

Clasificación Internacional de la O.M.S. sobre la atención a la salud mental

Parte I - Atención Sanitaria*

* Publicado por el Centro Colaborador de la OMS para la investigación y formación en salud mental, Universidad de Groningen, Países Bajos en colaboración con la Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional de Europa. Este documento constituye la primera parte de un trabajo más amplio que está siendo realizado por la OMS. La AEN agradece a este organismo, y en especial al Dr. Sampaio Faria, la autorización para su primera publicación en nuestro país. La traducción del original ha sido subvencionada por el Centre d'Investigació, Formació i Assessorament (CIFA) del Patronat Flor de Maig de la Diputació de Barcelona. El Comité de Redacción expresa su especial reconocimiento a D. José Leal Rubio por su destacada labor en la consecución de todo este proceso.

1. *Introducción*

1.1. Historia

La salud de todos exige importantes avances en los sistemas de asistencia sanitaria durante los años que restan hasta finalizar el presente siglo, si deseamos que para el año 2000 los habitantes del mundo tengan un nivel sanitario capaz de «permitirles llevar a cabo una vida productiva desde el punto de vista social y económico»¹. Es evidente que se pueden obtener muchas mejorías, sin necesidad de que se produzcan grandes progresos en las ciencias médicas.

Una de estas mejoras conciernen a la creación de un instrumento de clasificación de los servicios relacionados con la atención a la salud mental. En años anteriores, la Oficina Regional de Europa de la OMS organizó una serie de estudios sobre la

clasificación de actividades de los servicios de salud mental². Más recientemente, la OMS ha llevado a término un proyecto sobre estudios de salud mental en áreas de estudios pilotos. Los resultados de este estudio (que contó con la participación de 21 centros especializados) fueron publicados por la Oficina Regional en el año 1987. Estos primeros análisis proporcionaron un cuadro general muy útil sobre los servicios de salud mental y la labor realizada en los países europeos, así como una descripción detallada y fidedigna del desarrollo de dichos servicios dentro de la región europea. No obstante, se llegó a la conclusión de que era preciso crear un instrumento de clasificación de la asistencia sanitaria en las diferentes instituciones y regiones. Por este motivo, la Oficina Regional inició un proyecto en 1987 con el objeto de crear dicho instrumento.

¹ Organización Mundial de la Salud, *Global strategy for health for all by the year 2000*, Ginebra, OMS, 1981.

² Véase Publicaciones Offset de la OMS, n.º 23, 1976.

1.2. Consulta sobre el desarrollo de la Clasificación Internacional de la OMS relativa a la atención a la salud mental (WHO-ICMHC)

Como parte del programa de salud mental de la Oficina Regional, se acordó realizar una consulta en el Centro Colaborador de la OMS para la investigación y formación en salud mental de la ciudad de Groningen, en los Países Bajos, los días 2 y 3 de noviembre de 1988³. El objetivo de esta consulta fue informar sobre las actividades emprendidas en torno al desarrollo de la Clasificación Internacional de la OMS relativa a la atención a la salud mental (WHO-ICMHC) como instrumento de clasificación de los servicios dentro de este campo. En particular, se pidió a los congregados que revisaran el primer borrador de la clasificación y que preparasen enmiendas y recomendaciones para la elaboración de la redacción definitiva.

Durante la consulta, se resumieron las razones del desarrollo de la WHO-ICMHC de la siguiente manera:

1. Para ser capaces de evaluar y (en consonancia con los resultados de dicha evaluación), mejorar la efectividad y eficacia de los sistemas de atención a la salud mental en áreas circunscritas, es necesario confeccionar una clasificación de la asistencia sanitaria.

³ Véase WHO «Consultation on classification of mental health care. A tool for classifying services providing mental health care», Copenhagen, Oficina Regional de Europa de la OMS, 1988 (documento no publicado ICP/PSF 016 (S)).

Por esta razón, la aplicación de dicha clasificación debería ser posible a nivel internacional independientemente de las diferencias existentes en cuanto a la forma de organización de los sistemas sanitarios entre los distintos países.

2. Cabe esperar que como efecto secundario importante el uso de dicha clasificación estimule la cooperación entre los servicios comprendidos en un área, dando lugar, por ejemplo a una mejoría progresiva de la asistencia sanitaria.

3. Por razones similares es probable que la clasificación ayude a mejorar la organización de los servicios de atención a la salud mental.

