

# Clasificación internacional de funcionamiento e investigación en psicología y salud mental: hacia una integración

Alejandro Vásquez Echeverría  
Autor referente: avasquez@psico.edu.uy

Universidad de Porto & Universidad de la República

## Historia editorial

Recibido: 14/09/2011

Aceptado: 04/10/2013

## RESUMEN

En este artículo se explora la utilidad de la incorporación del paradigma de la Clasificación Internacional de Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) en la investigación en psicología y salud mental. En una primera parte, se exploran los aspectos conceptuales que llevaron a la elaboración de la CIF, en tanto superación de los paradigmas bio-médicos y crítico-sociales y se introducen sus

principales componentes. En una segunda parte, se introducen las limitaciones o amenazas que presentan para la psicología las investigaciones bajo los paradigmas biomédicos o de diagnóstico y cómo estos problemas podrían ser superados por la incorporación de los criterios de la CIF en el diseño de investigaciones. Para ello, se ofrecen cinco recomendaciones que pueden orientar a los académicos.

**Palabras clave:** Clasificación internacional de funcionamiento; Investigación en psicología; Evaluación de los resultados en salud; Discapacidad.

## ABSTRACT

This paper explores the utility of the incorporation in Psychological and Mental Health research of the conceptual paradigm put forward by the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Firstly, some conceptual issues that led to the creation of the ICF and its main components are presented. Also, it is shown how the CIF model of health related functioning contributes to overcome limitations of the

traditional biomedical and social paradigms in health research. Secondly, the limitations and threats that face psychological research done with bio-medical or diagnosis-based paradigms are introduced. It is posited that these problems could be resolved by incorporating CIF criteria in the design of research and, for that purpose, five recommendations are offered to guide academics.

**Keywords:** ICF; Psychology research; Health outcomes assessment; Disability.

Las conceptualizaciones sobre la discapacidad han sido un campo de trabajo de los profesionales de la salud a nivel teórico, pero que tiene consecuencias para el diseño e implementación de las intervenciones terapéuticas. Lo mismo sucede con los modelos nosológicos, por los cuales se realizan diagnósticos frente a la problemática de salud (médico-psicológica) de una persona. En el contexto social general y la vida cotidiana, discapacidad se ha asociado a la imposibilidad de operar de una manera considerada estándar o natural para los seres humanos. La misma Organización Mundial de la Salud (1980) en su primera Clasificación Internacional de la Deficiencia recoge esta perspectiva al hablar de tres categorías pensadas desde un modelo deficitario: i.e.: la deficiencia vista como enfermedad, la minusvalía entendida por participación restringida y la discapacidad en tanto acción limitada, que son continuidad de este enfoque conceptual referido.

Sin embargo, ya desde hace muchos años se han señalado las connotaciones socio-culturales que giran en torno a la discapacidad y los sistemas de diagnóstico categoriales y se reclamó por su mejor uso en el campo de la atención en salud. Solo por hacer referencia al campo de la salud mental y la psicología social, pueden mencionarse los trabajos realizados bajo la propuesta epistemológica y metodológica de Foucault (e.g.: Foucault, 1990; Stiker, 1982) y las investigaciones que relacionan los modelos de discapacidad con aspectos culturales o representaciones sociales (e.g.: Ingstad & Whyte, 1995; Esser & Rojas, 2006).

Este aumento significativo de estudios de la medicina social o las ciencias sociales, los reclamos de los grupos de personas afectadas por la discapacidad, así como el creciente cúmulo de experiencia profesional que indicaba la insuficiencia de los modelos basados

en el diagnóstico y la enfermedad (Lollar & Simeonsson, 2005), condujo a que la misma Organización Mundial de la Salud se propusiera reformular ese modelo, creando así la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (en adelante, CIF) a principios de este Milenio (OMS, 2001) y más tarde su versión para la Infancia y la Adolescencia (CIF-IA; WHO, 2007). Con estas nuevas ediciones, la OMS adaptó un nuevo modelo conceptual y sistema clasificatorio hacia los procesos de salud-enfermedad basado ahora en el *Funcionamiento*. Es objetivo de este trabajo presentar y valorar el modelo de la CIF así como ofrecer una serie de posibilidades o recomendaciones para los profesionales y académicos en la integración del modelo CIF en las investigaciones en psicología y salud mental.

