



FACULTAD PADRE OSSÓ



Universidad de Oviedo
Universidá d'Uviéu
University of Oviedo

Protocolo de evaluación en salud mental basado en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, Discapacidad y Salud

A propósito de una evaluación del
desempeño ocupacional

Francisco Javier Barrio Álvarez

TRABAJO FIN DE GRADO

Tutora: Estíbaliz Jiménez Arberas

Mes y año de defensa: 06/2021

TERAPIA OCUPACIONAL
UNIVERSIDAD DE OVIEDO

ÍNDICE

Introducción.....	2
Material y métodos	12
<i>Diseño</i>	12
<i>Protocolo de búsqueda</i>	12
<i>Búsqueda en bases de datos</i>	13
<i>Criterios de selección de artículos</i>	13
<i>Procedimiento</i>	13
<i>Selección de artículos</i>	14
Resultados	17
<i>Introducción</i>	17
Población objetivo.....	17
Profesionales y objetivo programa.....	18
Criterios de inclusión y exclusión	19
<i>Protocolo evaluación</i>	19
Actividades y participación.....	21
Discusión.....	24
Conclusiones.....	31
Bibliografía	32

Introducción

Desde que el año pasado el coronavirus entró por sorpresa en nuestras vidas se produjo un cambio drástico del desempeño de la población mundial. De los confinamientos masivos, previo paso de convertir a la mascarilla como un esencial en nuestras vidas, fuimos pasando las distintas “olas” vinculadas a los picos de contagios y muertes. Ahora mismo, a lomos de la cuarta ola, se apunta a que esta afectará directamente a la población mediante complicaciones relacionadas con la salud mental, incluso con nuevos términos, como la fatiga pandémica, que combina el estrés psicosocial, la depresión y la incertidumbre pandémica entre otros.

Para poder dar una definición adecuada de salud mental es necesario previamente definir el concepto de salud. La Organización Mundial de la Salud (de aquí en adelante, OMS) definió el concepto de salud como *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”* (OMS, p.7, 2014). También define la salud como un concepto básico para todo individuo independientemente de su raza, religión, ideología o posición socioeconómica.

La propia OMS define la salud mental como *“un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad”* (OMS, 2018). Aparte, especifica que la salud mental no es sólo la ausencia de trastornos mentales, sino que representa un estado de bienestar en el que la persona puede desempeñar con éxito su vida diaria tanto propia como en comunidad.

Es interesante definir la palabra bienestar para darle contexto a ambas definiciones de la OMS. La RAE (Real Academia Española) define bienestar como *“estado de la persona en el que se hace sensible el buen funcionamiento de su actividad somática y psíquica”* (bienestar | Definición | Diccionario de la lengua española | RAE - ASALE, s. f.). La Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud (de aquí en adelante, CIF) amplía la definición añadiendo aspectos sociales como educación, empleo o ambiente e incluye el concepto de “buena vida” cuando las tres esferas físicas, psíquicas y sociales son adecuadas (OMS, 2001).

Fernández-López y compañeros (2010) reflexionan sobre el término bienestar y su relación el concepto de calidad de vida definiéndolo como bienestar subjetivo junto al juicio cognitivo y ánimo positivo y negativo para finalmente acuñar el término de calidad de vida relacionada con la salud (en adelante, CVRS). Este término, CVRS, engloba el aspecto de la vida referido a la salud, la toma de decisiones terapéuticas y los resultados de la evaluación clínica y se define como la percepción propia del bienestar dentro de las áreas de la salud y sus dominios. Los autores relacionan este término con distintos modelos como el de Wilson y Clearly (a pesar de que el modelo original oriente el concepto de calidad de vida finalmente ha sido limitado empíricamente al CVRS) y el modelo de la CIF. Este último relaciona el bienestar y el funcionamiento, constituyendo la salud del bienestar (aquellas funciones propias del cuerpo como las mentales, sensoriales o movilidad muscular) y los dominios del bienestar relacionados con la salud como las relaciones interpersonales o la educación. La suma de ambos, daría como resultado, los dominios del funcionamiento y la discapacidad que, a su vez, están englobados por los dominios del bienestar no relacionados con la salud como las condiciones de vida dando como resultante una perspectiva objetiva del bienestar. Cabe mencionar con los niveles entre sí son dinámicos, afectados por cambios, y no como una estructura rígida. En terminología de la CIF se puede relacionar estos tipos de bienestar con los distintos dominios siendo todas estas permeables y relacionadas entre sí: la salud del bienestar estaría englobada dentro de funciones y estructuras corporales, los dominios del bienestar con los factores personales, los dominios del funcionamiento y la discapacidad con actividades y participación y las no relacionadas con la salud con los factores ambientales.

Una vez definido el concepto de bienestar y acotado este con la calidad de vida, el CVRS y sus constructos en la CIF, se puede relacionar este con la terapia ocupacional ya que, la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT) define a la Terapia Ocupacional “*como una profesión que se ocupa de la promoción de la Salud y el Bienestar a través de la ocupación*” (About Occupational Therapy | WFOT, s. f.) tanto optimizando su capacidad para la participación, como adaptando el entorno que les rodea, disminuyendo las limitaciones que este les plantea. A su vez, Creek, (Bryant et al., 2014) aporta

varias definiciones de autores relacionándolas con la terapia ocupacional en las que, el bienestar, se ve como la última etapa del proceso de intervención centrado en la persona, aportando que, el concepto de bienestar, tiene que verse relacionado con lo que significa para la persona dicho bienestar haciendo que este sea un concepto más fácil de definir por discusión que por definición en sí.

Ann A. Wilcock relaciona los conceptos de ocupación y salud preguntándose si son uno, e iguales, M (Wilcock, 2007) indicando varios estudios en los que se relaciona la ocupación con los beneficios de esta para la salud como el estudio de Glass y compañeros (1999) en los que indica una reducción de la mortalidad en población anciana americana con actividades sociales y propositivas dan beneficios similares al ejercicio diario. A su vez, concluye que los propios documentos de la OMS relacionan los conceptos de salud y ocupación, aunque la terminología no sea la de ocupación como tal.

La propia Wilcock (2021) expone la ocupación como un aspecto central de la experiencia humana haciendo que desarrollen capacidades innatas biológicas, sociales y culturales que les permitan afrontar los cambios ambientales y prosperar como individuos definiendo a los humanos como seres ocupacionales que usan el tiempo consciente y deliberadamente. De hecho, insiste en el uso de ocupaciones permanentes y motivadoras para conseguir sustento en la supervivencia y poder mejorar su salud. Estas palabras de Wilcock se pueden relacionar con los dominios de la CIF:

- ✚ Las funciones y estructuras corporales encajarían dentro de las capacidades innatas biológicas
- ✚ Las capacidades sociales y culturales estarían enmarcadas dentro de factores personales
- ✚ Los cambios ambientales como los propios factores ambientales.
- ✚ La ocupación sería la suma de las actividades y participación en clave de CIF.

Estos conceptos de CIF y ocupación se relacionan en más marcos de trabajo de la terapia ocupacional como ya veremos más adelante.

Ikigu (2017) y compañeros desarrollaron un meta-análisis con 11 ensayos controlados aleatorios que incluyeron a 520 adultos con diagnósticos de enfermedad mental para evaluar su desempeño ocupacional, el bienestar y ambas en conjunto. Los resultados indicaron una moderada mejoría en el desempeño ocupacional con repercusión en forma de mejoría en el bienestar. Finalmente, el estudio concluye que se refiere mejoría a la hora de desempeñar el trabajo del terapeuta ocupacional en el ámbito de salud mental y sugiere que el terapeuta debería estar incluido en el equipo de intervención como parte de una rehabilitación integral.

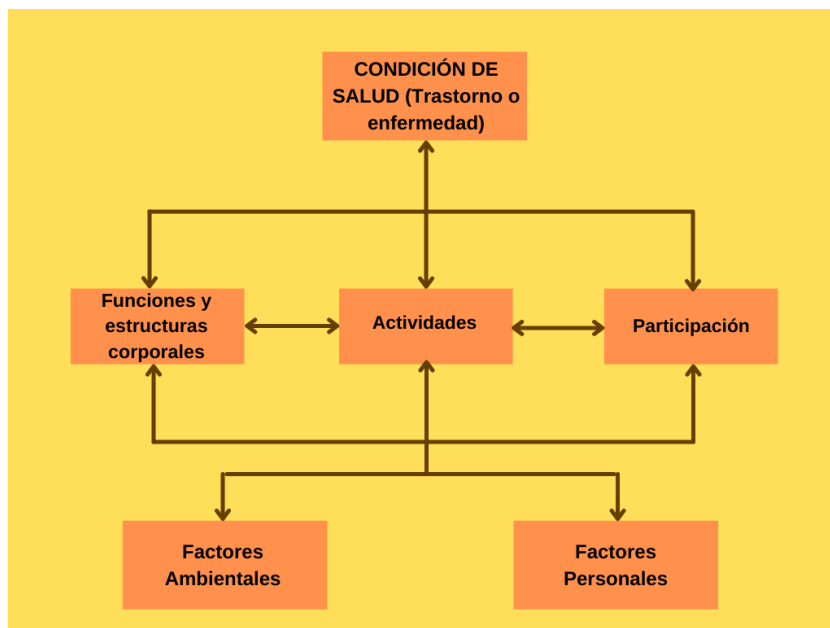


Tabla 1. Modelo de la CIF (OMS, 2001)

Estos conceptos de salud y bienestar, así como la falta de ellos (la discapacidad) relaciona directamente al terapeuta ocupacional con la CIF (OMS, 2001) cuyo objetivo es describir la salud y los estados relacionados con esta, también llamados dominios (Tabla 1). La relación entre terapia ocupacional y CIF se extiende dentro de la relación de constructos de este último ya que representa una confluencia de objetivos con la Terapia Ocupacional. A su vez, se relacionan los conceptos de la CIF con sus semejantes dentro del marco de terapia ocupacional de la AOTA («Occupational Therapy Practice Framework», 2020) entre los conceptos de la CIF como funciones estructurales, actividad, participación, factores personales y ambientales que se relacionan sucesivamente con los conceptos de la AOTA de funciones corporales, ocupación, desempeño ocupacional, contexto ocupacional y entorno (Tabla 2).

CATEGORÍAS DE LA CIF	CATEGORÍAS DE LA AOTA
Funciones y estructuras corporales Actividades Participación Factores ambientales Factores personales	Funciones y estructuras corporales Ocupación Desempeño ocupacional Entorno Contexto




Tabla 2. Relación AOTA (2020) y CIF (OMS, 2001)

En los siguientes párrafos se desarrollará la situación de salud mental a nivel global y nacional, así como su relación con la terapia ocupacional para después continuar con el uso de la CIF como herramienta evaluadora en la práctica de la terapia ocupacional dentro del marco de salud mental.

Las patologías asociadas a la salud mental representan uno de los grandes problemas dentro del marco sanitario. Según los datos ofrecidos por la OMS a la confederación de Salud Mental de España (La salud mental en cifras, s. f.) los problemas de salud mental estarán englobados como la primera causa de discapacidad en el mundo en el año 2030, especificando que una de cada cuatro persona tendrán un problema de salud mental a lo largo de su vida. Dicho estudio de la confederación mental de España también arroja otra serie de datos globales, tanto en el presente como a futuro. En el presente se evidencia que los trastornos mentales se presentan como la enfermedad con mayor prevalencia a nivel mundial (un 12,5%) por delante de patologías habituales como cáncer o problemas cardiovasculares, de hecho, unos 450 millones de personas tienen un problema de salud mental que produce serias dificultades en su vida diaria. Una de las patologías de salud mental más habituales es la depresión que afecta a más de 300 millones de personas a nivel mundial y cuya prevalencia ha aumentado un 18,4% entre 2005 y 2015. El inicio de una patología mental se presenta antes de los 15 años en un 50% de los casos y, en un 75% a los 18 años, lo que hace que sea una enfermedad cuyo debut es temprano. Una vez

diagnosticada la enfermedad se presentan dificultades en el manejo de la enfermedad por parte de la persona afectada y los profesionales ya que, entre un 35 y un 50%, no tiene un tratamiento designado o tiene un tratamiento que no es el adecuado para su patología. Por último, cabe mencionar que entorno a unas 800.000 personas se suicidan al año, representándose como la segunda causa de muerte en personas de 15 a 29 años, edades cercanas a la mayor probabilidad de presentación de trastornos mentales como se especificó antes.