4. A pesar de que la clasificación tenga como objetivo principal la catalogación de la asistencia sanitaria, podría emplearse también como instrumento para la reasignación de los recursos económicos.

5. Y en último lugar, aunque no siendo por ello menos importante, la clasificación debería permitir establecer comparaciones entre los sistemas de atención a la salud mental llevado a cabo por los diferentes países.

1.3. Primer borrador de la WHO-ICMHC

El primer borrador de la WHO-ICMHC fue redactado por el Centro Colaborador de la OMS de Groningen como parte de un proyecto progresivo destinado a la creación de sistemas de codificación y clasificación de los datos relativos a los servicios de salud mental, que resultaban necesarios para los sistemas de información⁴. Se utilizaron los siguientes principios básicos:

1. El principal objetivo del desarrollo de la WHO-ICMHC es diseñar un instrumento de clasificación de los servicios y evalua-

⁴ De Jong, A., et al., *Coderingen classificatiesystemen ten behoeve van de geestelijke gezondheidszorg (Sistemas de codificación y clasificación para uso en la atención a la salud mental)*, Universidad de Groningen, Departamento de Psiquiatría Social, Países Bajos, 1988.

ción de la asistencia sanitaria, especialmente en lo que a eficacia y efectividad del sistema de atención a la salud mental como globalidad se refiere. Con el fin de lograr estos objetivos es preciso describir los servicios y la asistencia sanitaria de una manera estandarizada, con ayuda de la clasificación.

2. La WHO-ICMHC debe dirigirse a todos los servicios relacionados con la atención a la salud mental, sin excepción.

3. Para facilitar el uso de la clasificación, ésta debe ser de carácter descriptivo. Para minimizar el tiempo y el esfuerzo necesarios en clasificar el tipo de asistencia prestada por los servicios y rellenar los formularios requeridos, su confirmación debe ser lo más concisa posible.

4. Los datos relativos a la atención a la salud mental deben estar integrados en bases de datos con un campo de aplicación más amplio.

El diseño general del borrador de la WHO-ICMHC y los métodos empleados se derivaron parcialmente de los utilizados en los llamados «Behandelmodulen» (módulos de tratamiento). Este sistema (creado bajo la tutoría del Dutch National Hospital Institute) es un instrumento diseñado para su uso en el proceso de reasignación del personal profesional dentro del ámbito hospitalario de los psiquiátricos de los Países Bajos. Más específicamente, se adoptó el método de descripción de los servicios (con una serie de dimensiones y subdivisiones según diversas categorías).

Sin embargo el sistema del National Hospital Institute había sido creado únicamente para servicios intrahospitalarios. Dado que

la WHO-ICMHC pretendía ser aplicable para todo tipo de servicios relacionados con la salud mental, fue necesario realizar varias adaptaciones y ampliaciones.

Una diferencia fundamental fue la relativa a los objetivos. La WHO-ICMHC no era concebida como un instrumento en lo que se refiere a la reasignación del personal, sino que su principal objetivo consistía en la descripción del paquete de cuidados ofrecidos. Por tanto, aunque se pudo adoptar la configuración general de los «Behandelmodulen», fue necesario introducir modificaciones sustanciales en cuanto a dimensiones y categorías (especialmente con respecto a su contenido).

En vistas a la preparación de la consulta de la OMS en Groningen, se realizó una encuesta por correo a veinticuatro expertos procedentes de diferentes países del mundo. Se les rogó que evaluaran el borrador presentado de la clasificación para lo cual debían responder a ciertas preguntas relativas a su estructura, definiciones, especificaciones, aplicabilidad y globalidad. Asimismo, ocho centros especializados evaluaron el borrador de la clasificación aplicándolo a sus propios servicios de salud mental. En total se clasificaron 107 departamentos (incluidos servicios extrahospitalarios, intrahospitalarios, pacientes ambulatorios y servicios comunitarios).

1.4. Resultados de la consulta

Los resultados de esta encuesta por correos y la evaluación del borrador por parte de los centros especializados fueron presentados por el Centro Colaborador du-

⁵ Schuring, G., et al., *Behandelmodulen*. Parte 1: handiëding (manual) y Parte 2: onderzoeksweslag (investigación). Utrecht, National Hospital Institute (National Ziekenhuisinstituut), 1984.