El concepto de *funcionamiento* se concibe como una noción globalizante para referir a este nuevo paradigma e incluye tres subcomponentes: las estructuras y funciones corporales, la actividad y la participación. Asimismo, el nuevo enfoque conceptual incluye de forma significativa en la evaluación el funcionamiento de los factores contextuales, tanto ambientales como personales. Más adelante se analizará en detalle los diversos componentes de la CIF, pero previamente haremos mención a su razón de ser, su devenir y evolución histórica. Simeonsson (2006) presenta los tres grandes modelos para definir, medir y clasificar en el campo de la discapacidad y salud en adultos y niños. El modelo médico (también referido como bio-médico) concibe a la discapacidad como una condición de salud manifestada con anormalidades o deficiencias en las funciones o estructuras físicas o mentales.

Bajo este modelo se evalúa mediante el registro de síntomas y síndromes y la evaluación de si cumplen algunos de los criterios diagnósticos de los Manuales CIE-10 de la OMS

(1995) o el DSM-IV de la American Psychiatric Association (2002). Como reacción al modelo médico, y bajo la égida de los movimientos sociales en torno de la discapacidad, ha sido creciente el uso del modelo social de la discapacidad. El mismo asume que la discapacidad no es una característica personal sino que es una construcción social que limita y excluye de la participación normalizada en las principales esferas de la vida social. Los reclamos se centran en las barreras sociales y del entorno físico y la afectación de derechos personales por la condición de salud específica. Algunos de los trabajos con enfoque social que mencionamos en la introducción reflejan algunas asunciones propias de este modelo.

Se le critica a este modelo la falta de implicaciones claras a la hora de diseñar políticas y prácticas, especialmente en el ámbito de la infancia. Por último, el más reciente modelo basado en el funcionamiento hace referencia a los enfoques que estudian la discapacidad desde una perspectiva no-categorial no-nosológica y la definen como la base de limitaciones funcionales. Este modelo se ve formalizado y es la base que sustenta la publicación de la CIF. Hay diversas razones por las que promover la evaluación e investigación en salud mental desde el enfoque centrado en el funcionamiento relacionado a la salud o al menos su utilización integrada con los sistemas de clasificación diagnóstica. La primera refiere a que el diagnóstico es un mal predictor del funcionamiento en la vida cotidiana.

Esto es algo especialmente cierto en los estudios de salud mental, como por ejemplo en los casos de la esquizofrenia o el autismo, donde la variabilidad de las limitaciones para actuar en la vida cotidiana entre pacientes es enorme. Este primer punto se liga con el segundo que refiere a que para planificar e implementar intervenciones terapéuticas

efectivas se necesita un buen mapeo del funcionamiento. En tercer lugar, la evaluación del funcionamiento permite identificar necesidades no siempre cubiertas por un diagnóstico de corte biomédico y llama a la inclusión de otros especialistas en un tratamiento multidisciplinario incluyendo planes de rehabilitación integrales, educación o la regulación de la protección que brinda el estado. Es así que surge y se consolida un modelo que la CIF recoge y está basado en los siguientes pilares (Lollar & Simeonsson, 2005):

1. La clasificación describe componentes de salud, por lo tanto provee una óptica basada en la salud y no en la enfermedad.
2. Se asume que la discapacidad es universal y es parte de la experiencia cotidiana de vida.
3. El lenguaje propuesto es neutral en valencias y las causas, i.e., asume una posición neutra respecto a posibles factores etiológicos.
4. Se asume una interacción multinivel de las diversas dimensiones del funcionamiento humano.
5. El rol del ambiente se entiende como parte integral de la manifestación de la discapacidad.