A futuro (la predicción es para el año 2030) es interesante mencionar que una de cada cuatro personas tendrá un trastorno mental a lo largo de su vida y, que un 1% de la población mundial desarrollará esquizofrenia a lo largo de su vida, lo cual significa que en torno a 78 millones de personas podrían llegar a padecer esta patología (Lista de países ordenados por población en 2020, s. f.)

A la hora de abordar estas enfermedades y su afectación a personas, la OMS, desarrolla un plan de acción sobre salud mental (OMS, 2013) cuyos objetivos son la atención a la promoción, tratamiento, rehabilitación, atención y recuperación mediante una serie de objetivos globales. Dentro de este plan de acción sobre salud mental de la Organización Mundial de la Salud en el objetivo de *"proporcionar en el ámbito comunitario servicios de asistencia social y de salud mental completos, integrados y con capacidad de respuesta"*, (OMS, 2013 p.15) en el punto 55 especifica la necesidad de redefinir las funciones del personal sanitario que trabaja en el ámbito de salud mental con un cambio de cultura en los servicios incluyendo trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y otros grupos de profesionales

En el segundo objetivo del apéndice 2 (OMS, 2013, p.28), dentro de su primer punto especifica la importancia de la reorganización de servicios y ampliación de la cobertura sanitaria, alejándose del formato hospital psiquiátrico, apoyando a los pacientes que vivan en la comunidad con su familia y la prestación de atención ambulatoria de salud mental, en los que se podría incluir la evaluación del individuo perteneciente en su propio entorno, en el que está incluido el domicilio, dentro del proceso de atención ambulatoria

La Confederación de Salud Mental (La salud mental en cifras, s. f.), aporta datos concretos a nivel nacional y es que, según este informe, una de cada

cuatro personas tendrá algún problema de salud mental en su vida que es exactamente idéntico al global enunciado anteriormente y, actualmente, entre el 2,5-3% de la población adulta tiene un trastorno mental grave, afectando a más de un millón de personas. El 88% de las labores de atención y apoyo las realizan personas cuidadoras informales, como familia, amigos, etc. con una notoria ausencia de atención personalizada por profesionales indicados para la tarea que queda manifestado en el informe con el dato de que más de la mitad de las personas con trastorno mental no reciben tratamiento y un porcentaje significativo no recibe el adecuado. Por último, una de los desencadenantes de la patología mental se puede atribuir al trabajo, entre el 11 y el 27% (“Costes socio-económicos de los riesgos psicosociales”. Secretaría de Salud Laboral y Medio ambiente UGT-CEC, 2013). Este porcentaje es el que se alega que podría ser prevenido o evitado si no hubiese exposición al daño.

Como complemento, cabe mencionar dos informes: la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) y el barómetro juvenil de vida y salud.

El ENSE (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. 2019), entrevistó a 23089 personas mayores de 15 años indicando que, un 10,8% refieren haber sido diagnosticados con algún problema de salud mental (o, en otras palabras, una de cada diez personas la padecen en la actualidad), y, un 2,08% padecen un problema mental distinto a depresión o ansiedad. En cuestión de género, tienen mayor disposición a tener una patología mental las mujeres por encima de los hombres (un 14,1% frente a un 7,2%) pero, sin embargo, en menores de 15 años, afecta más a niños que a niñas exceptuando en depresión o ansiedad que es más pareja. Por último, de la muestra total de encuestados, un 3,8% indica una limitación en las actividades de la vida cotidiana por un problema de salud mental. Es este último ítem en el que tiene cabida el terapeuta ocupacional, ya que, además de estar incluidas en su marco de trabajo (AOTA, 2020), es el profesional más indicado para desempeñar la labor de evaluar e intervenir en las actividades de la vida diaria (AVD’s).

Por su parte el barómetro juvenil de vida y salud (Fundación Mutua Madrileña, 2018) especifica que dos millones de jóvenes de 15 a 29 años (30%) han sufrido síntomas de trastornos mental en el 2018 y que, sólo la mitad, solicitó asistencia médica (de esta mitad acudieron mayoritariamente al psicólogo, un

29%, al médico de cabecera, un 20,4% y un 13,6% al psiquiatra) manifestando como síntomas más comunes cansancio y falta de energía (29%), problemas de sueño (26%), desórdenes alimenticios (23%) o sentimiento de fracaso (19.3%) entre otros. El 15,3% presenta sintomatología depresiva moderada y el 6,3% presenta una sintomatología moderada/grave. Sólo han recibido diagnóstico un 11,4% del montante total de dos millones.

La figura del terapeuta ocupacional se puede encontrar dentro de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011) en el objetivo general 4 *“Mejorar la calidad, la equidad y la continuidad de la atención a los problemas de salud mental.”* (Ministerio de Sanidad, p.52 a p.54) se especifica el acceso de la población a programas terapéuticos en los que se incluya la atención domiciliaria (4.11) y, dentro de dicho punto 11 de recomendaciones se indica que los centros o servicios de salud mental deben estar compuestos por equipos multidisciplinares en los que se incluya la figura del terapeuta ocupacional entre otros para recomendar las mejores prácticas posibles.

La terapia ocupacional desempeña un papel fundamental en el domicilio encontrándose relaciones con la ocupación y el servicio de ETAC o Entrenamiento en Terapia Asertiva Comunitaria. Para Crepeau y compañeros (2011) los terapeutas ocupacionales deben evaluar los entornos domésticos de los clientes tanto para que este entorno sea seguro, para la preparación del alta y para la sugerencia de modificaciones dentro del hogar que mejoren su desempeño ocupacional. También se considera el hogar como uno de los lugares fundamentales para la realización tanto de AVD's como de actividades instrumentales de la vida diaria o AIVD's y la relación del hogar con el entorno comunitario que rodea al cliente.

Una de las herramientas que puede servir de apoyo al terapeuta ocupacional para la evaluación en el domicilio es la anteriormente nombrada CIF. La CIF (OMS, 2001) es una clasificación de enfermedades con enfoque multidisciplinar que busca dar una base científica al estudio de salud, y estados, resultados y determinantes derivados de ella cuyo objetivo es evaluar la salud desde un punto de vista común que facilite la comunicación entre profesionales

permitiendo comparar datos entre disciplinas sanitarias aportando un esquema de codificación interna sistematizado con fines estadísticos, de investigación, clínicos, educativos y de política social. La relación de CIF y terapia ocupacional, existe, como ya hemos visto antes en los distintos conceptos, pero también hay terapeutas ocupacionales en los estudios de la CIF como Luis Solano dentro de un estudio que relaciona que usa la CIF para valorar el Trastorno Mental Grave (de aquí en adelante, TMG) o la colaboración de diversos terapeutas en la elaboración de conjuntos básicos.

Estos conjuntos básicos o core-sets de la CIF son herramientas interesantes para la evaluación definidos como agrupaciones de categorías en los que se puede describir el funcionamiento de las personas en una o varias patologías con rasgos comunes entre sí. Estos conjuntos básicos pueden ser abreviados o integrales según como sea la intención de la evaluación, bien sea por condiciones específicas o por una aplicación integral exhaustiva.

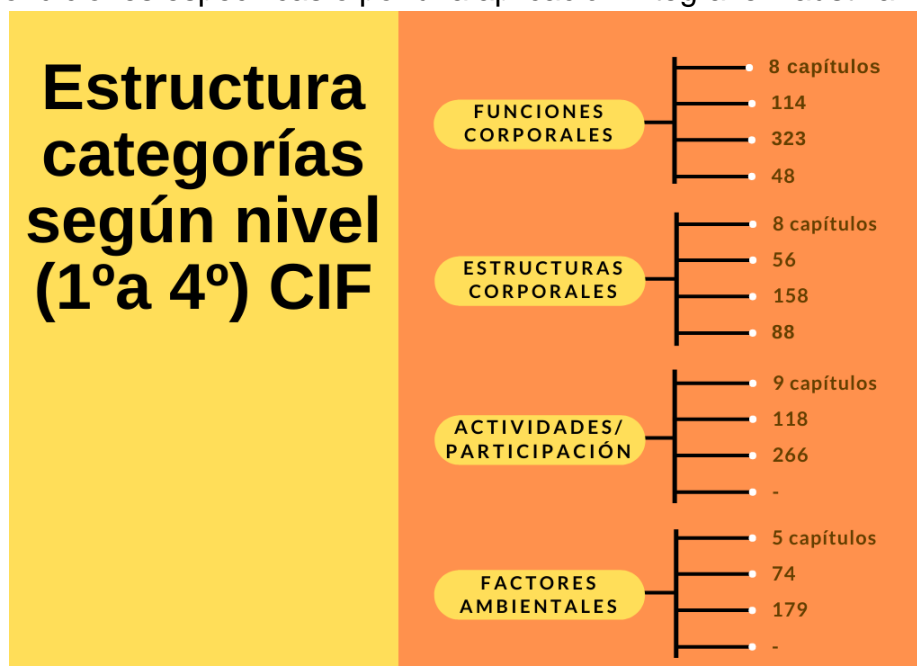


Tabla 3. Reparto 1424 categorías CIF (OMS, 2001)

Los conjuntos básicos hacen que las posibilidades de evaluación utilizando la CIF sean más rápidas ya que existen 1424 categorías repartidas entre sus dominios (Tabla 3). Es interesante nombrar el artículo sobre el desarrollo de conjuntos básicos para pacientes en condiciones crónicas (Cieza, Ewert et al., 2004) que desarrolló ambos conjuntos básicos de la CIF, tanto el exhaustivo como el breve presentando 12 conjuntos básicos para distintas

enfermedades crónicas entre las que está la depresión cuya conclusión fue la necesidad de desarrollar un protocolo estandarizado en los siguientes años haciendo que los resultados fuesen validados a nivel global, usados en la práctica clínica y en investigación y estadística relacionadas con la salud.

Es útil nombrar herramientas derivadas de la CIF como la Mini-Cif-App. En la fiabilidad, validez y aplicación en inglés del Mini-Cif-App (Molodynski et al., 2013) se evaluó a 105 pacientes que recibían servicios de salud mental secundaria (aquellos servicios británicos más especializados, con condiciones de salud más complejas que requieren la atención de un especialista concreto) dividiendo en dos grupos a los pacientes: el primer grupo sería entrevistado dos veces por una persona y el segundo sería entrevistado una vez por dos personas teniendo en cuenta su estatus tanto de la enfermedad como de la ocupación. Se evaluaron 13 ítems mediante una escala Likert de 0 a 4 (no discapacidad a total discapacidad) que fueron: cumplimiento de normas, planificación y estructuración de tareas, flexibilidad, competencia, resistencia, asertividad, contacto con otras personas, integración dentro del grupo, relaciones íntimas, actividades no relacionadas con el trabajo, autocuidado, movilidad, juicio y capacidad de tomar decisiones.

Los resultados confirmaron que la Mini-CIF-app tenía sustancial consistencia interna con los 13 ítems presentando una alta correlación con un buen test-retest así como una evaluación entre ítems buena. Aun así, los autores especifican que se necesita más trabajo para que el instrumento pueda medir con mayor sensibilidad las deficiencias específicas.

