió impulsivo en las interacciones interpersonales. Y aunque se sintió respaldado por su familia, no sintió el apoyo de sus superiores ni de su equipo. El médico utilizó el Q-FIS SR para describir la capacidad de funcionamiento y discapacidad en los capítulos b1-b6.

Para esto sirve el siguiente esquema:

- *.0 NO hay deficiencia, 0-4 % deficiencia.
- *.1 Deficiencia LIGERA, 5-24 %
- *.2 Deficiencia MODERADA, 25-49 %
- *.3 Deficiencia SEVERA, 50-95 %
- *.4 Deficiencia COMPLETA, 96-100%

Los factores medioambientales pueden ser facilitadores, es decir, tener efectos positivos sobre el ambiente, o barreras, es decir, efectos negativos. Para marcar los facilitadores se reemplaza el punto por un signo positivo (+).

0 NO facilitador	0 NO obstáculo
+1 Facilitador LEVE	1 Obstáculo LEVE
+2 Facilitador MODERADO	2 Obstáculo MODERADO
+3 Facilitador SEVERO	3 Obstáculo SEVERO
+4 Facilitador TOTAL	4 Obstáculo TOTAL

Para visualizar la calificación del Q-FIS SR se utilizan barras clasificatorias. El perfil del daño, limitaciones, restricciones y recursos puede ser identificado inmediatamente (figura 5).

5. Rehabilitación en el Programa de Intervención en el Grupo Diana (TGIP por sus siglas en inglés)

5.1 Rehabilitación en los TGIP

La figura 1 muestra las diversas medidas que son de suma importancia para el asesoramiento y el tratamiento de supervivientes afectados por una catástrofe. En el caso del señor Williams fue un síndrome de estrés crónico, concretamente el trastorno por estrés posttraumático (TEPT), lo que provocó el perfil Q-FIS-SR descrito anteriormente. Para mostrar cómo funciona el proceso de rehabilitación presentamos el denominado ciclo de rehabilitación. Por un lado, la rehabilitación y el tratamiento son dos medidas diferentes en las intervenciones a medio y largo plazo del TGIP; por el otro lado, la rehabilitación y el tratamiento se solapan. Los objetivos de la rehabilitación han de ser definidos e integrados en el tratamiento. El tratamiento abarca técnicas especiales como terapias cognitivo conductuales, EMDR o enfoques psicodinámicos. La rehabilitación incluye todas las medidas de diversos equipos profesionales que ayudan a integrar al individuo en la vida familiar, social y en el trabajo. Estos equipos profesionales pueden ser profesionales de la salud mental, trabajadores sociales, fisioterapeutas y supervisores de rehabilitación.

5.2 Ciclo de rehabilitación

La figura 6 muestra el ciclo de rehabilitación, que consiste en una medición inicial, una asignación, una intervención y una evaluación del resultado. En el caso del señor Williams la medición se llevó a cabo a través de una anamnesis, un diagnóstico psicométrico histórico y

entrevistas estandarizadas de acuerdo con los criterios del DSM y la CIE-10. Además, se aplicó el Q-FIS SR para detectar necesidades en base a la calidad de vida. El señor Williams fue asignado a rehabilitación. De acuerdo con los objetivos de la rehabilitación se diseñó un plan de intervención. La rehabilitación marcó los siguientes objetivos:

1. Mejoría de las funciones mentales, como la regulación emocional, patrones de sueño, intrusiones y concentración.
2. Mejoría de las funciones corporales básicas, como mejora del dolor, del mutismo y de la inestabilidad de la presión sanguínea.
3. Mejoría de la capacidad de aprendizaje y la puesta en práctica de conocimientos, tareas y demandas generales, así como interacciones interpersonales y relaciones.
4. Un objetivo esencial de la rehabilitación es la mejoría de la situación laboral y la relación con los superiores.