La CIF entonces vino a ocupar el lugar de este nuevo enfoque permitiendo la comunicación y estandarización de la clasificación sobre funcionamiento entre profesionales de la salud. Esto facilita el movimiento de los profesionales desde el tradicional rol de diagnóstico hacia uno de la funcionalidad, pasaje difícil en caso de carecer de un sistema consensuado de nomenclatura.

Según una revisión sistemática de literatura reciente, el uso de la CIF (sin incluir la CIF-IA) se ha multiplicado en los últimos años y su uso es creciente en los contextos clínicos y de rehabilitación pero también para la toma de decisiones para la inclusión y elegibilidad de las personas en programas sociales de apoyo (Cerniauskaite *et al.*, 2011).

*Organización conceptual de la CIF.* Según el marco conceptual de la CIF, el funcionamiento está articulado en tres componentes, las funciones corporales y las estructuras corporales, la actividad y la participación, en influencia recíproca y bajo la influencia de factores ambientales y personales. Las funciones y estructuras corporales refieren a funciones fisiológicas y anatómicas y las limitaciones en este sentido hace a problemas congénitos o adquiridos en el organismo. Por otro lado, actividad refiere a la ejecución de una tarea o acción por un individuo. Por ejemplo la posibilidad de escuchar, caminar o comer. Por último, participación se define como el involucramiento en una situación vital y el rol social, como tener un empleo, grupos de amigos o ser voluntario en el barrio. Como ya fue referido, la CIF también ha venido a integrar en el modelo los aspectos contextuales, específicamente los ambientales y los personales. Los factores ambientales a su vez se dividen en individuales y sociales. Los primeros incluyen el entorno inmediato del sujeto, las características físicas de su entorno y su interacción y relaciones directas con el medio. El nivel social incluye los servicios y sistemas de ayudas formales e informales que dispone el sujeto, actividades comunitarias y gubernamentales, comunicación y transporte, posibilidades de ocio, factores actitudinales, etc.

Por otro lado, los factores personales hacen alusión a las características individuales, no directamente relacionadas a su condición de salud pero que afectan su forma de vida.

Estos factores pueden ser la edad, el sexo u género, raza, condición económica, estilo de vida, etc. Sin embargo, y a pesar de su gran aceptación entre los sistemas de clasificación de la OMS, la CIF ha mostrado algunas limitaciones. Las críticas refieren mayormente a (1) los problemas de taxonomía por ejemplo los derivados de la distinción entre actividad y participación y (2) la extensión posible de su uso. (Salvador-Carulla y Garcia-Gutierrez, 2011). Sobre el primer problema, y a pesar de que la CIF las define de forma independiente, los conceptos de actividad y participación han presentado algunos problemas para ser operacionalizados (al punto que en la clasificación se utiliza la misma taxonomía para referir a ambas, el código "d") así como también presentan dificultades a la hora de su medición (Whiteneck, 2006).

Ha habido propuestas subsiguientes para resolver este problema, sin que esté claro si se debe desechar la dicotomía actividad-participación. Badley (2008) sugiere que para que la clasificación tenga más impacto a la hora de diseñar investigaciones debe mejorarse los alcances de estas definiciones, proponiendo un modelo donde el dúo actividad-participación se divide en actos (las cosas que una persona puede hacer independientemente del contexto o propósito), tareas (las cosas con sentido que la persona hace en la vida cotidiana) e involucramiento social (el rol social de la persona en contextos sociales definidos y que le son reconocidos).

Por su parte, Whiteneck & Dijkers (2009), si bien están de acuerdo en que se necesita una mejor descripción de ambos conceptos, proponen mantener separadamente los constructos actividad y participación a la par que postulan la bidimensionalidad de esta última, contando con una perspectiva objetiva y subjetiva. También procurando una mejora del modelo y la incorporación de aspectos subjetivos al mismo, Huber, Sillick y

Skarakis-Doyle (2010) han propuesto integrar la percepción personal de la calidad de vida relacionada a la salud dentro del componente factores personales de la CIF. Las intenciones, expectativas y los sentidos atribuidos a la actividad, varían y pueden entenderse mejor desde una perspectiva personal, a la vez que ésta influye sobre el resto de los factores personales. También se ha señalado la necesidad de una precisión terminológica en el concepto de funcionamiento que utiliza la CIF en cuanto funcionamiento y discapacidad aparecen como dos polos dentro de un constructo unidimensional, donde claramente hay una asimetría hacia el polo funcionamiento (positivo). Asimismo, el análisis jerárquico de la clasificación CIF muestra que la discapacidad es de hecho, una sub-categoría de funcionamiento y no comparten un continuum unidimensional.