Existe una aplicación de CIF en la evaluación de la discapacidad en pacientes con trastorno mental grave (Ipola et al., 2011) mediante la batería BECA (propone por cada componente dos escalas, una que evalúa el máximo desempeño posible o BECA-CAPACIDAD y otra que evalúa el desempeño asociado al contexto o BECA-DESEMPEÑO) y la entrevista WHO-DAS de la OMS. Se evaluó a 3 mujeres y 16 hombres de una edad media cercana a los 36 años además de a un grupo control sano de 13 mujeres y 5 hombres. La BECA consta de 197 ítems relacionados con la cognición y conducta, movimiento y manipulación de movimientos, AVD básicas, instrumentales, relaciones interpersonales y participación social mientras que la WHO-DAS dispone de 36

ítems con los factores de comprensión y comunicación, moverse, cuidado personal, relaciones, vida diaria y participación. Finalmente, la BECA ha conseguido diferenciar al grupo control del que no lo era en los aspectos relacionados con la comunidad y en otras dimensiones como cognición y conducta, comunicación y tareas y demandas. Por tanto, la BECA puede resultar un complemento al enfoque de la CIF.

Por último, Palmero y compañeros (2020), describe las dificultades desde la perspectiva de la rehabilitación psicosocial de adaptar escalas en España ya que sólo presentan un proceso de traducción. De hecho, dicho estudio selecciona una serie de escalas (Life Skills Profile, Independent Living Skills Survey, Basic Everyday Living Schedule, WHO Disability Assessment Schedule 2.0, Personal and Social Performance y UCSD Performance Based Skills Assessment) e indica problemas en su traducción, en los conceptos y en los métodos de medición para finalmente recomendar nuevos instrumentos relacionados con la CIF.

Por tanto, este trabajo tendrá como objetivo elaborar un protocolo de evaluación en salud mental para terapeutas ocupacionales mediante el uso de conjuntos básicos de la CIF.

Material y métodos

Diseño

El diseño de este trabajo será de tipo cualitativo documental ya que, mediante la recopilación de datos en artículos, libros y diversas bibliografías se marca el objetivo de crear un protocolo para la evaluación mediante conjuntos básicos de la CIF de manera teórica pero no aplicando este protocolo a una población diana concreta.

Protocolo de búsqueda

La revisión sistemática es realizada utilizando los criterios PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses, 2020) es el protocolo que especifica el paso a paso de una revisión sistemática con una estructura en la que se tiene que ir indicando página a página la situación de cada ítem (anexo 1). A su vez, PRISMA, también cuenta con un diagrama de flujo (Tabla 4) en el que se ve el cribado realizado en los artículos leídos, y cómo

se va haciendo este cribado, así como las razones de descartar los distintos artículos. Cabe indicar que los documentos no tienen aún traducción al español, así que dicha traducción ha sido propia.

Búsqueda en bases de datos

Se realiza una búsqueda bibliográfica por las distintas bases de datos Pubmed, Cochrane, OTSeeker, SOCINTO, Scielo, Dialnet. Finalmente se descartan OTSeeker y SOCINTO por no encontrar información referida en las búsquedas.

Las palabras clave (keywords) son conjuntos básicos o core-sets, enfermedad mental, (tanto mental health como mental illness) y CIF o ICF. Los booleanos utilizados en la búsqueda fueron AND y OR (core sets AND mental health OR illness AND ICF). La búsqueda incluye artículos desde 2015 hasta 2020 para ver la evolución en el proceso de aplicación de los conjuntos básicos.

Criterios de selección de artículos

Se elaboran unos criterios de elegibilidad o inclusión de artículos y otro de exclusión. Los criterios de inclusión de los artículos fueron los siguientes:

- Artículos que se utilizan conjuntos básicos relacionados con patologías de salud mental.
- Artículos redactados en español y/o inglés.
- Artículos de acceso libre, en los que no haya que abonar una cantidad económica ni por el artículo ni por una posible suscripción a la página web.
- Artículos publicados en los últimos 6 años.

Los criterios de exclusión fueron los siguientes:

- Artículos en los que se utilice la CIF, pero no sea para definir los conjuntos básicos.
- Artículo de índole estudiantil como los trabajos fin de grado o máster.

Procedimiento

El proceso de búsqueda se basó en introducir los términos “CIF”, “Conjunto básico”, “Discapacidad” y “Enfermedad mental” (y sus términos ingleses ICF, Core-set, Disability y Mental Illness o Mental Health) dentro de la base de datos. Se ejecutaba la búsqueda introduciendo estos conceptos de la

siguiente manera: “ICF” and “Core-set” and “Disability” and “Mental Illness” or “Mental Health”. A su vez, los filtros fueron los designados en los criterios de inclusión, como que los idiomas fueran español o inglés, artículos gratuitos y fecha de publicación de 2015 a 2021. Finalmente, se seleccionan los resultados y se procede a una lectura completa del artículo.

Selección de artículos

La web que más resultados que ha arrojado es PubMed, con 22. Los resultados de otros buscadores como Dialnet repiten los aparecidos en PubMed mientras que Scielo y Cochrane no arrojan resultados relevantes. Dentro de los 22 artículos de Pubmed cabe mencionar que 17 de ellos no corresponden a los términos de búsqueda bien sea por hablar de enfermedades no relacionadas con la búsqueda (se arrojan resultados sobre enfermedades musculares, osteoporosis, trastorno de déficit de atención e hiperactividad, rehabilitación de brazo, cáncer de mama, audiología, osteoartritis, afasia, autismo, terapia de mano, artroplastia de rodilla, dolor crónico y dolor de medula espinal), conjuntos de conjuntos básicos no vinculados (parálisis cerebral, autismo y trastorno de déficit e hiperactividad) y otros sobre implementación de la CIF u otros procesos relacionados con esta. Finalmente quedan 5 artículos para seleccionar de la muestra total. De estos 5 se selecciona uno finalmente, el de Guilera (2020), cuyo título es “hacia un conjunto básico de la CIF para la evaluación del funcionamiento en el trastorno mental grave”.

Dentro de “Hacia un conjunto básico de la CIF para la evaluación del funcionamiento en el trastorno mental grave” (Guilera et al, 2020) busca encontrar los puntos comunes entre el trastorno bipolar, la depresión y la esquizofrenia a través de los conjuntos básicos (CB) de la CIF, examinando las categorías comunes para dichos trastornos. Finalmente se encuentran 34 categorías comunes en su versión exhaustiva o completa (10 en funciones corporales, 14 para actividades y participación y 10 para factores ambientales) y 11 categorías comunes para su versión breve (3 en funciones corporales, 6 en actividades y participación y 2 para factores ambientales).

Los otros artículos de la muestra se rechazan por varias razones. Los dos de Nuño y compañeros (2018 y 2019) mostrados anteriormente en la introducción sólo incluyen conjuntos básicos para esquizofrenia obtenidos

mediante una encuesta a psicólogos y psiquiatras, mientras que el de Guilera busca englobar tanto esquizofrenia como trastorno bipolar y depresión, lo que aumenta la posible población a evaluar en a futuro. Se añade otro artículo de Nuño y compañeros (2019) consistente en el mismo tipo de encuesta, pero a enfermeras y, el último descartado, habla de los conjuntos básicos, pero únicamente para esquizofrenia (Gómez-Benito et al., 2017).

PRISMA 2020 diagrama de flujo para nuevas revisiones sistemáticas que únicamente incluyen búsquedas en bases de datos y registros

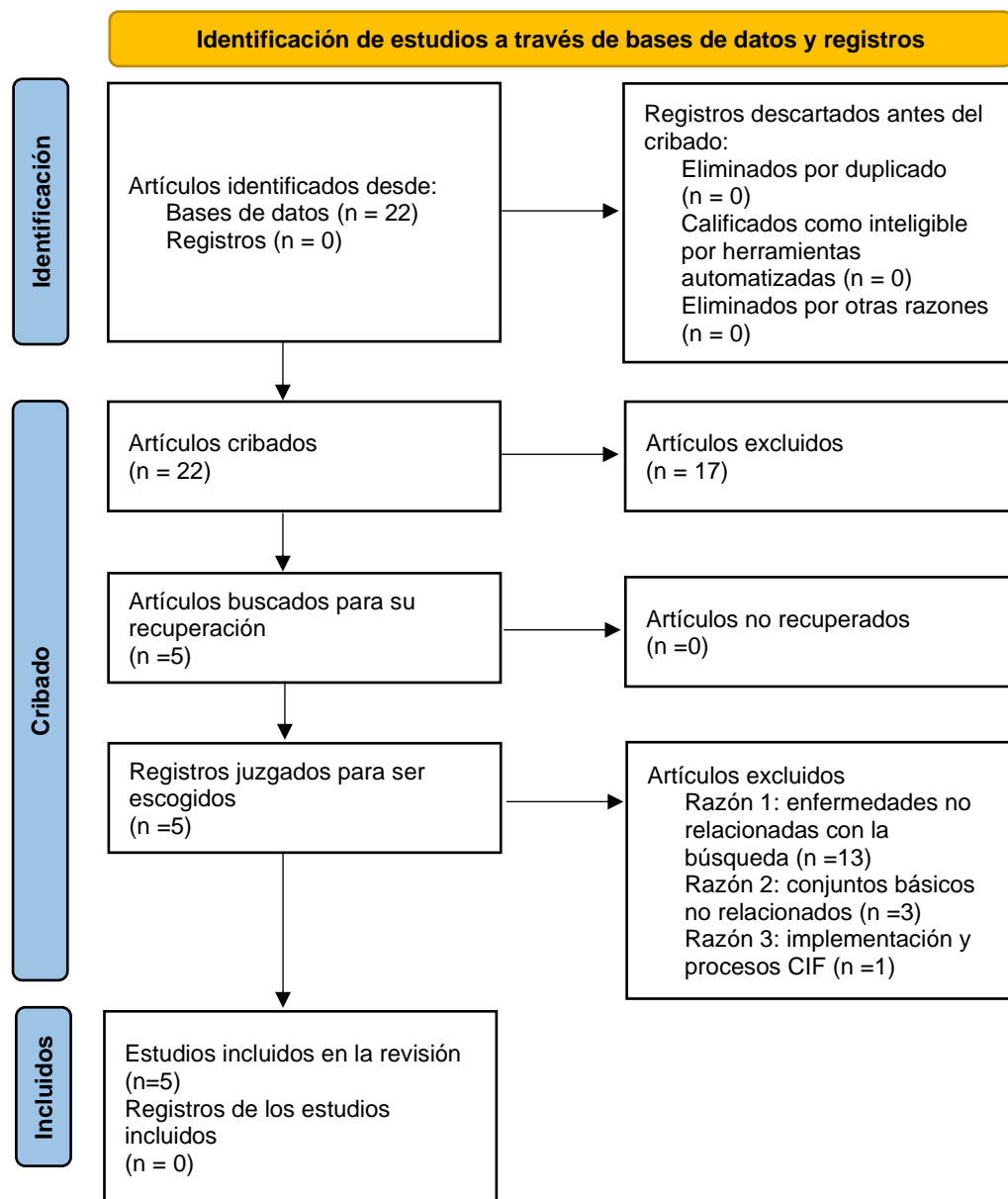


Tabla 4. Diagrama de flujo Prisma Statement (2020)

Pertenciente a: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews.