Se presentó un plan de intervención en relación a estos objetivos. El plan de intervención consistía en una terapia del trauma. Las terapias del trauma son beneficiosas para mejorar las disfunciones del funcionamiento mental (objetivo 1). Para paliar el dolor, los fisioterapeutas pueden utilizar terapias Myoreflex. En algunos casos puede estar indicado un tratamiento psicofarmacológico para mejorar los síntomas depresivos y los trastornos del sueño. Para aumentar la actividad y la participación hay varios equipos profesionales relevantes. A parte del equipo médico, tanto los ergoterapeutas, como los fisioterapeutas y los trabajadores sociales pueden desarrollar diversas tareas para mejorar la aplicación de conocimientos, la movilidad y las relaciones interpersonales. Los programas de rehabilitación laboral son útiles cuando los factores de contexto representan obstáculos para la rehabilitación. El supervisor de la rehabilitación puede ayudar a superar estas dificultades. Este apartado de trabajo implica conversaciones de mediación con los superiores, acuerdos sobre cambios en el lugar de trabajo, específicamente en la carga laboral y los programas de reinserción gradual. La terapia y la rehabilitación fueron evaluadas utilizando el formulario de evaluación del Q-FIS SR. Basada en los calificadores de las diversas herramientas de la CIF, la evaluación de la CIF se visualiza en función del progreso de la terapia basada en el trauma y los programas de reinserción laboral (capítulo 6). Se observan avances en varias categorías mentales y en la función corporal general, pero no hay mejoría en la disociación peritraumática. El programa de rehabilitación fue beneficioso para reducir daños en la actividad y la participación y lo que sobresalió fue la mediación con los superiores. Durante un período de 2 meses se apartó al señor Williams de los siniestros, que trabajó en el centro de coordinación de los bomberos. Gradualmente comenzó a reinsertarse en su antiguo lugar de trabajo. Cuando existen grandes cargas laborales, el señor Williams vuelve a manifestar algunos síntomas residuales.

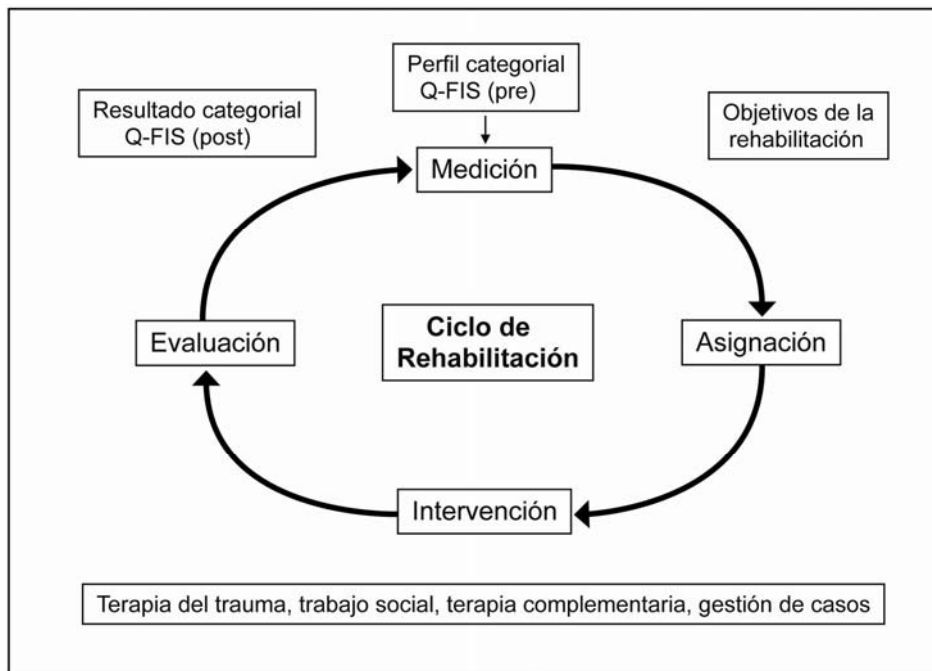


Figura 6: Ciclo de rehabilitación

El Q-FIS se utiliza para determinar el perfil categorial de la CIF. Los objetivos de la rehabilitación se formulan en base al perfil Q-FIS SR. Se planean intervenciones de los diversos grupos profesionales. El resultado de la intervención se mide a través del Q-FIS SR.