Por esto, se ha sugerido renombrar como funcionamiento relacionado a la salud (*health-related functioning*) al abordaje y marco conceptual que sustenta la CIF, para distinguirlo de otros modelos de funcionamiento en salud como los de promoción de salud, calidad de vida y el de actividades de la vida cotidiana.

Respecto al segundo problema, la facilidad de uso del sistema, la CIF plantea que no clasifica a las personas sino que describe la situación de las personas en una serie de dominios relacionados con la salud. El problema radica en que mientras esta característica la hace muy útil para el diseño individual de tratamiento, es un desafío importante para su aplicabilidad como herramienta administrativa y de política para guiar la accesibilidad a servicios y para su uso en estudios nacionales e internacionales a gran escala. (Salvador-Carulla y Garcia-Gutierrez, 2011).

Asimismo, se ha postulado que el mismo no facilita la estandarización en aquellas condiciones de salud donde las limitaciones giran en torno a los problemas de calidad de vida (p.ej. fundamentalmente en los problemas psiquiátricos), que ha sido señalado como uno de los conceptos claves relegados en el modelo (Whiteneck, 2006). Es de esperar que las futuras versiones de la CIF mejoren algunas de las limitaciones señaladas por los académicos y profesionales. A pesar de estas dificultades, el énfasis de la CIF sobre el funcionamiento es claramente superior en relación al uso exclusivo de los diagnósticos tradicionales, cambiando la perspectiva en relación al tratamiento y rehabilitación, por lo que su utilización es altamente recomendable.

### **El enfoque basado en el funcionamiento y la investigación en psicología ¿es posible una integración?**

El modelo conceptual de funcionamiento relacionado a la salud que sustenta a la CIF, llevado al campo de la investigación en psicología, pone una señal de alerta a un modo de llevar adelante la investigación en ámbitos clínicos y psicopatológicos. Frecuentemente, las investigaciones toman como recorte poblacional a un grupo con cierto problema clínico, basados en un modelo diagnóstico provisto actualmente por el DSM-IV o la CIE-10. Esto conduce a investigaciones sobre un grupo nosológico (e.g. esquizofrénicos, depresivos, trastornos alimentarios, etc.) y su influencia en algún otro constructo o área sobre el que se quiere explorar su efecto (e.g.: el bienestar, funcionamiento cognitivo, calidad de la red social, acceso al empleo, etc.). Sin embargo, esta estrategia es un poco riesgosa en al menos tres sentidos.

El primero, refiere a que los cuadros psicopatológicos tienen una gran variabilidad interna, o sea, las características rasgo que se quieren investigar no son homogéneas y claramente distribuidas (MacDonald-Wilson, Nemeč, Anthony & Cohen, 2002). Segundo, el diagnóstico psicopatológico no es un predictor del funcionamiento social y adaptación posterior. Esto implica que las conclusiones extraídas de estudios diagnóstico-efecto, tendrán débil aplicación a los efectos de intervención (Anthony et al., 1995; Ikebuchi et al., 1999). Al respecto, se ha concluido que *“the present psychiatric diagnostic system collects and organizes diagnostic information that is neither descriptive, prescriptive nor predictive with respect to rehabilitation”* (MacDonald-Wilson et al., 2002, p.425) Por último, las altas tasas de comorbilidad psiquiátrica y la abundante utilización de la categoría residual “no especificado” que se presentan con la utilización de estos criterios diagnósticos.

Por ejemplo, hay estudios que muestran que los diagnósticos de co-morbilidad tienen a agruparse en patrones, lo cual es interpretado como que los límites de los criterios diagnósticos actuales pueden ser incorrectos para reflejar una realidad psicopatológica (Krueger & Markon, 2006).