Referencia	Diseño estudio	Participantes	Instrumento	Resultados	Conclusiones	Evidencia
(Nuño et al., 2018)	Estudio Delphi.	303 psiquiatras	Cuestionario basado en la CIF	Se realiza un puntaje de las categorías de la CIF más representativas de la esquizofrenia. Se seleccionan 87 incluidas de las 97 del conjunto básico integral.	Sirve como herramienta para valoración de población con esquizofrenia.	3D
(Nuño et al., 2019)	Estudio Delphi	101 enfermeras	Cuestionario basado en la CIF	Se puntúan categorías de la CIF relacionadas con la esquizofrenia. Se seleccionan 87 y se descartan 10	Herramienta relevante a la hora del desempeño de la enfermería en salud mental	3D
(Nuño et al., 2019)	Estudio Delphi	175 psicólogos	Cuestionario basado en la CIF	Comparación de respuestas con el conjunto básico ya existente. Se presentan 73 categorías en el conjunto básico y 3 que no están incluidas	Validación de conjunto básico para la esquizofrenia	3D
(Gómez Benito et al., 2017)	Estudio descriptivo	20 profesionales de distintas áreas profesionales	Cuestionario sobre las categorías de la CIF	97 categorías identificadas e incluidas dentro del conjunto básico exhaustivo y, 25, en el resumido	Proponen conjuntos básicos para la esquizofrenia que serán útiles para la evaluación	3D
(Guilera, et al., 2020)	Estudio descriptivo	Profesionales de distintas áreas sanitarias realizan el proceso de comparación	Comparación de conjuntos básicos de esquizofrenia, trastorno bipolar y depresión	Se revelan 34 categorías comunes entre los 3 conjuntos básicos (10 en funciones corporales, 14 en actividades y participación y 10 en factores ambientales)	El agrupamiento de conjuntos básicos permite acelerar el proceso de evaluación, planificar intervención, etc.	3D

Tabla 5. Análisis artículos extraídos PRISMA (2020) y niveles de evidencia SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network)

Resultados

Introducción

Una vez planteado el estudio sobre el que basar el trabajo se plantea la estructura del protocolo. Esta estructura tendrá varias partes:

- ✚ Describir la población que puede acceder al protocolo de evaluación, es decir, establecer unos criterios de inclusión y exclusión
- ✚ Recopilación de datos del usuario en la derivación (nombre, tipo de patología, etc.) así como informe de clínico y recogida de la primera evaluación mediante información de otros (allegados, familiares, profesionales sanitarios)
- ✚ Cribado y evaluación en la que se vayan recogiendo una serie de datos propios en conjunto con el usuario y/o con los familiares. En este proceso también se incluye la valoración mediante conjuntos básicos una vez que se dé el proceso inicial de cribado y se detecten las áreas susceptibles de una evaluación más exhaustiva
- ✚ Evaluación comprensiva en la que se desarrollen las hipótesis propias del terapeuta, se revise la evaluación en caso de que fuese necesario y se planteen los primeros objetivos de intervención

Población objetivo

Los hipotéticos participantes de este protocolo de evaluación serían aquellas personas que sufran esquizofrenia, trastorno bipolar o depresión (las patologías definidas dentro del conjunto básico) y que cumplan los criterios de inclusión de entrada al protocolo.

Como inicio es interesante definir las patologías que afectarán a los usuarios susceptibles de evaluación: depresión, esquizofrenia y trastorno bipolar y el rol del terapeuta ocupacional como evaluador en el domicilio de dicho protocolo.

La depresión se configura como una de las principales enfermedades a estudio en el ENSE (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. 2019) con un 4,3% de prevalencia en hombres y un 9,1% en mujeres mayores de 15 años presentando una evolución de su prevalencia de un 6,6% en 2017. La Clasificación Internacional de las Enfermedades en su decimoprimer edición,

CIE-11 (OMS, 2019) define los trastornos depresivos como aquellos con presencia de un estado de ánimo depresivo o anhedonia, acompañados de otros síntomas (cognitivos, conductuales o neurovegetativos) que afectan significativamente al funcionamiento del individuo.

La esquizofrenia afecta a más de 400.000 personas en España (*Esquizofrenia | CIBERSAM*, s. f.) aunque es complicado encontrar datos actuales y contrastados sobre su prevalencia. La CIE-11 define la esquizofrenia como un trastorno caracterizado por la distorsión del juicio de la realidad y las alteraciones del comportamiento por síntomas positivos como delirios y síntomas negativos como la abulia o alteraciones psicomotoras.

El Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental o CIBERSAM indica que un 2% de la población padece trastorno bipolar estando este caracterizado, en clave de CIE-11, como un trastorno del estado de ánimo con episodios maníacos, hipomaníacos o mixtos que se suelen alternar con episodios depresivos.

Profesionales y objetivo programa

El terapeuta ocupacional sería el encargado de realizar dicho protocolo y evaluar las distintas necesidades y limitaciones del paciente en el desempeño de AVD'S haciendo especial hincapié en la parte de actividades y participación en clave de CIF. También habrá en colaboración directa con el resto de profesionales del campo de la salud mental como psiquiatras, psicólogos, enfermeros, etc., sobre todo en la etapa de derivación para posibilitar una correcta recogida de datos sobre el individuo.

El entorno domiciliario es clave para la rehabilitación ya que, asegura una evaluación directa del desempeño ocupacional en un entorno conocido para él con una labor proteccionista. Fossey (que es terapeuta ocupacional) y compañeros (2020) describen la importancia el rol del domicilio dentro del desempeño de la vida diaria de la persona con patología de salud mental. En su estudio, reunieron a 39 participantes en Melbourne que recibían cuidados en salud mental reuniendo su experiencia dentro del domicilio concluyendo la importancia de hacer del domicilio un hogar donde puedan desempeñar de

manera correcta las tareas y que les sirva de apoyo en su vida diaria junto a otros determinantes como el apoyo comunitario.

El objetivo del protocolo, por tanto, es lograr una evaluación exhaustiva en el domicilio del individuo utilizando los conjuntos básicos de la CIF, cuyas características y criterios de inclusión sean los adecuados para la entrada al protocolo, mediante un primer cribado que, evaluará aquellos ítems en los que el usuario no se desempeñe correctamente para después aplicar otra evaluación sobre dichos ítems erróneos, concretando la evaluación y dejando preparada la futura intervención.

Criterios de inclusión y exclusión

Como entrada al protocolo, se elaboran unos criterios de inclusión y exclusión para definir la población diana susceptible de realizar la evaluación. Como criterios de inclusión se incluyen:

- ✚ La voluntad del individuo para recibir el proceso de evaluación con la intención de llegar a recibir una intervención futura cuando finalice el proceso de evaluación plasmada en la firma de un contrato terapéutico
- ✚ La adherencia de un tratamiento farmacológico por parte del individuo y el compromiso de este por mantenerlo
- ✚ Padecer de un trastorno relacionado con la esquizofrenia, depresión o trastorno bipolar para hacer viable la correcta evaluación de este mediante el uso del conjunto básico

Dentro de los criterios exclusión estarían:

- ✚ Manifestar conductas agresivas
- ✚ No tener adherencia a un tratamiento farmacológico
- ✚ Padecer una enfermedad distinta a los criterios expuestos en el conjunto básico

Protocolo evaluación

Dentro de la evaluación se incluyen 3 procesos (Talavera y Moruno, 2012): derivación, cribado y evaluación comprensiva.

La derivación es el proceso en el que se evalúa si la persona realmente necesita el servicio de terapia ocupacional y se hace una primera recogida de

datos del individuo tanto con el individuo como con familia, tutores o personas relevantes para él.

Dentro del segundo paso estaría el screening o cribado. Una vez recogidos los datos de la derivación, se procede a una primera evaluación en la que se vayan detectando los principales problemas dentro de sus áreas de ocupación.

El primer cribado se realizará con la medida canadiense de rendimiento ocupacional o COPM (Law et al., 2005) perteneciente al Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional. Dicho modelo tiene 4 ideas principales (Moruno y Talavera, 2012): la práctica centrada en el cliente, el desempeño ocupacional, la habilitación y la consecución de la salud, bienestar y justicia a través de la ocupación. El concepto básico es el desempeño ocupacional como resultado de la relación dinámica entre persona, medio ambiente y ocupación. Para este modelo, la persona es concebida como la visión holística de un todo en el que se integran mente, cuerpo y espíritu con aspectos cognitivos (funciones intelectuales), físicos (funciones sensoriales, motoras y sensoriomotoras) y afectivos (elementos sociales e interacciones personales).

La COPM (enlace a escala: <https://bit.ly/3gmLcsm>), por tanto, es el instrumento de valoración basado en este modelo dividido en 4 pasos:

- En el primero se lleva a cabo una identificación de problemas de rendimiento ocupacional en los que se tiene que entrevistar al cliente preguntándole en relación con las actividades diarias en las áreas de cuidado de sí mismo (incluye cuidado personal, movilidad funcional y gestión comunitaria), productividad (trabajo remunerado o voluntario, manejo del hogar y juego o escuela) y ocio (recreación tranquila como lectura o pasatiempo, activa como deporte o viajes y socialización).
- En el segundo paso, la persona califica la importancia que le da a cada actividad en una escala de 1 a 10
- En el tercer paso, se detectan los 5 problemas más importantes y se califica su desempeño y satisfacción. Se suman las calificaciones y se dividen por el número de problemas para obtener la calificación final.

- En el paso 4 o de reevaluación se repiten los 3 primeros pasos para detectar los cambios posibles.

Junto con el COPM también se incluye el formato de 36 preguntas del WHODAS 2.0 (OMS, 2015). Se plantea el formato de 36 preguntas para hacer una evaluación más exhaustiva y que a su vez sea complemento de la valoración ocupacional del COPM. Incluye ítems acerca de la comprensión y la comunicación, la capacidad para moverse en su alrededor, el cuidado personal, las relaciones con otra persona, las actividades para la vida diaria (aunque solo incluyen desempeño en hogar y trabajo) y participación en la sociedad.

Aplicadas tanto la COPM como el WHO-DAS II (enlace a escala: <https://bit.ly/3uYP8Ff>) interesante contrastar esta información con el ámbito familiar, tutores o amistades para poder tener una valoración completa, ya que, como veremos más adelante, hay ítems concretos de la CIF como el de interacciones sociales básicas o complejas u ocio o tiempo libre que afectan directamente a las personas que le rodean.

Una vez realizadas las primeras valoraciones para ver las áreas afectadas en el individuo se procede a una valoración más exhaustiva según el área que tenga afectada basándose en los conjuntos básicos de Guilera (2020) adjuntadas en la tabla 5 tanto los conjuntos básicos breves (especificados con una B) como los exhaustivos.

Se desarrollará en las siguientes líneas los puntos relacionados con actividades y participación puesto que son los que más vinculados están al trabajo del terapeuta ocupacional y se anexará una tabla (anexo 2) en la que se pueda ver de manera directa el conjunto básico de Guilera (2020), un árbol de decisiones con el objetivo de facilitar la evaluación (anexo 3) y los puntos relacionados con funciones corporales y factores ambientales (anexo 4).

Actividades y participación

Como parte crucial de la evaluación para el terapeuta ocupacional se desarrolla una actividad de la vida diaria en la que se puedan evaluar los distintos ítems de la CIF. En este caso, y puesto que nos encontramos en el domicilio del individuo se desarrollará la elaboración de una receta de cocina incluyendo la obtención de los elementos necesarios para llevar a cabo la receta, el seguir los

pasos estructurados para poder realizar la elaboración de dicha comida y el proceso de alimentación una vez finalizada la receta.

- d175: resolver problemas tanto simples como complejos

Exposición a tareas de funciones ejecutivas en las que se le exponga un problema junto a posibles salidas a este problema o que el propio usuario tenga que resolver dichas situaciones. Dentro de la actividad se podrá observar su resolución de problemas mediante el desempeño que vaya realizando en la receta o proponiéndole supuestos prácticos en los que tuviera que resolver un problema simple (obtención de un ingrediente en caso de que no lo tuviese) o complejo (resolver un evento de mayor magnitud como un pequeño fuego ocasionado en la cocina o una quemadura al realizar la receta)

- d177: tomar decisiones

Se le planteará la receta a realizar entre varias, de tal manera que se provoque una toma de decisiones entre todas las presentes. También se puede obtener mediante las entrevistas semiestructuradas de cribado como la COPM y WHO-DAS 2.0 y en conversaciones con allegados.

- d210: llevar a cabo una única tarea

En la actividad planteada de elaboración de comida se plantea una actividad simplificada a la totalidad como, por ejemplo, cortar los ingredientes. Se evaluará como lleve a cabo la tarea, así como pedirle distintos tipos de corte para evaluar la manera compleja de realizar esta actividad, la manera en la que puede resolver la actividad de forma independiente y si puede coordinarse con el terapeuta para realizar esta actividad en conjunto. También es evaluable con las escalas de cribado utilizadas previamente.