6. Programas de reinserción laboral

El rendimiento profesional de los empleados es lo que mantiene en funcionamiento a una sociedad sana. El objetivo de la gestión de la discapacidad es salvaguardar este rendimiento: las compañías preservan conocimientos valiosos, los individuos mantienen su nivel de vida y se reduce la carga sobre el sistema social. El deterioro de las capacidades laborales es uno de los principales problemas de la sociedad en diversos países europeos. Por ello, en muchos de estos países europeos los programas de reinserción laboral forman parte de la legislación. La idea que hay detrás de esta acción es ligar el programa TGIP a los programas de reinserción laboral que forman parte de la discapacidad existente.

En Alemania el Código Social IX (SGB IX) es muy importante a la hora de integrar los programas de rehabilitación médica y ocupacional y es relevante para los programas de reinserción laboral de los servicios uniformados. Así, la gestión de reinserción laboral “Betriebliches Wiedereingliederungsmanagement, § 84 SGB IX”, sirve de marco legal. Nuestro mode-

los se plantea como objetivo estudiar, cómo se liga el programa TGIP a las posibilidades de rehabilitación existentes en el mercado laboral

7. Discusión

Las directrices actuales de la NATO & OTAN, TENTS, IMPACTS y los manuales I, II y III del programa TGIP no nos proporcionan ideas sobre cómo ha de ser el proceso de rehabilitación. Sin embargo, sabemos que tras situaciones extremas, aparte de desarrollar síntomas, los supervivientes y los servicios uniformados pueden desarrollar síndromes de estrés con una amplia gama de problemas funcionales que crean la necesidad de gestionar la discapacidad. No obstante, carecemos de los conceptos necesarios para saber cómo se han de medir los problemas funcionales o las discapacidades. Estos conceptos podrían servir como base del proceso de rehabilitación. Este manual explica que las medidas de rehabilitación deberían seguir a la terapia del trauma – aunque seguramente se solapen. También explica que la asignación a los programas de reinserción laboral es necesaria para alcanzar resultados suficientes en la rehabilitación de capacidades laborales y competencias psicosociales en la vida familiar y comunitaria. Hemos demostrado que el Q-FIS SR puede servir como complemento al Índice de Riesgo de Colonia para ratificar factores de riesgo adicionales en el nivel funcional. El Q-FIS SR puede servir de referencia en el análisis de discapacidades al principio del proceso de rehabilitación. Adicionalmente a las categorías del funcionamiento mental, otras categorías del funcionamiento general de la salud como el dolor, el sistema cardiovascular, el sistema digestivo y el sistema muscular ayudan a comprender cómo influyen sobre la actividad y la participación en diferentes áreas del estado de salud. Hasta ahora hemos señalado que las limitaciones pueden ser expresadas a través del Q-FIS. En teoría, el ciclo de rehabilitación puede ser utilizado para calificar la discapacidad paralelamente al proceso de rehabilitación y para servir de sistema evaluativo. Sin embargo, el proceso de la formulación del caso, la aplicación del Q-FIS y la evaluación del proceso de rehabilitación podrían sustituir sistemas actuales, más focalizados en el tratamiento y en el control sintomático. Es necesario seguir trabajando para crear rehabilitación para los servicios uniformados y los supervivientes de catástrofes. El código social de varios países europeos es tan diverso que actualmente es imposible llegar a una conclusión generalizada sobre el marco conceptual.

Durante la Conferencia EUTOPA-IP en Colonia en Abril de 2011 los delegados discutieron sobre el enfoque de la CIF. Preguntamos sobre la implementación de la CIF en Europa, el uso de la CIF en el proceso rehabilitador, la necesidad de desarrollar los conjuntos básicos de la CIF y los pros y contras de este enfoque.

El equipo de trabajo llegó a las siguientes conclusiones:

- El efecto esencial de las catástrofes es dramático y repentino y va acompañado de cambios impredecibles en los factores ambientales. El modelo del TEPT planteado en la CIE-10 y el DSM no expresa la interacción entre factores sociales, ambientales y personales. Necesitamos de un segundo lenguaje que describa los efectos ambientales sociales y personales de los desastres desde una perspectiva de los factores ambientales.
- La CIF es un modelo heurístico que va más allá de la mera descripción del síntoma-diagnóstico. Independientemente del propósito de la CIF, las ventajas y limitaciones aún no se conocen plenamente y está aún lejos de ser implementada en los sistemas de salud en Europa. Para muchos delegados, la CIF es demasiado ardua para el trabajo del día a día. Algunos profesionales de la salud mental prefieren un enfoque más individual cuando trabajan con los pacientes y piensan que incluso la CIE y el DSM son demasiado restrictivos.
- Puede tardar décadas hasta que un sistema tan complejo como la CIF sea implementado y es cuestionable que entonces todavía sea de actualidad. No obstante, la CIF constituye un segundo lenguaje en el sentido de que es una herramienta para diversos equipos de trabajo (médicos, psicoterapeutas, trabajadores sociales, fisioterapeutas, etc.) y ayuda a establecer objetivos comunes.