### **Sugerencias para la instrumentación de la investigación en psicología y salud mental.**

Queda ahora avanzar en posibles trayectorias que debería tomar la investigación en las ciencias psicológicas y la salud mental a la luz de este sistema clasificatorio. Así, se realizan una serie de sugerencias para la instrumentación de investigación en este campo. Las mismas son genéricas y no deben considerarse de aplicación simultánea excluyente en el diseño de una investigación en concreto. Por otro lado, para la instrumentación de estas recomendaciones aquí presentadas, puede ser apropiada (si es

justificado teórica y metodológicamente) la utilización de solo algún componente del sistema clasificadorio.

*Recomendación 1: Integración del enfoque diagnóstico con el enfoque del funcionamiento.*

La integración de ambos modelos clasificadorios es algo que los mismos redactores de la CIF promueven, referidos a los criterios de la CIE-10, pero lo mismo aplica para los criterios DSM-IV. Esto puede instrumentarse incorporando diseños factoriales generando agrupamientos (niveles de la variable) dentro del cuadro psiquiátrico/diagnóstico a investigar, según criterios de la CIF. Esta combinación puede ser especialmente efectiva para la evaluación de la efectividad de ciertos tratamientos o programas de prevención en salud, entre otros. Un ejemplo de esta integración lo configura la utilización de los criterios de la CIF para la evaluación funcional del funcionamiento ejecutivo en pacientes con problemas neuropsicológicos. Los pacientes con estas dificultades –en general derivadas de lesiones en el cortex pre-frontal-tradicionalmente han sido evaluados mediante pruebas formales derivadas de los estudios en ciencia cognitiva pero que no siempre responden a la realidad ecológica del paciente, por lo que la inclusión de estas medidas funcionales puede aumentar la eficacia del plan de rehabilitación (Lewis, Babbage, Leathem, 2011).

*Recomendación 2: Ampliación de las áreas de investigación basadas en el enfoque del funcionamiento.*

Tanto la CIF como la CIF-IA permiten evaluar, además de las características de la salud de los individuos, ciertas características a nivel colectivo. Con su sistema clasificadorio,

permite, por ejemplo, estimar características de participación y accesibilidad a servicios de salud a niveles comunitarios o el nivel de desarrollo infantil que se presenta en ciertos barrios, a la vez que relacionar esto con la efectividad de la aplicación de ciertos programas educativos. La posesión de un sistema clasificatorio común es positiva para la comparación de diferentes datos internacionales y/o a través del tiempo, en estudios longitudinales, que intenten capturar el efecto del cambio, lo cual es especialmente relevante para el caso de infancia (McDougall & Wright, 2009). También ha sido utilizada para el desarrollo de programas de promoción de salud y de educación en salud, por lo que se considera una herramienta para facilitar el cambio e inclusión social (Howard, Nieuwenhuijsen & Saleeby, 2008).

*Recomendación 3: Desarrollo de instrumentos psicométricos conceptualmente basados en el enfoque del funcionamiento y la CIF.*

Una de las posibilidades que permite la CIF es desarrollar y validar instrumentos para la medición de los aspectos de funcionamiento que conciernen a la CIF (funciones corporales, estructuras corporales, actividad y participación y los factores ambientales). La clasificación ha mostrado ser útil para facilitar el diseño de instrumentos en tanto aparece como una sólida guía teórica y es una estrategia que suele utilizarse en muchos estudios en los ámbitos de la rehabilitación y la discapacidad (e.g: Farin, Fleitz & Frey, 2007; Jette, Norweg & Haley, 2008). Esto permite que dicho instrumento esté acorde y pueda interpretarse conforme a pautas internacionales de evaluación, brindando mayor precisión y repercusión para la toma de decisiones en el ámbito público. A su vez, el desarrollo de instrumentos facilita la integración de la CIF con los modelos basados en el diagnóstico psiquiátrico.