- d220: llevar a cabo múltiples tareas

Se evaluará la totalidad de pasos mediante la evaluación del conjunto de estas en actividades simplificadas: si en el punto anterior sólo se evaluó el ítem de cortar aquí se evaluará el total de los pasos hasta finalizar la receta, como vaya finalizándolas, si puede realizarlas sólo y si se coordina con el terapeuta a

la hora de finalizar dichas tareas. Como las anteriores, también es evaluable por las escalas de cribado.

- d230: llevar a cabo rutinas diarias

El Assessment of Living Skills and Resources (Williams et al., 2014) es capaz de medir las actividades instrumentales y algunas relacionadas con las AVD's mediante una serie de preguntas valoradas de manera Likert de 0 a 2 según sea independiente para realizarlas, con parcial independencia o incapaz de hacerlos o sin responsabilidad para ello sumada a la información de la entrevista inicial. También se puede valorar en el propio desempeño de la actividad viendo si esta es realizada de manera correcta en su totalidad.

Enlace a escala: <https://bit.ly/3gmdfJE>

- d240: manejo del estrés y otras demandas psicológicas

La escala del estrés percibido (Reyna et al., 2019) miden mediante 14 preguntas con respuestas de tipo Likert de 0 a 4 según su frecuencia (de nada a frecuente a muy frecuente) las distintas situaciones estresantes que han podido ser desencadenadas en el último mes. Con respecto al manejo del estrés relacionado con las habilidades sociales, se desarrolla más adelante la escala proporcionada por Goldstein que engloba los puntos d710, d720, d760 y d770. En la actividad se percibirá su nivel de estrés mediante una pregunta directa al individuo de cuál es su estado al realizar la receta y si siente algún agobio relacionado con el proceso.

Escala estrés percibido: <https://bit.ly/3gmDIWe>

Escala Goldstein: <https://bit.ly/2RTG5b9>

- d570: cuidado de la propia salud

Especificadas en el informe clínico o en la valoración de las personas allegadas al individuo. En la actividad se puede observar por la propia percepción del terapeuta y su estado mientras realiza la receta.

- d710, interacciones interpersonales básicas, d720, interacciones interpersonales complejas, d760, relaciones familiares, d770, relaciones íntimas

Pueden ser obtenidas en el cuestionario inicial, mediante entrevista con la familia o en la consulta del informe clínico. Aparte se pueden evaluar el uso de las distintas habilidades sociales mediante el uso de la escala de habilidades sociales de Goldstein (Vergara, 2016) que propone 50 preguntas sobre las habilidades sociales estándar, avanzadas, de planificación, de primer uso y aquellas que hacen frente al estrés en una escala Likert que va de nada significativo a altamente significativo en 5 ítems. También se le puede dar uso al test de Montejo y compañeros (2000) para el punto de relaciones íntimas.

Enlace a test de Montejo y compañeros: <https://bit.ly/3gl1xxM>

- d845: conseguir, mantener y finalizar un trabajo y d870: autosuficiencia económica

En la entrevista previa al ingreso bien con charla con el paciente o con los familiares se puede hacer una estimación de su situación laboral o económica. Dentro de la actividad únicamente se podrá valorar la capacidad económica de la persona a la hora de la obtención de ingredientes para la receta.

- d920: tiempo libre y ocio

Evaluable mediante el uso de la entrevista COPM y la WHODAS 2.0 especificada anteriormente, así como el contraste de estas con sus allegados.

Finalmente, la evaluación comprensiva se ejecuta con la recogida de datos realizada. En esta etapa se establecen las primeras hipótesis que justifiquen las alteraciones en el desempeño ocupacional del paciente como fase previa a una futura intervención. También se pueden revisar las evaluaciones anteriormente para mostrar los posibles cambios que haya generado el individuo en el tiempo.

Discusión

Existen distintos problemas generados en la elaboración del plan de salud mental de Asturias y la elaboración de su plan de salud mental que engloba de 2015 a 2020 (Plan de Salud Mental, 2015, Gobierno de Asturias) que, en 2016, la propia Comisión de Sanidad del Principado de Asturias desautorizó *“al entender que no se sustentaba en una base de datos epidemiológicos*

suficientemente actualizados, así como que su elaboración hubiera requerido una mayor participación comunitaria” (Gobierno del Principado de Asturias, 2018).

En dicho informe también se incorpora una actualización del anterior plan mencionado en los que se especifica datos más recientes (los anteriores números databan de 2012 y los actuales de 2017). En la atención ambulatoria a mayores de 15 años en el año 2017 se refiere un número total de 55182 pacientes que engloba el eje III de la Clasificación Internacional de las Enfermedades o CIE-10 (España & Ministerio de Sanidad, 2020): trastornos mentales orgánicos, alcoholismo, toxicomanías, esquizofrenia, trastornos del humor, neuróticos de conducta alimentaria, personalidad, disfuncionalidades fisiológicas, de personalidad, retraso mental, otros procesos, otros y sin asignar. Los más predominantes fueron los trastornos neuróticos (29,6%), los catalogados como “sin asignar” (23,83%) y los trastornos del humor (17,33%). Con respecto a la atención ambulatoria a menores de 15 años en el año 2017 se contabilizó un total de 3886 pacientes. Los trastornos con mayor número de afectados fueron aquellos “sin asignar” con un 43,72%, un 29,36 % en otros procesos mentales y un 18,35% dentro del eje III.

Una vez englobada la parte epidemiológica es interesante ubicar al terapeuta ocupacional y, a su vez, este en el domicilio, dentro del plan provincial.

En Asturias, uno de los recursos que permite la presencia de los distintos profesionales dentro del domicilio del paciente es el Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario (ETAC). El plan de Salud Mental de Asturias (Servicio Salud Principado Asturias, 2015), está integrado por un psiquiatra, enfermero, auxiliar especialista en psiquiatría (ASEP), auxiliares de enfermería y trabajo social cuya función está centrada en el tratamiento farmacológico del paciente y el seguimiento de este, pero no dispone de ningún profesional indicado exclusivamente para la rehabilitación ni para evaluación de las actividades de la vida diaria. En la actualización del plan, se puede incluir la figura del terapeuta ocupacional dentro de las distintas actuaciones. En la actuación 1 (p.7) *“Implantar un modelo organizativo que facilite la atención integral en las estructuras intermedias y demás recursos relacionados con la atención a*

TMG/TMS, que integre en un solo equipo funcional” se especifica la creación de equipos multidisciplinares que eviten ingresos forzosos, así como implementar un protocolo de no comparecencia, una atención domiciliaria en la que podría estar incluido el terapeuta ocupacional por la distinta realización de AVD’s que se realizan en el domicilio y su evaluación dentro de él. Con respecto a la actuación 4 (p.9) *“Potenciar las prestaciones psicoterapéuticas, como desarrollo de la cartera de servicios del SNS, con el objetivo de adecuar las prestaciones a la mejor práctica clínica y en consonancia con criterios de evidencia, corresponsabilidad y autonomía de los ciudadanos en relación a los servicios sanitarios”* se plantea el desarrollo de intervenciones psicoterapéuticas en pacientes crónicos y procesos subagudos en lo que se tienen que implementar terapeutas ocupacionales. Dentro de la actuación 11 (p.11) *“Elaboración de criterios de planificación y asignación de recursos profesionales según capacitación y competencia profesional en función de las prestaciones y cartera de servicios ofertadas en la Red, asegurando la equidad en el acceso a los recursos asistenciales”* se especifica que se deben de ir incorporando progresivamente las figuras profesionales de educadores y trabajadores sociales, psicólogos clínicos y terapeutas ocupacionales.

Como punto de discusión cabe mencionar que los planes de salud mental están desactualizados tanto a nivel mundial (OMS, con validez hasta 2020), nacional (la última actualización fue en 2013. Incluso las encuestas del ENSE están desactualizadas ya que se realizaron en el 2017) y provincial (tanto el plan original de 2015 como su actualización en 2017). Este hecho refleja las dificultades a la hora de encontrar datos actualizados de salud mental, evidenciando la dificultad en diseñar planes de intervención y evaluar los resultados de los anteriores planes. Especial atención requiere el plan de salud mental de Asturias a la hora de dar una muestra epidemiológica concreta, y es que, en menores de 15 años, los porcentajes de trastornos mentales sin catalogar, dejan un vacío importante a la hora de definir qué tipo de afección tienen.

En dichos planes de salud mental, aunque se recomienda la presencia del terapeuta ocupacional o se hace alusión indirecta a él (programas de evaluación de actividades de la diaria) la realidad es que la presencia del terapeuta

ocupacional es bastante reducida en el ámbito de salud mental. En Asturias, en datos del año 2017, trabajan 13 terapeutas en las distintas áreas sanitarias y disciplinas, lo cual deja un número escaso de margen profesionales dedicados a la salud mental. A su vez, existe la presencia del monitor ocupacional, catalogado de manera inferior al terapeuta que cuenta con 11 personas desempeñando dicha profesión en los distintos recursos.

Con respecto a la CIF y los conjuntos básicos, existen guías como la de Selb (Selb et al., 2015) para desarrollar conjuntos básicos mediante el sistema CIF basados en cuatro principios. En primera estancia cabe mencionar que el desarrollo de los conjuntos básicos sigue un proceso basado en evidencia que integra dicha evidencia en el estudio preparatorio

- Refleja la perspectiva de salud no solo de los profesionales u otros expertos, sino de la persona que asume esa condición de salud
- Se ven reflejados los profesionales de la salud de varias disciplinas de tal manera que enriquecen la aplicación del conjunto básico hacia una perspectiva multidisciplinar
- Por último, este sistema concierne a profesionales de todas las regiones lo que permite su implementación a nivel mundial

La aplicación del conjunto básico a su vez conlleva varios pasos:

- Preparar el instrumento o la transcripción
- Identificar el concepto que tenga significado dentro para cada ítem
- Relacionar conceptos significantes con la CIF
- Encontrar la concordancia con la categoría de la CIF

Aunque el propio Selb elaboró una lista para realizar conjuntos básicos el uso de estos en el ámbito de salud mental es reducido. La CIF (OMS, 2001) reconoce una serie de conjuntos básicos dedicados a condiciones musculoesqueléticas (como artritis reumatoide u osteoporosis), condiciones cardiopulmonares (como diabetes y obesidad), neurológicos (como la lesión cerebral entre los que clasifica la depresión y el trastorno bipolar) y otros entre los que se incluya la esquizofrenia. Estas últimas tres patologías son las únicas incluidas dentro del ámbito de la salud mental y solo el estudio de Guilera (2020)

las relaciona entre sí. También cabe destacar que la mayoría de estudios, tanto indicados en la introducción como en materiales y métodos, están escritos por los mismos autores.

Cieza (2004) desarrollo el conjunto básico para la depresión más profundamente buscando ser la primera herramienta que consiga un conjunto básico breve y otro más exhaustivo. Después de recibir un entrenamiento en la CIF se identificaron una serie de categorías en consenso con expertos internacionales. Finalmente se concluyeron 121 categorías para para el conjunto básico exhaustivo de la CIF (45 para funciones corporales, 48 para actividades y participación y 28 para factores ambientales) y, para su versión breve, 31 categorías (divididas en 9, 12 y 10 respectivamente) logrando definirse dichos conjuntos básicos como aptos para evaluar la depresión.

En la validación de los conjuntos básicos para esquizofrenia desde la perspectiva de los psiquiatras (Nuño et al., 2018) se buscó el uso de los conjuntos básicos para identificar los problemas más comunes dentro de la esquizofrenia dividiendo el estudio en tres rondas. En la primera, los psiquiatras tenían que responder una serie de preguntas abiertas que los expertos recogerían como una guía para unir esas respuestas con categorías de la CIF. En la segunda ronda se anexan las categorías de la CIF a cada pregunta, así como su definición y se debe contestar si ven relevante esa relación. Finalmente, en la última, se vuelven a enviar las mismas preguntas con feedback de las respuestas de otros psiquiatras y los porcentajes de cada categoría.