Los delegados discutieron hasta qué punto la CIF estaba implementada en sus países de origen. En Alemania la CIF se aplica por ley. El Departamento de Salud holandés intenta implementarla por ley. No se aplica la CIF en países como Reino Unido, España, Portugal y su uso se restringe sobre todo a la rehabilitación física o neurológica. Por ahora no hay una implementación general. Los delegados llegaron a las siguientes conclusiones generales:

- La CIF no está implementada en absoluto en la práctica clínica y se sabe muy poco de ello, a pesar de que podría ser de utilidad. Se debería prestar atención a cómo implementar la CIF, para disminuir resistencia que podría surgir en los profesionales clínicos.
- Debido a que la disminución de síntomas no implica necesariamente la mejoría de la discapacidad, el enfoque funcional de CIF quedó fuera de toda duda. Los delegados formularon la siguiente conclusión: La CIF cubre la totalidad del campo de la medicina e incluye más de 1424 códigos. Debido a esto, el uso de la CIF no es práctico en el campo del apoyo psicosocial tras una catástrofe. Tras la ocurrencia de una catástrofe podría ser práctico el uso de conjuntos básicos para los síndromes de estrés como el Q-FIS SR.

8. Bibliografía

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III-R)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Bering, R., Elklit, A., Schedlich, C., Zurek, G. (2009). Psychosocial Crisis Management: The role of screening, risk factors, and psychopharmacology to prevent trauma related disorders, *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 3, 63-74.
- Bering, R. (2011, 2nd edition). *Verlauf der Posttraumatischen Belastungsstörung. Grundlagenforschung, Prävention, Behandlung*. Shaker Verlag: Aachen.
- Brundtland G. H. WHO conference on health and disability. [World Health Organization Web site]. April 18, 2002. Retrieved from http://www.who.int/director_general/speeches/2002/english/20020418_disabilitytrieste.html. Accessed September 4, 2010.
- Bryant, R. A. (2003). Acute stress disorder: Is it a useful diagnosis? *Clinical Psychologist*, 7, 67-79.
- Bruyère, S., Van Looy, S., & Peterson, D. (2005). The International Classification of Functioning, Disability and Health: Contemporary literature overview, *Rehabilitation Psychology*, 50(2), 113-121.
- Cieza, A., Ewert, T., Uestuen, B., Chatterji, S., Kostansek, N. & Stucki, G. (2004a). Development of ICF cores sets for patients with chronic conditions, *Journal of Medical Rehabilitation*, 44, 9-11.
- Cieza, A., Chatterji, S., Andersen, C., Cantista, P., Herceg, Melvin, J., Stucki, G., & de Bie, R. (2004b). ICF core sets for depression, *Journal of Medical Rehabilitation*, 44, 128-34.
- Dunker, S. (2009). *Prognose und Verlauf der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Soldaten der Bundeswehr. Längsschnittstudie zur Neuvalidierung des Kölner Risikoindex-Bundeswehr (KRI-Bw)*. Available at <http://kups.ub.uni-koeln.de/volltexte/2010/3021>.
- Ewert, T. & Stucki, G. (2007). "Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) - Einsatzmöglichkeiten in Deutschland," *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 50(7), 953-961.
- Grundmann, J., Keller, K. & Bräuning-Edelmann, M. (2005). Praxisorientierte Anwendung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) in der medizinischen Rehabilitation von psychisch erkrankten und behinderten Menschen. *Rehabilitation* 44(6), 335-43. Stuttgart: Thieme.
- Impact, Dutch knowledge & advice centre for post-disaster psychosocial care, (2007): *Draft Multidisciplinary Guideline Early psychosocial interventions after disasters, terrorism and other shocking events*. Available: <http://www.impact-kenniscentrum.nl> Summary: Available: <http://www.eutopa-info.eu/index.php?id=69>
- Kennedy, C. (2003). Functioning and disability associated with mental disorders: The evolution since ICDH, *Disability and Rehabilitation: An International, Multidisciplinary Journal*, 25(11-12), 611-619.
- Köhler, M., & Bering, R. (2011). Misserfolgs- und Erfolgsskripte als Einflussfaktoren in der Traumatherapie. *Trauma und Gewalt* (in Druck).
- Linden, M., & Baron, S., (2005). Das "Mini-ICF-Rating für psychische Störungen (Mini-ICF-P)". Ein Kurzstörungen bei psychischen Erkrankungen, *Rehabilitation* 44(3), 144-51. Stuttgart: Thiemeinstrument zur Beurteilung von Fähigkeit.
- Lollar, D., & Simeonsson, R. (2005). Diagnosis to function: Classification for children and youths, *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 26(4), 323-330.
- Mbogoni, M. (2003). On the application of the ICDH and ICF in developing countries: evidence from the United Nations Disability Statistics Database (DISTAT), *Disability & Rehabilitation*, 25(11), 644-658.