*Recomendación 4: Integración del enfoque basado en el funcionamiento en los registros clínicos e inclusión en los estudios epidemiológicos en Uruguay.*

Si bien en Uruguay se han hecho esfuerzos para obtener datos estadísticos sobre el estado de la salud en Uruguay, mediante la inclusión de preguntas bajo un paradigma basado en el funcionamiento en la Encuesta Continua de Hogares 2003 (Vásquez & Careces, 2008) se carecen de estudios epidemiológicos o a nivel nacional sobre la prevalencia de obstáculos a la salud. Este es especialmente el caso de la población infantil, población sobre la cual se aprecia una lenta incorporación de los criterios de la CIF-IA en la generación de registros y estadísticas en el campo de la salud mental. Por otro lado, se ha reportado que el uso conjunto de la CIE y la CIF provee una representación coherente de la situación de salud y cuidado que necesitan los pacientes y los sistemas de información en salud (Kostanjsek et al., 2011), por lo que se sugiere su uso integrado para la planificación de estudios epidemiológicos y también para la búsqueda y recuperación de la información en programas de rehabilitación (Sundar, Daumen, Conley & Stone, 2008).

*Recomendación 5: Utilización de los códigos de la CIF para la interpretación y reducción de datos cualitativos.*

Los investigadores pueden verse beneficiados de la utilización de los códigos de la CIF para la codificación de sus datos textuales, ya provengan de entrevistas, diarios, grupos focales u otros. Esto, si bien limita la utilización de los métodos enraizados de codificación, permite la comparación entre grupos de investigación, su validación a nivel internacional y la discusión de los datos con otros reportes de investigación de forma más armoniosa (c.f. Duggan, Albright & Lequerica, 2008). A partir de la utilización de los

criterios basados en la CIF o CIF-IA para la codificación de los datos cualitativos, los investigadores pueden decidir si dicha reducción se cuantifica o se continúa bajo un paradigma cualitativo de análisis de datos.

### *Reflexiones Finales*

El modelo basado en el funcionamiento, que se ve reflejado en la taxonomía común que brinda la CIF se ha configurado en una herramienta poderosa para la comunicación entre los diversos profesionales que están implicados en la rehabilitación, para la investigación en salud, para la planificación del tratamiento, para la provisión de servicios públicos y bienestar social y para reducir el peso simbólico en la persona y su entorno, derivado de la etiquetación diagnóstica. Parece ser entonces que este nuevo enfoque viene a resolver importantes problemas planteados para una mejora en la atención e investigación en salud. La incorporación gradual de los criterios basados en la CIF y la CIF-IA en las actividades de investigación en psicología y salud mental en nuestro país y la región, redundará en un aumento de su calidad y las consecuentes mejoras en la atención a los usuarios.

## Referencias

- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Anthony, W.A., Rogers, E.S., Cohen, M., & Davies, R.R. (1995). Relationships between psychiatric symptomatology, work skills, and future vocational performance. *Psychiatric Services, 46*, 353-358
- Badley, E.M. (2008). Enhancing the conceptual clarity of the activity and participation components of the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Social Science and Medicine, 66*, 2335-2345
- Cerniauskaite M, Quintas R, Boldt C, Raggi A, Cieza A, Bickenbach JE, Leonardi M. (2011). Systematic literature review on ICF from 2001 to 2009: its use, implementation and operationalisation. *Disability and Rehabilitation, 33*, 281-309
- Duggan CH, Albright KJ, Lequerica A. (2008). Using the ICF to code and analyze women's disability narratives. *Disability and Rehabilitation, 30*, 978-990.
- Esser, J., Rojas, C. (2006). Representaciones sociales de la discapacidad. Estudio de opinión en Universitarios de las ciencias de la salud en la Universidad de Carabobo. *Investigación en Salud, 8*, 158-164
- Farin E, Fleitz A, Frey C. (2007). Psychometric properties of an International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)-oriented, adaptive questionnaire for the assessment of mobility, self-care and domestic life. *Journal of Rehabilitation Medicine, 39*, 537-546.