Se realizaron estas encuestas a 352 psiquiatras de 63 países obteniéndose 7133 conceptos unidos a 387 categorías de la CIF y a 31 factores personales en la primera ronda. De ahí, se llegó al consenso de 91 categorías y 31 factores personales de las cuales 87 ya estaban representadas en los conjuntos básicos exhaustivos. Se llega, por tanto, a la conclusión de que tienen un marco de trabajo efectivo para describir la funcionalidad y discapacidad de personas con esquizofrenia.

Un año después, se realizó el mismo esquema de estudio que el anterior, pero con la intervención de psicólogos en vez de psiquiatras (Nuño et al., 2019). Se escogieron 175 psicólogos (solo completarían 137 las 3 rondas) de 46 países

en los que se buscaba identificar los problemas más comunes en la esquizofrenia. En la primera ronda de preguntas se consiguieron 7526 conceptos unidos a 412 categorías de la CIF y 53 factores personales que finalmente pasarían a ser 76 categorías de la CIF y 28 de factores personales en la última ronda de preguntas. Presenta resultados similares al anterior estudio y arroja evidencia a la hora de describir la capacidad y discapacidad de personas con esquizofrenia.

Dentro de los core-sets en el trastorno bipolar (Ávila et al., 2010) se extrajeron estudios de MEDLINE y PsycInfo entre 2000 y 2006 relacionaron determinadas variables y conceptos con terminología de la CIF para poder obtener nexos. Finalmente, se incluyeron 109 estudios relacionándolos con 145 categorías de la CIF (con un mayor predominio de relación en funciones corporales por encima de otras categorías como actividades y participación) contribuyendo a la salida de un futuro conjunto básico sobre el trastorno bipolar.

Carswell y compañeros (2004) prepararon una revisión de sistemática con respecto a la COPM, exponiendo que este método de trabajo es útil para pacientes con patología de salud mental, entre otros, haciéndola una herramienta útil para la evaluación. Algado (2006), especifica ciertas pautas dentro de la entrevista semiestructurada y hace varios apuntes acerca del proceso de la entrevista:

- Se recomienda aplicarla tan pronto como sea posible, aunque puede haber pausas en el proceso.
- Si los objetivos no son realistas se pueden discutir con la persona.
- Probablemente los puntos más relevantes para escoger la COPM en este proceso de evaluación sean la validación de dicha entrevista utilizando datos de personas conocedoras de su función ocupacional como amistades, familiares o cuidadores en casos de personas con capacidad de introspección dudosa o problemas cognitivos.

La WHODAS 2.0 (2015), por su parte, muestra un alto coeficiente de correlación interna a nivel general (0,96) y una consistencia interna con valores de “aceptable” y “muy bueno” con una validez alta (64%) que indica que esta entrevista mide de manera correcta la discapacidad y una validez concurrente

media relacionándola con otros test, indicando que hay similitud de constructos pero que mide algo distinto. Se administra previa lectura de las pautas facilitadas por la OMS haciendo hincapié en que se debe administrar de la misma manera cada vez que esta sea usada.

Es evidente que las dos escalas en el proceso de cribado aportan cierto sesgo a la hora de conseguir una evaluación de la persona que sufra depresión, trastorno bipolar o esquizofrenia. Se opta por dichas escalas por una cuestión de optimización de la información en el menor tiempo posible ya que la WHO-DAS II oscila entre los 20 y 30 minutos pudiendo ser administrada a personas de distintos niveles educacionales con distintas habilidades cognitivas, ámbitos socio-culturales y discapacidades recogiendo información coherente computable en la CIF. De todas maneras, el formato de 36 preguntas engloba la mayor cantidad de información a costa de tener una duración mínimamente más elevada. Otras baterías susceptibles de evaluación y, relacionadas con la CIF, como la BECA, alargarían sustancialmente el tiempo de evaluación ya que consta de 197 ítems además de necesitar una mayor formación previa en la herramienta para poder usarla de manera correcta.

Con respecto a la COPM, toma el mismo tiempo de realización aproximado que la WHO-DAS II (20-30 minutos) necesitándose cierta formación en el modelo. Aun así, se escoge este modelo por encima de otros como el Modelo de la Ocupación Humana o MOHO de Kielhofner (2004) por obtener información similar en menor tiempo posible, acelerando la puesta en marcha de la evaluación y/o el número de sesiones necesarias para lograr dicha evaluación básica o exhaustiva en terminología de la CIF, reduciendo el tiempo que se tarde en aplicar una futura intervención.

Dentro de los conjuntos básicos, sería interesante seguir agrupando estos entre sí como el artículo hace con la depresión, esquizofrenia y trastorno bipolar, añadiendo patologías mentales que permitan evaluar a la una muestra más variada de individuos de la misma manera. En este trabajo ya se ha visto que se han podido obtener conjuntos básicos fiables de las patologías mencionadas, así como la relación entre sí, así que el futuro es alentador en este aspecto.

De hecho, el propio Guilera (2020) indica que se debe poner en marcha en los años venideros un sistema de evaluación basado en la práctica usando como referencia dicho modelo de conjuntos básicos citado en su propio artículo. Una probable vía de investigación sería obtener una escala basada en la CIF que permita evaluar de manera directa estos ítems dentro de los conjuntos básicos que busque optimizar el tiempo consiguiendo una evaluación lo más exhaustiva posible, como en este trabajo. De hecho, los últimos estudios de Nuño y Guilera (2021), ya incluyen a los terapeutas ocupacionales y la perspectiva de estos con respecto a los conjuntos básicos relacionados con la esquizofrenia con el mismo objetivo que se buscaba con sus entrevistas a psicólogos y psiquiatras.

Conclusiones

Aunque la figura del terapeuta ocupacional no esté totalmente representada en el ámbito de la salud mental, este trabajo da firmeza a la idea de que en el proceso de evaluación y, en su futura intervención, el terapeuta puede llegar a jugar un papel clave dentro del desempeño venidero del individuo tanto por la relación de las funciones del terapeuta con las mencionadas anteriormente en el plan de la OMS como por la propia definición del terapeuta ocupacional dentro del marco de trabajo de la AOTA.

También cabe destacar a la CIF como una herramienta potente para la evaluación del individuo por su extensión en cuanto a las áreas que abarca y, por su brevedad, en cuanto a la rapidez de evaluación que proporciona el resumen de categorías contenidos dentro del conjunto básico. La CIF, además, guarda una relación con el marco de trabajo del terapeuta mencionado anteriormente y sus propias categorías además de que el área de actividades y participación se muestra como un reflejo del trabajo del terapeuta.

Finalmente, cabe concluir que este protocolo pretende ser un primer acercamiento a la evaluación completa del usuario con patología de depresión, esquizofrenia o trastorno bipolar desde el punto de vista del terapeuta ocupacional buscando complementar el resto de información facilitada por el resto de profesionales y completar el proceso de evaluación desde un punto de vista rehabilitador.

Bibliografía

- About Occupational Therapy | WFOT. (s. f.). de <https://www.wfot.org/about/about-occupational-therapy>
- Algado, S. S. (2006). El Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional, *Revista Gallega de Terapia Ocupacional, TOG*.
- Ávila, C. C., Cabello, M., Cieza, A., Vieta, E., & Ayuso-Mateos, J. L. (2010). Functioning and disability in bipolar disorders: A systematic review of literature using the ICF as a reference: Systematic review on functioning and disability in BD. *Bipolar Disorders*. 12(5), 473-482. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2010.00833.x>
- Bienestar | Definición | Diccionario de la lengua española | RAE - ASALE. (s. f.). Recuperado 27 de febrero de 2021, de <https://dle.rae.es/bienestar>
- Brieva, J. A. R., & Gutiérrez-Zotes, A. (s. f.). Escala de Control de los Impulsos «Ramón y Cajal» (ECIRyC). Desarrollo, validación y baremación. *Actas Esp Psiquiatría*. 16.
- Bryant, W., Fieldhouse, J., Bannigan, K., Creek, J., & Lougher, L. (Eds.). (2014). *Creek's occupational therapy and mental health (5th edition)*. Churchill Livingstone/Elsevier.
- Carswell, A., McColl, M. A., Baptiste, S., Law, M., Polatajko, H., & Pollock, N. (2004). *The Canadian Occupational Performance Measure: A Research and Clinical Literature Review*. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 71(4), 210-222. <https://doi.org/10.1177/000841740407100406>
- Castillo, I. I. (2008). Craving: Concepto, medición y terapéutica. 14.
- CIBERSAM. *Esquizofrenia* | (s. f.). de <https://www.cibersam.es/programas-de-investigacion/esquizofrenia>
- CIE-11., OMS., Clasificación Internacional de Enfermedades (2019)
- Cieza, A., Chatterji, S., Andersen, C., Cantista, P., Herceg, M., Melvin, J., Stucki, G., & de Bie, R. (2004). ICF Core Sets for depression. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 36(0), 128-134. <https://doi.org/10.1080/16501960410016055>

- Confederación Salud Mental España (s. f.). La salud mental en cifras. Comunica la Salud Mental. <https://comunicalasaludmental.org/guiadeestilo/la-salud-mental-en-cifras/>
- Crepeau E, Cohn E., Schell B., (2011), Willard & Spackman, Terapia Ocupacional, 11ª edición, *Panamericana*.
- Domínguez Vergara, J. A., & Ybañez Carranza, J. (2016). Adicción a las redes sociales y habilidades sociales en estudiantes de una institución educativa privada. *Propósitos y Representaciones*. 4(2). <https://doi.org/10.20511/pyr2016.v4n2.122>
- Ellis, B. W., Johns, M. W., Lancaster, R., Raptopoulos, P., Angelopoulos, N., & Priest, R. G. (1981). *The St. Mary's Hospital Sleep Questionnaire: A Study of Reliability*. *Sleep*, 4(1), 93-97. <https://doi.org/10.1093/sleep/4.1.93>
- España, & Ministerio de Sanidad, C. y B. S. (2020). CIE-10-ES: Clasificación internacional de enfermedades, 10ª revisión.
- Ewert, T., ÜstÜN, T. B., Chatterji, S., Kostanjsek, N., Stucki, G., & Cieza, A. (2004). Development of ICF Core Sets for patients with chronic conditions. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 36(0), 9-11. <https://doi.org/10.1080/16501960410015353>
- Fernández-López, J. A., Fernández-Fidalgo, M., & Cieza, A. (2010). Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). *Revista Española de Salud Pública*. 84(2). <https://doi.org/10.1590/S1135-57272010000200005>
- Fossey E, Harvey C and McDermott F (2020) Housing and Support Narratives of People Experiencing Mental Health Issues: Making My Place, My Home. *Frontiers in Psychiatry*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00939>
- Fundación Mutua Madrileña, (2018), Barómetro juvenil de vida y salud, de <https://www.grupomutua.es/sala-de-prensa/actualidad/mujeres-presentan-peor-salud-que-los-hombres-segun-barometro-fad-y-fundacion-mutua/>

- Gil-Palmero., Ana, Ipola-Moro, Micaela, Montañes, Martí, Susana (2020). Instrumentos en español para la evaluación del funcionamiento y las actividades de la vida diaria en esquizofrenia: ¿qué miden? *Actas españolas de psiquiatría*, ISSN. 1139-9287, Vol. 48, Nº. 6, 2020
- Glass, T. A., de Leon, C. M., Marottoli, R. A., & Berkman, L. F. (1999). Population based study of social and productive activities as predictors of survival among elderly Americans. *BMJ (Clinical research ed.)*,
- Gobierno del Principado de Asturias, Consejería de Sanidad, 28 noviembre de 2018, Actualización del Plan de Salud Mental 2015-2020, de <https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/actualizacion-del-plan-de-salud-mental-2015-2020>
- Gómez-Benito, J., Guilera, G., Barrios, M., Rojo, E., Pino, O., Gorostiaga, A., Balluerka, N., Hidalgo, M. D., Padilla, J. L., Benítez, I., & Selb, M. (2017). Beyond diagnosis: The Core Sets for persons with schizophrenia based on the World Health Organization's International Classification of Functioning, Disability, and Health. *Disability and Rehabilitation*. 40(23), 2756-2766. <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1356384>
- Guilera, G., Pino, O., Barrios, M., Rojo, E., Vieta, E., & Gomez-Benito, J. (2020). Towards an ICF Core Set for functioning assessment in severe mental disorders: Commonalities in bipolar disorder, depression and schizophrenia. *Psicothema*. 32.1, 7-14. <https://doi.org/10.7334/psicothema2019.186>
- Gross, J.J., & John, O.P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*. 85, 348-362.
- Guardia Serecigni, J., Luquero Vived, E., Siñol Llosa;, N., Burguete, T., & Cardús Moya, M. (2006). Utilidad de la Escala Multidimensional de Craving de Alcohol (EMCA) en la práctica clínica y adicciones.18(3), 265. <https://doi.org/10.20882/adicciones.343>