- NATO & OTAN (2008). *Psychosocial care for people affected by disasters and major incidents. Non-binding guidance*. NATO Joint Medical Committee.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L. & Weiss, D. S. (2003). *Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults - a meta-analysis*, *Psychological Bulletin*, 129 (1), 52–73.
- Schedlich, C., Zurek, G., Kamp, M., & Bering, R. (2008). Adaptation der Zielgruppenorientierten Intervention für die mittel- und langfristige psychosoziale Unterstützung im Katastrophenfall, *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 2, 75–90.
- TENTS *The European Network for Traumatic Stress* (2008). Available: <http://tentsproject.eu/index.jsp?USMID=95> Accessed: 12.3.2011
- Ustun, T., Chatterji, S., Bickenbach, J., Kastanjsek, N., & Schnieder, M. (2003). The international classification of function, disability and health: A new tool for understanding disability and health, *Disability and Rehabilitation: An International Multidisciplinary Journal*, 25, 565–571.
- Vieta, E., Cieza, A., Stucki G. Chatterji, S., Nieto, M., Sánchez-Moreno, J., Jaeger, J., Grunze, H. & Ayuso-Mateos, J. L. (2007). Developing core sets for persons with bipolar disorder based on the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Bipolar Disorders*, Feb-Mar; 9(1-2), 16-24.
- World Health Organization (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva: Author.
- World Health Organization. (2007). *International Classification of Functioning, Disability and Health Children and Youth Version (ICF-CY)*. Geneva: Author.

Tabla 1: Categorías del Q-FIS-SR y Reporte del caso del Señor Williams

Funciones Corporales					Actividad y Participación					Factores Ambientales															
b/GP	Psicopat. general	1	2	3	4	C	d155	Adquisición de habilidades	1	2	3	4	C	e230	Desastres naturales	4	3	2	1	0	1	2	3	4	C
B117	Funciones Intelectuales					1	d160	Centrar la atención						e235	Desastres causados por el ser humano										1
B122	Funciones psicosociales globales					1	d175	Resolver problemas						e310	Familia cercanos										1
B126	Funciones de temperamento y personalidad						d177	Toma de decisiones						e315	Otros familiares										1
B130	Funciones relacionadas con la energía y el impulso						d220	Llevar a cabo múltiples tareas						e320	Amigos										1
B140	Funciones de la atención						d240	Manejo del estrés						e325	Otros **										1
B134	Funciones del sueño						d470	Utilización de medios de transporte						e330	Personas en cargos de autoridad										1
B144	Funciones de la memoria						d475	Conducción						e335	Personas en cargos subordinados										1
B147	Funciones psicomotoras						d510	Lavarse						e340	Cuidadores y personal de ayuda										1
B152	Funciones emocionales						d520	Cuidado de partes corporales						e350	Animales domésticos										1
B156	Funciones de percepción						d550	Comer						e355	Profesionales de la salud										1
B160	Funciones del pensamiento						d560	Beber						e360	Otros profesionales										1
B164	Funciones cognitivas superiores						d570	Cuidado de la propia salud						e460	Actitudes sociales										1
B/DPD	Disociación Peritraumática						d630	Preparar comidas																	
B110	Funciones de la conciencia					1	d640	Realizar las tareas del hogar																	
B114	Funciones de la orientación					1	d660	Ayudar a los demás																	
B1800	Experiencias relacionadas con uno mismo					1	d710	Interacciones interpersonales básicas																	
B1801	Imagen corporal					1	d720	Interacciones interpersonales complejas																	
B1802	Percepción del tiempo					1	d730	Relacionarse con extraños																	
b/GBF	Funciones corporales generales						d740	Relaciones formales																	
b280	Sensación de dolor						d750	Relaciones sociales informales																	
b310	Funciones de la voz					1	d760	Relaciones familiares																	
b410	Funciones del corazón						d770	Relaciones íntimas																	
b420	Funciones de la presión arterial						d845	Conseguir, mantener y finalizar un trabajo																	
b440	Funciones respiratorias						d870	Auoficiencia económica																	
b510	Funciones relacionadas con la ingestión						d910	Vida comunitaria																	
b515	Funciones relacionadas con la digestión						d920	Tiempo libre y ocio																	
b620	Funciones urinarias						d930	Religión y espiritualidad																	
b640	Funciones sexuales						d950	Vida política y ciudadanía																	
b650	Funciones relacionadas con la menstruación																								