- Foucault, M. (1990). *Historia de la locura en la época clásica*. México D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Ikebuchi, E., Iwasaki, S., Sugimoto, T., Miyauchi, M., & Liberman, R. (1999). The factor structure of disability in schizophrenia. *Psychiatric Rehabilitation Skills*, 3, 220-230.
- Ingstad, B. & Whyte, S. (Eds.) (1995). *Disability and Culture*. Berkeley: UCP.
- Howard D, Nieuwenhuijsen ER, Saleeby P. (2008). Health promotion and education: application of the ICF in the US and Canada using an ecological perspective. *Disability and Rehabilitation*, 30, 942-954.
- Huber, J.G., Sillick, J., Skarakis-Doyle, E. (2010). Personal perception and personal factors: incorporating health related quality of life into the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Disability and Rehabilitation*, 32, 1955-65
- Jette AM, Norweg A, Haley SM. (2008). Achieving meaningful measurements with ICF Concepts. *Disability and Rehabilitation*, 30, 963-969.
- Kostanjsek N, Rubinelli S, Escorpizo R, Cieza A, Kennedy C, Selb M, Stucki G, Üstün TB. (2011). Assessing the impact of health conditions using the ICF. *Disability and Rehabilitation*, 33, 1475-1482.
- Krueger, R. F., & Markon, K. E. (2006). Reinterpreting comorbidity: A model based approach to understanding and classifying psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 111-133.

- Lewis MW, Babbage DR, Leathem JM. (2011). Assessing executive performance during cognitive rehabilitation. *Neuropsychological Rehabilitation*, 21, 145-163
- MacDonald-Wilson, K. L., Nemeck, P. B., Anthony, W. A. & Cohen, M. R. (2002). Assessment in psychiatric rehabilitation. En: B. Boulton (Ed.). *Handbook of measurement and evaluation in rehabilitation (3ra ed., pp. 423–448)*. Baltimore, MD: Paul Brookes.
- McDougall J, Wright V. (2009). The ICF-CY and Goal Attainment Scaling: benefits of their combined use for pediatric practice. *Disability and Rehabilitation*. 31, 1362-1372.
- Lollar, D., Simeonsson, R. (2005). Diagnosis to function: Classification for children and youths. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 26, 323-330.
- Organización Mundial de la Salud (1980). *Clasificación Internacional de la deficiencia, la discapacidad y la minusvalía (CIDDDM)*. Ginebra: Autor.
- Organización Mundial de la Salud (1995). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud.– 10a. revisión*. Washington, D.C: OPS.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación Internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud (CIDDDM-2)*. Ginebra: Autor.
- Salvador-Carulla, L.; Garcia-Gutierrez, C. (2011). The WHO construct of health-related functioning (HrF) and its implications for health policy. *BMC Public Health*, 11 (Suppl. 4), S9.

- Simeonsson, R. (2006). Defining and Classifying Disability in Children. En: *Workshop on Disability in America: A new look* (pp. 67-87). Washington D.C.: National Academy of Sciences.
- Stiker, H.J. (1982). *Corps Infirmes et societies*. Paris: Aubier.
- Sundar V, Daumen ME, Conley DJ, Stone JH. (2008). The use of ICF codes for information retrieval in rehabilitation research: an empirical study. *Disability and Rehabilitation*, 30, 955-962.
- Vásquez, A., Cáceres, N. (2008). *El abordaje de la discapacidad desde la atención primaria en salud*. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud.
- Whiteneck, G. (2006). Conceptual Models of Disability: Past, Present and Future. En: *Workshop on Disability in America: A new look* (pp. 50-66). Washington D.C.: National Academy of Sciences.
- Whitneck, G. & Dijkers, M. (2009). Difficult to measure constructs: conceptual and methodological issues concerning participation and environmental factors. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 90 (S1), S22S35
- World Health Organization (2007). *International Classification of Functioning, Disability and Health for Children and Youth (ICF-CY)*. Geneva: WHO.

## Formato de citación

---

Vásquez, A. (2013). Clasificación internacional de funcionamiento e investigación en psicología y salud mental: hacia una integración. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 3(1), 120 – 138. Disponible en:  
<http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/index>

---