- Heishman, S., Singleton, E., & Pickworth, W. (2008). Reliability and validity of a Short Form of the Tobacco Craving Questionnaire. *Nicotine & Tobacco Research.* , 10(4), 643-651. <https://doi.org/10.1080/14622200801908174>
- Heredia Torres, M. P., Rivero, M. B., Piédrola, R. M. M., Bocanegra, .M., Camarero, C. S., Til, M. J. C., & Page, J. C. M. (2003). Clasificación Internacional de Funcionamiento (CIF) y Terapia Ocupacional: ¿un mismo paradigma? *World Federation of Occupational Therapists Bulletin.* 47(1), 37-43. <https://doi.org/10.1080/20566077.2003.11721140>
- Ikiugu, M. N., Nissen, R. M., Bellar, C., Maassen, A., & Van Peurse, K. (2017). Clinical Effectiveness of Occupational Therapy in Mental Health: A Meta-Analysis. *The American journal of occupational therapy: official publication of the American Occupational Therapy Association.* 71(5), 7105100020p1–7105100020p10.
- Ipola, M. M., Trullenque, L. S., García, B. F., Fraile, J. S., & Garijo, J. P. (2011). Aplicación de la Clasificación Internacional de la Discapacidad, el Funcionamiento y la Salud (CIF) de la OMS para la evaluación de la discapacidad en pacientes con trastorno mental grave. 14.
- Kielhofner, G. (2004). Modelo de Ocupación Humana: Teoría y Aplicación, *Panamericana.*
- La salud mental en cifras. (s.f.). Comunica la Salud Mental, de <https://comunicasaludmental/guiadeestilo/la-salud-mental-en-cifras/>
- Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M. A., Polatajko, H., & Pollock, N. (2005) *Published by CAOT Publications ACE Printed in Canada.* 4.
- Lista de países ordenados por población, (2020), de <https://www.populationpyramid.net/es/poblaci%C3%B3n-por-pa%C3%ADs/2020/>
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017. *Serie informes monográficos #1 - SALUD MENTAL.* Madrid
- Molodynski, A., Linden, M., Juckel, G., Yeeles, K., Anderson, C., Vazquez-Montes, M., & Burns, T. (2013). The reliability, validity, and applicability of an English language version of the Mini-ICF-APP. *Social Psychiatry and*

- Montejo, Al.; Garcia,, M.; Espada, M., Rico-Villademoros, F; Llorca, G.,;Izquierdo, J.A. Et Al. Propiedades psicométricas del Cuestionario de Disfunción Sexual Secundaria a Psicofármacos. *Actas Esp Psiquiatr* 2000, 28,3:141-150
- M.S.C. Instituto de Información Sanitaria - Subcomisión de Sistemas de Información del SNS, (2007) (disposición de centros de salud mental en España)
- Nuño, L., Barrios, M., Moller, M. D., Calderón, C., Rojo, E., Gómez-Benito, J., & Guilera, G. (2019). An international survey of Psychiatric-Mental-Health Nurses on the content validity of the International Classification of Functioning, Disability and Health Core Sets for Schizophrenia. *International Journal of Mental Health Nursing* 28(4), 867-878.
<https://doi.org/10.1111/inm.12586>
- Nuño, L., Barrios, M., Rojo, E., Gómez-Benito, J., & Guilera, G. (2018). Validation of the ICF Core Sets for schizophrenia from the perspective of psychiatrists: An international Delphi study. *Journal of Psychiatric Research*, 103, 134-141. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.05.012>
- Nuño, L., Guilera, G., Coenen, M., Rojo, E., Gómez-Benito, J., & Barrios, M. (2019). Functioning in schizophrenia from the perspective of psychologists: A worldwide study. *PLOS ONE*, 14(6), e0217936.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217936>
- Nuño, L., Guilera, G., Bell, M., Rojo, E., Gómez-Benito, J., Calderón, C., & Barrios, M. (2021). Occupational Therapists' Perspective on the International Classification of Functioning, Disability and Health Core Sets (ICF–CS) for Schizophrenia. *American Journal of Occupational Therapy*, 75(2), 7502205060p1-7502205060p10.
<https://doi.org/10.5014/ajot.2021.041509>

- Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process—Fourth Edition. (2020). *American Journal of Occupational Therapy* 74 (Supplement_2), 7412410010p1.
- Organización Mundial de la Salud, (2001), Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud, de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43360/9241545445_spa.pdf;jsessionid=C49C7F688437B5C3A589D758016ACE6D?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud, OMS (2015), Medición de la salud y la discapacidad: manual para el cuestionario de evaluación de la discapacidad de la OMS, de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/170500>
- Organización Mundial de Salud, OMS, (2014), Documentos básicos p.7, de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/170500>
- Organización Mundial de Salud, OMS, (2013), Plan acción salud mental, de https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/
- Organización Mundial de Salud, OMS (2018), Salud mental: Fortalecer nuestra respuesta, de <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Valer, P.S., & Mainar, J.R. (2012). Protocolo del proceso de evaluación ocupacional para hospitales de día de adultos en psiquiatría, *TOG*
- Talavera Valverde, Moruno Miralles (2012), *Terapia Ocupacional en Salud Mental*, Elsevier-Masson.
- Prisma (2020), Prisma Statement, recuperado de <http://www.prisma-statement.org/PRISMAStatement/>
- Selb, M., Escorpizo, R., Kostanjsek, N., Stucki, G., Üstün, B., & Cieza, A. (2015). A guide on how to develop an International Classification of Functioning, Disability and Health Core Set. *EUROPEAN JOURNAL OF PHYSICAL AND REHABILITATION MEDICINE* 51(1), 13.

- Reyna, C., Mola, D. J., & Correa, P. S. (2019). Escala de Estrés Percibido: Análisis psicométrico desde la TCT y la TRI. *Ansiedad y Estrés* 25(2), 138-147. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2019.04.003>
- Wiersma, D., DeJong, A., & Ormel, J. (1988). The Groningen Social Disabilities Schedule: Development, relationship with I.C.I.D.H., and psychometric properties. *International Journal of Rehabilitation Research* 11(3), 213-224. <https://doi.org/10.1097/00004356-198809000-00001>
- Wilcock, A. A. (2007). Occupation and Health: Are They One and the Same? *Journal of Occupational Science*, 14(1), 3-8. <https://doi.org/10.1080/14427591.2007.9686577>.
- Wilcock, A. (2021). Una teoría sobre la necesidad humana de la ocupación. *Journal of Occupational Science* 1-10. <https://doi.org/10.1080/14427591.2020.1858523>
- Williams, J. H., Drinka, T. J., Greenberg, J. R., Farrell-Holtan, J., Euhardy, R., & Schram, M. (2014). Assessment of Living Skills and Resources [Data set]. *American Psychological Association*. <https://doi.org/10.1037/t07212-000>

ANEXOS

Anexo 1: PRISMA Checklist (2020)

Sección/tema	Item #	Checklist item	Página en la que aparece el ítem
TÍTULO			
Título	1	Identificar la publicación como revisión sistemática	0
RESUMEN			
Resumen	2	Consulte la lista de comprobación PRISMA 2020 para resúmenes (Tabla 2).	1
INTRODUCCIÓN			
Justificación	3	Describa la justificación de la revisión en el contexto de los conocimientos existentes	2-12
Objetivos	4	Proporcione una declaración explícita de los objetivos o preguntas que la revisión desea contestar	2-12
MÉTODOS			
Criterios elegibilidad	5	Especifique los criterios de inclusión y exclusión para la revisión y cómo se agruparon los estudios para la síntesis	12
Fuentes de información	6	Especifique todas las bases de datos, registros, sitios web, organizaciones, listas de referencia y otras fuentes buscadas o consultadas para identificar estudios. Especifique la fecha en la que se buscó o consultó por última vez cada fuente.	12
Estrategia de búsqueda	7	Presentar las estrategias de búsqueda completas para todas las bases de datos, registros y sitios web, incluidos los filtros y los límites utilizados.	12-13
Proceso de selección	8	Especifique los métodos utilizados para decidir si un estudio cumplía los criterios para la inclusión de la revisión, incluidos cuántos revisores examinaron cada registro y cada informe recuperado, si trabajaron de forma independiente y, si procede, los detalles de las herramientas de automatización utilizadas en el proceso.	12
Proceso de recopilación de datos	9	Especifique los métodos utilizados para recopilar los datos de los estudios, incluido el número de revisores que recopilaron datos de cada informe, si trabajaron de forma independiente, los procesos para obtener o confirmar datos de los investigadores del estudio y, si procede, los detalles de las herramientas de automatización utilizadas en el proceso.	13
Lista de datos	10a	Enumerar y definir todos los resultados para los que se buscaron los datos. Especifique si se buscaron todos los resultados admitidos por cada dominio de resultados en cada estudio (por ejemplo, para todas las medidas, puntos de tiempo, análisis) y, si no, los métodos utilizados para decidir qué resultados recopilar.	14-15
	10b	Enumerar y definir todas las demás variables para las que se solicitaron datos (por ejemplo, características de participantes e intervención, fuentes de financiación). Describa cualquier suposición hecha sobre cualquier información que falte o no esté clara.	14-15
Estudio y valoración del riesgo del sesgo	11	Especifique los métodos utilizados para evaluar el riesgo de sesgo en los estudios incluidos, incluidos los detalles de las herramientas utilizadas, cuántos revisores evaluaron cada estudio y si trabajaron de forma independiente y, si procede, los detalles de las herramientas de	-

Sección/tema	Item #	Checklist item	Página en la que aparece el ítem
		automatización utilizadas en el proceso.	
Medidas de efecto	12	Especifique para cada resultado como se midió el efecto (por ejemplo, relación de riesgo, diferencia media) utilizadas en la síntesis o presentación de resultado	14-15
Métodos de síntesis	13a	Describa los procesos utilizados para decidir qué estudios eran elegibles para cada síntesis.	14
	13b	Describir los métodos necesarios para preparar los datos para la presentación o síntesis, como el manejo de las estadísticas de resumen que faltan o las conversiones de datos.	-
	13c	Describir cualquier método utilizado para tabular o mostrar visualmente los resultados de estudios individuales y síntesis	15
	13d	Describir los métodos utilizados para sintetizar resultados y proporcionar justificación para las opciones. Si se realizó un metaanálisis, describa los modelos, los métodos para identificar la presencia y el alcance de la heterogeneidad estadística y los paquetes de software utilizados	14
	13e	Describa los métodos utilizados para explorar las posibles causas de la heterogeneidad entre los resultados del estudio	-
	13f	Describir los análisis de sensibilidad realizados para evaluar la fuerza de los resultados sintetizados.	14
Informar de la evaluación del sesgo	14	Describir cualquier método utilizado para evaluar el riesgo de sesgo debido a la falta de resultados en una síntesis (derivada de sesgos de notificación).	-
Evaluación de la certeza	15	Describir cualquier método utilizado para evaluar la certeza (o confianza) en el cuerpo de evidencia para un resultado	-
RESULTADOS			
Selección de estudios	16a	Describir los resultados del proceso de búsqueda y selección, desde el número de registros identificados en la búsqueda hasta el número de estudios incluidos en la revisión, idealmente utilizando un diagrama de flujo	15
	16b	Citar estudios que cumplieran muchos criterios de inclusión, pero no todos ('casi perdidos') y explicar por qué fueron excluidos	15
Características del estudio	17	Citar cada estudio incluido y muestre sus características.	14
Riesgo de sesgo en los estudios	18	Evaluación actual del riesgo de sesgo para cada estudio que se incluyó en la revisión.	-
Resultados de los estudios individuales	19	Para los resultados de cada estudio: a) estadísticas resumidas para cada grupo (cuando proceda) y b) una estimación de efectos y su precisión (por ejemplo, confianza/intervalo creíble), idealmente utilizando tablas o gráficas estructuradas	16
Resultados de la síntesis	20a	Para cada combinación o síntesis, resume brevemente las características y el riesgo de sesgo entre los estudios.	16
	20b	Presentar los resultados de todas las combinaciones o síntesis estadísticas realizadas. Si se realizó un metanálisis, presente para cada estimación de resumen y su precisión (por ejemplo, confianza/intervalo creíble) y medidas estadísticas de heterogeneidad. Si compara grupos, describa la dirección del efecto	14 a 16