Tabla 2: Categorías del Q-FIS-SR

Funciones Corporales		1	2	3	4	C	Actividad y Participación					1	2	3	4	C	Factores Ambientales											
b/GP	Psicopat. general						d155	Adquisición de habilidades									e230	Desastres naturales	4	3	2	1	0	1	2	3	4	C
B117	Funciones Intelectuales						d160	Centrar la atención									e235	Desastres causados por el ser humano										
B122	Funciones psicosociales globales						d175	Resolver problemas									e310	Familia cercanos										
B126	Funciones de temperamento y personalidad						d177	Toma de decisiones									e315	Otros familiares										
B130	Funciones relacionadas con la energía y el impulso						d220	Llevar a cabo múltiples tareas									e320	Amigos										
B140	Funciones de la atención						d240	Manejo del estrés									e325	Otros **										
B134	Funciones del sueño						d470	Utilización de medios de transporte									e330	Personas en cargos de autoridad										
B144	Funciones de la memoria						d475	Conducción									e335	Personas en cargos subordinados										
B147	Funciones psicomotoras						d510	Lavarse									e340	Cuidadores y personal de ayuda										
B152	Funciones emocionales						d520	Cuidado de partes corporales									e350	Animales domésticos										
B156	Funciones de percepción						d550	Comer									e355	Profesionales de la salud										
B160	Funciones del pensamiento						d560	Beber									e360	Otros profesionales										
B164	Funciones cognitivas superiores						d570	Cuidado de la propia salud									e460	Actitudes sociales										
B/PD	Disociación Peritraumática						d630	Preparar comidas																				
B110	Funciones de la conciencia						d640	Realizar las tareas del hogar											Obstáculos					Facilitadores				
B114	Funciones de la orientación						d660	Ayudar a los demás																				
B1800	Experiencias relacionadas con uno mismo						d710	Interacciones interpersonales básicas																				
B1801	Imagen corporal						d720	Interacciones interpersonales complejas																				
B1802	Percepción del tiempo						d730	Relacionarse con extraños																				
b/GBF	Funciones corporales generales						d740	Relaciones formales																				
b280	Sensación de dolor						d750	Relaciones sociales informales																				
b310	Funciones de la voz						d760	Relaciones familiares																				
b410	Funciones del corazón						d770	Relaciones íntimas																				
b420	Funciones de la presión arterial						d845	Conseguir, mantener y finalizar un trabajo																				
b440	Funciones respiratorias						d870	Auosuficiencia económica																				
b510	Funciones relacionadas con la ingestión						d910	Vida comunitaria																				
b515	Funciones relacionadas con la digestión						d920	Tiempo libre y ocio																				
b620	Funciones urinarias						d930	Religión y espiritualidad																				
b640	Funciones sexuales						d950	Vida política y ciudadanía																				
b650	Funciones relacionadas con la menstruación																											