⁶ Véase anexo para conocer la lista de los participantes.

rante la consulta y, posteriormente, debatidos entre los participantes. Se propusieron varias enmiendas y se efectuaron una serie de recomendaciones. Seguidamente se rogó a los miembros del Centro Colaborador que considerasen dichas enmiendas y recomendaciones durante la redacción definitiva de la clasificación.

Asimismo, se trató una cuestión más importante. El borrador de la WHO-ICMHC tendía hacia una clasificación de lo que podríamos calificar las actividades terapéuticas únicamente. Aunque estas actividades consituirían su labor primordial de manera mayoritaria, los servicios de salud mental presentaban con frecuencia tareas adicionales en los ámbitos de prevención, rehabilitación, investigación y formación. Estos aspectos debían ser tenidos en cuenta en una clasificación global de los servicios.

Por tanto es recomendable que la WHO-ICMHC abarque eventualmente las cuatro partes especificadas a continuación, que deberían utilizar preferentemente la misma configuración, distribución y metodología.

1.^a Parte: Clasificación de las actividades terapéuticas.

2.^a Parte: Clasificación de las actividades preventivas.

3.^a Parte: Clasificación de las actividades de rehabilitación.

4.^a Parte: Clasificación de las actividades de investigación y formación.

2. *Clasificación internacional de la OMS relativa a la atención a la salud mental (WHO-ICMHC), primera parte*

En base a las enmiendas y recomendaciones propuestas durante la consulta, el Centro Colaborador de Groningen desarrolló posteriormente la versión final de la clasi-

ficación. Los resultados aparecen en las páginas siguientes. La descripción corresponde únicamente a la 1.^a parte de la WHO-ICMHC (clasificación de actividades curativas). En el futuro próximo se preparará a la 2.^a a la 4.^a parte.

2.1. Descripción y clasificación de la asistencia sanitaria, con ayuda de la WHO-ICMHC

2.1.1. Módulos de asistencia sanitaria

Lo ideal sería que la descripción y la clasificación de los servicios de atención a la salud mental se basaran en la asistencia ofrecida durante los contactos establecidos «cara a cara» entre profesionales de la salud mental y pacientes. Sin embargo, surgieron una serie de problemas, básicamente de naturaleza práctica, que finalmente demostraron ser infranqueables. A fin de establecer este punto, deben considerarse los procedimientos habituales de prestación de la asistencia sanitaria en diferentes servicios. En los servicios intrahospitalarios, la asistencia sanitaria suele tener lugar durante breves sesiones, a menudo con un único objetivo específico por sesión y sólo afecta a un número limitado de participantes (pacientes, miembros de la familia, así como profesionales de la salud mental). Con respecto a estos servicios, son muy posibles las descripciones a nivel de pacientes individuales, de conformidad con estos parámetros. En consecuencia, la clasificación a nivel individual resulta directa y de fácil consecución.

No obstante en el resto de los casos la situación es considerablemente distinta. En los hospitales psiquiátricos generales, por ejemplo, se atiende a pacientes en grupos y, en ocasiones, se agrupa a pacientes con

problemas de salud mental muy distintos y, con más frecuencia que menos, cada uno de ellos sigue su propio programa de salud mental. Asimismo y, contrariamente a la situación expuesta con respecto a los servicios extrahospitalarios, la asistencia no tiene lugar en sesiones breves, sino a lo largo de todo el día (en el caso de enfermeras psiquiátricas, sólo de una manera fugaz). Miembros de diversos grupos profesionales (psiquiatras, psicólogos, terapeutas psicómotores y fisioterapeutas, etc.) pueden verse implicados. Por consiguiente, la clasificación a nivel individual y en base a las directrices de los parámetros anteriormente citados resulta muy difícil, sino imposible.

En vista a estos problemas y dado que uno de los requisitos de la WHO-ICMHC fue que debía ser aplicable por igual a cualquier tipo de servicio relacionado con la atención a la salud mental, se decidió abandonar la posibilidad de una clasificación basada en los contactos «cara a cara». La WHO-ICMHC se deberá basar en la asistencia proporcionada en los denominados módulos de asistencia. La definición de módulo de asistencia es la siguiente:

Un módulo de asistencia es una determinada clase de asistencia delimitada por sus objetivos y al alcance de los pacientes a través de un grupo más o menos permanente de miembros del personal de diferente calidad o procedentes de diferentes disciplinas. Los objetivos (que deben poseer una estabilidad relativa con el tiempo) tiene relación con la naturaleza de la asistencia y, como tales, se ven ligados con frecuencia a grupos circunscritos de pacientes. La descripción de módulo de asistencia se basa en la cantidad de actividades necesarias para poner en práctica los objetivos.