Sección/tema	Item #	Checklist item	Página en la que aparece el ítem
	20c	Presentar resultados de toda la investigación de posibles causas de heterogeneidad entre los resultados del estudio.	-
	20d	Presentar los resultados de todos los análisis de sensibilidad realizados para evaluar la solidez de los resultados combinados.	-
Reportar sesgo	21	Evaluaciones actualizadas de los riesgos de sesgo debido a la falta de resultados (derivados de sesgos de notificación) para cada combinación evaluada.	-
Certeza de la evidencia	22	Proporcione evaluaciones de certeza (o confianza) en el cuerpo de prueba de cada resultado evaluado.	14
DISCUSIÓN			
Discusión	23a	Proporcionar una interpretación general de los resultados en el contexto de otras pruebas.	-
	23b	Discuta cualquier limitación de la evidencia incluida en el examen.	32
	23c	Discutir las limitaciones de los procesos de revisión utilizados.	32
	23d	Discutir las implicaciones de los resultados para la práctica, la política y la investigación futura.	33
OTRA INFORMACIÓN			
Registro y protocolo	24a	Proporcione información del registro de la revisión, incluido el nombre del registro y el número de registro, o indique que la revisión no se registró.	18 a 26
	24b	Indique dónde se puede acceder al protocolo de revisión o indique que no se ha preparado un protocolo.	18 a 26
	24c	Describir y explicar cualquier cambio en la información proporcionada en el registro o protocolo	-
Apoyo	25	Describa las fuentes de apoyo financiero o no financiero para su revisión, y el papel de los financiadores o patrocinadores en la revisión.	-
Conflicto de intereses	26	Declarar cualquier conflicto de interés de los autores de las revisiones.	-
Disponibilidad de datos, código y otros materiales	27	Informe cuáles de las siguientes opciones están disponibles públicamente y dónde se pueden encontrar: formularios de recopilación de datos de plantilla; datos extraídos de estudios incluidos; datos utilizados para todos los análisis; código analítico; cualquier otro material utilizado en la revisión.	13

From: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71
For more information, visit: <http://www.prisma-statement.org/>

Anexo 2: Tabla de conjuntos básicos breves (B) y exhaustivos de Guilera

(2020)

1.Funciones mentales:

b130 *Funciones relacionadas con la energía y los impulsos (B)*

b134 *Funciones del sueño*

b140 *Funciones de la atención (B)*

b144 *Funciones de la memoria*

b147 *Funciones psicomotoras*

b152 *Funciones emocionales (B)*

b160 *Funciones del pensamiento*

b164 *Funciones cognitivas superiores*

5. Funciones del sistema digestivo metabólico y endocrino

b530 *Funciones relacionadas con el mantenimiento del peso*

6. Funciones genitourinarias y reproductoras

b640 *Funciones sexuales*

FUNCIONES CORPORALES

ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN

1.Aprendizaje y aplicación del conocimiento:

d175 *Resolver problemas (B)*

d177 *Tomar decisiones*

2.Tareas y demandas generales

d210 *Llevar a cabo una única tarea*

d220 *Llevar a cabo múltiples tareas*

d230 *Llevar a cabo rutinas diarias (B)*

d240 *Manejo del estrés y otras demandas psicológicas (B)*

5.Autocuidado

d570 *Cuidado de la propia salud (B)*

7. Interacciones y relaciones interpersonales

d710 *Interacciones interpersonales básicas*

d720 *Interacciones interpersonales complejas*

d760 *Relaciones familiares (B)* **d770** *Relaciones íntimas*

8. Áreas principales de la vida

d845 *Conseguir, mantener y finalizar un trabajo*

d870 *Autosuficiencia económica*

9. Vida comunitaria, social y cívica

d920 *Tiempo libre y ocio*

1.Productos y tecnología:

e110 *Productos o sustancias para el consumo personal*

3.Apoyo y relaciones:

e310 *Familiares cercanos*

e320 *Amigos*

e355 *Profesionales de la salud (B)*

4. Actitudes:

e410 *Actitudes individuales de miembros de la familia cercana (B)*

e420 *Actitudes individuales de amigos*

e450 *Actitudes individuales de profesionales de la salud*

e460 *Actitudes sociales*

5.Servicios, sistemas y políticas

e570 *Servicios, sistemas y políticas de seguridad social*

e580 *Servicios, sistemas y políticas sanitarias*

FACTORES AMBIENTALES

Anexo 3: Árbol de decisiones, orientado para la evaluación, basado en los conjuntos básicos de Guilera para esquizofrenia, trastorno bipolar y depresión (2020)



Anexo 4: evaluación en funciones corporales y factores ambientales

Funciones corporales

- b130: funciones relacionadas con la energía y los impulsos (incluida dentro del conjunto básico abreviado). Está compuesto por varios ítems: nivel de energía, motivación, apetito, ansia o craving y control de los impulsos

El nivel de energía se evaluará en el informe clínico, cuestionario inicial, la observación directa del terapeuta en el desempeño de actividades y los datos proporcionados por la familia. La motivación y el apetito se pueden evaluar mediante el desempeño de distintas actividades y observación en su rutina diaria

El ansia (craving) se valorará en el cuestionario inicial cuál es la sustancia a la que pueda presentar adicción. Castillo (2008) propone varias escalas en función de la sustancia de las que se seleccionan las sustancias más comunes como alcohol o tabaco. La Escala Multidimensional de Craving de Alcohol (Guardia et al, 2004) se componen de 12 ítems (valorados tipo Likert, de muy en desacuerdo a muy de acuerdo) con frases prácticas que buscan detectar conductas que cercioren el abuso del alcohol. Para el tabaco, existe una versión abreviada del Tobacco Craving Questionnaire (Heishman et al., 2008) con 4 fases de 3 ítems sobre supuestos relacionadas con el tabaco cada una englobando emocionalidad, expectación, compulsión y decisión. Como la anterior, utiliza una escala de tipo Likert de 1 a 7 que valora desde “muy en desacuerdo” a “muy de acuerdo”. El control de los impulsos se evaluará mediante la escala de control de impulsos “Ramón y Cajal” (Brieva & Gutiérrez-Zotes, s. f.). Es una escala de tipo Likert de 0 (nunca) a 3 (siempre) que evalúa mediante 20 ítems la impulsividad, inmediatez imposición y riesgo con una serie de supuestos prácticos como “tiendo a perder el control de mí mismo”.

Enlace escala Multidimensional de Craving de Alcohol:
<https://bit.ly/3gomdGg>

Enlace cuestionario craving de tabaco: <https://bit.ly/3pPei8a>

Enlace escala control impulsos: <https://bit.ly/3cDzWGY>

- b134: funciones del sueño incluyendo cantidad, comienzo, mantenimiento, calidad y funciones del ciclo del sueño

El cuestionario del sueño del hospital de Saint Mary (Ellis et al., 1981) sirve para estudiar el sueño en su totalidad mediante un cuestionario de 14 preguntas en las que se mide la cantidad y comienzo del sueño (hora a la que se ha acostado, ha conciliado el sueño, se ha despertado y se ha levantado), el mantenimiento (cuantas veces se ha despertado y si ha podido volver a dormirse) y calidad y funciones (preguntas relacionadas sobre la satisfacción del sueño).

Enlace a escala: <https://bit.ly/2U5BJOT>

- b140: funciones de la atención incluyendo mantenimiento, cambios, división y compartir atención

Mediante el diseño de una actividad se puede evaluar los distintos tipos de atención. Se puede realizar una actividad del domicilio como cocinar: elaborar una receta necesita una atención sostenida para realizarla correctamente, cambiar el foco de atención para llevar a cabo las instrucciones que le vaya dando el terapeuta, dividir la atención para poder estar centrado tanto en las instrucciones como en la elaboración y compartir dicha atención de manera que se dé por hecho que va acatando las órdenes.

- b144: funciones de la memoria incluyendo a corto y largo plazo junto a la recuperación de la memoria

Se le pide al paciente que recuerde una sucesión de 3 palabras para repetirlas en un plazo de tiempo inferior a 30 segundos para la memoria a corto plazo y superior a 5 minutos para la memoria a largo plazo. Para la recuperación de memoria se le da un input relacionado con alguna vivencia de su pasado consultado previamente con su familia o informe médico.

- b147: funciones psicomotoras incluyendo control y cualidad de las funciones psicomotoras

Por observación directa se puede evaluar su tiempo de respuesta, su patrón de marcha, si presenta algún tipo de agitación motora o sus tipos de coordinación a la hora de realizar las distintas AVD's.

- b152: funciones emocionales como adecuación, regulación y rango de emoción

Mediante la exposición de distintos supuestos emocionales se puede evaluar cual es la respuesta del individuo. Gross y compañeros (2003) elaboraron un cuestionario de regulación de emociones compuesto de 10 ítems que buscan medir la reevaluación cognitiva de las emociones y la supresión de estas mediante una escala Likert de satisfacción de 1 a 7.

Escala de Gross y compañeros (2003): <https://bit.ly/3wmFTQI>

- b160: funciones del pensamiento como flujo, forma, contenido y control

Mediante observación directa se puede llegar a evaluar la fluidez a la hora de mantener una conversación, la manera para comunicarse del individuo y si sigue un proceso lógico en el momento de transmitir sus palabras. El contenido podrá ser revisado y evaluado tanto con la observación del informe clínico como con la exposición del individuo a cuestiones derivadas de la realidad.

- b164: funciones cognitivas superiores como abstracción, organización y planificación, manejo, flexibilidad, introspección, juicio y resolución de problemas

Planteando distintas situaciones que impliquen razonamientos como intentar buscar el nexo de unión de 3 o 4 palabras facilitadas por el terapeuta, poner en distintas situaciones a la persona en las que tenga que dar una solución o plantear situaciones hipotéticas en las que tenga que dar una respuesta adecuada.

- b530: funciones relacionadas con el mantenimiento del peso

Tanto por observación directa, como consulta con el informe clínico y mediante el uso del Índice de Masa Corporal para calcular y obtener un resultado objetivo resultante de su peso y altura.

- b640: funciones sexuales

Debido a la relación entre la farmacología y la disfunción sexual Montejo y compañeros (2000) diseñaron un cuestionario para evaluar mediante 5 ítems con una escala Likert de 0 a 3 según la dificultad, retraso o descenso de los distintos procesos sexuales para generar una puntuación de 0 a 15 que define si las dificultades que manifiesta son leves, moderadas o intensas.

Con respecto a los factores ambientales, el esquema de discapacidad de Groningen, (Wiersma et al., 1988) sirve para evaluar los distintos roles de la persona dentro de su entorno (el propio, familiar, amistades, pareja, de padre/madre, de ciudadano, social y ocupacional) y puede evaluar con los ítems catalogados en la parte de factores ambientales. Aparte, la propia información contrastada por su entorno podrá arrojar datos sobre sus factores ambientales.

Enlace escala Groningen: <https://bit.ly/3pNujLT>