En un hospital psiquiátrico, un módulo de

asistencia puede constar, por ejemplo de un grupo de miembros pertenecientes al personal, responsables del ingreso hospitalario y de la evaluación inicial de los problemas. Otro ejemplo es el grupo responsable del tratamiento, de la asistencia de los pacientes crónicos o ambos. En los servicios extrahospitalarios, pueden existir módulos de asistencia para niños y adolescentes, adultos y pacientes de edad avanzada.

2.1.2. Asistencia disponible frente a asistencia ofrecida

En el capítulo anterior se decía que la WHO-ICMHC debería encaminarse primordialmente a la descripción y clasificación de la asistencia ofrecida a pacientes individuales. Puesto que se decidió que la WHO-ICMHC debería emplearse para establecer clasificaciones a un nivel más global, su uso ya no resulta completamente exacto. Por este motivo, se adoptó en su lugar el calificativo de «asistencia disponible». Técnicamente, este término se refiere al nivel más máximo de asistencia (en términos de dimensiones y categorías de la WHO-ICMHC), que realmente está a disposición de todo el grupo de pacientes en tratamiento de un módulo de asistencia. Dado que los objetivos de asistencia en el seno de un módulo y la composición del grupo de miembros del personal asignado a él están sujetos a cambios temporales, durante un determinado período de tiempo. Se decidió que este período sería el del mes anterior al momento real de la clasificación. La longitud de este período de tiempo está en consonancia con períodos similares empleados durante la recogida de datos en otras variables básicas. Este es el caso, por ejemplo, del «Present State Examination», utilizado para determinar la sintomatología.

Resulta obvio que el máximo nivel de asistencia no podrá ser ofrecido durante la totalidad del período a todos los pacientes o a cada paciente individual tratado dentro del módulo. Dicho con otras palabras, siempre habrá discrepancias entre la asistencia dispensada al grupo de pacientes en su totalidad, y la asistencia ofrecida a nivel individual a algunos pacientes. Puesto que la existencia de tales discrepancias es una consecuencia lógica de la decisión de clasificar a un nivel más global, su aparición resulta inevitable. Sin embargo, cabe esperar que ésta se ve limitada en cantidad, así como en alcance.

En conclusión, es preciso hacer hincapié en el hecho de que la asistencia disponible sólo hace referencia a las medidas que realmente se pueden adoptar, en función de los recursos (en términos de personal, infraestructura y economía) de que dispone el módulo. La clasificación no debe basarse en ideas sobre el nivel de asistencia que debería existir idealmente, en función de los objetivos de la asistencia.

2.1.3. Dimensiones y categorías de la WHO-ICMHC

En virtud de las experiencias recogidas durante la evaluación del borrador por parte de los centros especializados y de las recomendaciones de consulta, se decidió que la WHO-ICMHC debería constar de ocho dimensiones detalladas a continuación, cada una de las cuales pertenece a un cierto aspecto de posible asistencia disponible:

1. Dimensión PROB: evaluaciones de los problemas (diagnósticos); esta dimensión concierne a todas las actividades en conexión con la organización (a menudo inicial, aunque no siempre) de asistencia ofrecida.

2. Dimensión CRIS: tratamiento de la

crisis; son todas esas actividades encaminadas a controlar las situaciones de crisis de manera inmediata, en las cuales las intervenciones pueden dirigirse hacia problemas psicológicos, sociales, al igual que somáticos.

3. Dimensión SOCI: intervenciones de ayuda y apoyo (social); se trata de todas las intervenciones, centradas directa o indirectamente en aspectos de las personas o en las personas, de el entorno social en el que los pacientes deben funcionar, incluidas las maneras «concretas» como éstos se desenvuelven en ese entorno.

4. Dimensión PSIC: intervenciones psicológicas; estas intervenciones individuales o en grupo deberán centrarse básicamente en facilitar los procesos de cambio a los pacientes. Por lo general se aplicarán «técnicamente basadas en modelos teóricos», que requieren especialización (por ej., todas las formas de psicoterapia, terapia psicomotora y terapia creativa).

5. Dimensión BIOL: intervenciones biológico-psiquiátricas (prescripción y control de la medicación psicofarmacológica y otras técnicas); se trata de todas las actividades (incluidas todas las medidas adoptadas como resultado de complicaciones somáticas, psicológicas o ambas), relativas a la aplicación y al control «real» de técnicas biológico-psiquiátricas.

6. Dimensión MEDI: actividades relacionadas con la asistencia médica general; son todas las actividades (incluida la enfermería médica) encaminadas a la asistencia médica general de pacientes psiquiátricos, en la medida que estas actividades se desarrollan en el marco de asistencia de la salud mental ofrecida por el módulo de asistencia en cuestión.

7. Dimensión AVDF: la adopción de tareas relacionadas con actividades de la vi-

da diaria o funciones (capacidad de desenvolverse por sí mismo); son todas esas actividades que equivalen a la adopción parcial o total por parte de miembros del personal del módulo de asistencia de tareas como las que los pacientes desempeñarían normalmente por sí mismos. Los tipos de tareas incluidos en esta categoría están relacionados con la capacidad básica de las personas de desenvolverse por sí mismos.

8. Dimensión ALO: posibilidades de residencia y alojamiento en el marco de la atención a la salud mental; son todas las actividades relacionadas con la creación de un alojamiento permanente o temporal dentro del módulo de asistencia.

Cada una de estas dimensiones se halla subdividida en cuatro categorías. Supone que la intensidad de la asistencia (en términos de cantidad de actividades necesarias) se refleja en la sucesión de categorías. Se puede clasificar la asistencia disponible de un módulo eligiendo una, y sólo una, categoría para cada dimensión (sin excepción). En general, es aplicable la siguiente subdivisión:

3=actividades intensas.

2=actividades de intensidad moderada.

1=actividades de intensidad mínima.

0=sin actividad o con actividades muy ocasionales.

Se han definido con más detalle todas las categorías de cada dimensión. Estas dimensiones aparecen indicadas en la propia clasificación (véase capítulo 4).

3. Aplicaciones de la WHO-ICMHC: *Directrices e instrucciones*

3.1. Introducción

Es preciso seguir los siguientes pasos para aplicar la WHO-ICMHC. En primer lu-

gar, hay que identificar y describir los módulos de asistencia dentro de la institución objeto de la clasificación. En segundo lugar, deben clasificarse todos y cada uno de los módulos, empleando para ello las dimensiones y su subdivisión en categorías. En las próximas páginas se explican en más profundidad los procedimientos a seguir para ambos pasos.

Llegados a este punto, es preciso remarcar que la descripción y clasificación de la atención a la salud mental con ayuda de la WHO-ICMHC es un asunto complicado, que requiere una considerable experiencia y destreza. Su aplicación debe correr, por tanto a cargo de un asesor bien preparado. Es preferible que este asesor sea un miembro del personal responsable del sistema de información, en el que se emplea la WHO-ICMHC como parte del catálogo de datos.

Asimismo se recomienda insistentemente que durante la aplicación de la WHO-ICMHC, el asesor esté en contacto directo con representantes de la institución objeto de la clasificación. Estos representantes deben poseer un buen conocimiento global de la asistencia que ofrece la institución, así como de sus módulos constituyentes. Por ejemplo, puede tratarse del gerente responsable del desarrollo de las políticas asistenciales de la propia institución o bien el supervisor de los programas de tratamiento.

3.2. Normas para la descripción de los módulos de asistencia

Un prerrequisito para la aplicación de la WHO-ICMHC es la subdivisión de la institución dedicada a la atención a la salud mental que desea clasificar en una serie de módulos de asistencia. Dado que las formas de asistencia de la práctica diaria varían en

función del tipo de servicio objetivo de estudio y de estructura organizativa, es difícil formular normas exactas y de aplicación universal para la realización de la mencionada subdivisión. Por tanto, los siguientes datos deben considerarse como una descripción del procedimiento general, que pueda adaptarse (con moderación), siempre que resulte necesario, dependiendo de las circunstancias.

Como ya se recordará, la definición de módulo de asistencia hace referencia a un grupo de miembros del personal, que conjuntamente se responsabiliza de la prestación de un determinado tipo de asistencia a disposición de los pacientes. En muchos casos, estos grupos trabajan en un contexto concreto (servicios intrahospitalarios, extrahospitalarios o comunitarios, por ejemplo), que, a menudo se localiza en un lugar específico (en un edificio o parte de un edificio) dentro de la institución. Por este motivo será posible generalmente utilizar la estructura organizativa existente en la propia institución como punto de partida.

Sin embargo, es preciso recordar que la WHO-ICMHC tiene como objetivo la descripción de la estructura de tratamiento. Esta puede corresponder en algunos casos con la estructura organizativa, pero ciertamente no será así. En un hospital psiquiátrico, por ejemplo, se pueden emplear varios módulos de asistencia en una misma sala. A su vez es posible utilizar un módulo concreto en diversas salas. En el caso de pacientes extrahospitalizados, es probable que las estructuras organizativas y de tratamiento se correspondan con más frecuencia. Como ejemplos tenemos los grupos de asistencia a niños y adolescentes, adultos y personas de edad avanzada.

3.3. Descripción de la asistencia disponible

El siguiente paso en la aplicación de la WHO-ICMHC es la descripción de cada uno de los nodulos de asistencia por separado. En primer lugar debe registrarse la información relativa a las características generales del módulo en cuestión. En ella se incluye, por ejemplo, el lugar que ocupa dentro de la estructura organizativa de la institución y del sistema de atención a la salud mental, sus objetivos básicos (tipos de pacientes y problemas a tratar), la ideología profesional empleada, las técnicas aplicadas y el tipo de pacientes a los que, por lo general, se asiste. Para el registro de estos datos debe emplearse el protocolo estándar, que forma parte de la WHO-ICMHC (Véase capítulo 4).

En segundo lugar, hay que clasificar cada uno de los módulos con ayuda del sistema de dimensiones y sus categorías. Como se ha constatado anteriormente, la asignación de puntuaciones a las dimensiones durante el mes anterior al de la aplicación de la WHO-ICMHC. Durante este proceso, se recomienda verificar que no sólo se haya intentado poner a disposición de los pacientes los distintos tipos de asistencia (dependiendo de los objetivos de asistencia del módulo en cuestión), sino que realmente se haya ofrecido dicha asistencia al grupo de pacientes en tratamiento durante el período en estudio.

En los casos en que más de una categoría resulte aplicable, debe elegirse básicamente la categoría con el rango más elevado. No obstante, está permitido elegir una categoría inferior cuando el tipo de asistencia sólo se practique en un número limitado de pacientes con periodicidad regular. La responsabilidad de estas decisiones recae en el

asesor, a quien, no obstante, se recomienda consultar a los profesionales encargados de la asistencia.

3.4. Actualización de las descripciones de los módulos: ¿por qué y cuándo?

Las características de los módulos (miembros del personal asignado a ellos, así como métodos aplicados) estarán sujetas a una serie de cambios (relativamente poco importantes) con el paso del tiempo, por ejemplo, como resultado de ciertas modificaciones en los objetivos asistenciales. Por todo ello, será necesario comprobar periódicamente si las descripciones de los módulos, realizadas durante la clasificación inicial, siguen estando actualizadas. Por lo general, es preciso comprobar las descripciones al menos una vez al año y actualizarlas, en caso necesario. En el caso de las instituciones en las que la planificación de la asistencia no se halla sometida a cambios relativamente rápidos, es posible optar por un período más prolongado. Entre ellas se incluyen, por ejemplo, los asilos y otros módulos que atienden a pacientes con enfermedades mentales crónicas.

Asimismo, habrá situaciones en las que se produzcan cambios importantes, que afecten a (algunos) módulos de una institución durante el período comprendido entre los momentos regulares de actualización. Este puede ser el caso, será ineludible efectuar una actualización intermedia de las descripciones. Con el fin de decidir si estas actualizaciones intermedias son necesarias, el asesor deberá estar bien informado en todo momento sobre los posibles cambios organizativos, que tengan lugar en el seno de los módulos o instituciones, de los que él realizó la clasificación inicial.

3.5. Uso de la información

La información corregida con ayuda de la WHO-ICMHC puede destinarse al desarrollo o a la evaluación de las políticas de salud mental en áreas geográficas circunscritas. A tal fin, se recomienda que la WHO-ICMHC constituya una parte integral del catálogo de datos de las bases de datos y que sirva para monitorizar todos los servicios de atención a la salud mental en un área (compárese el tercer principio básico a la hora de desarrollar la clasificación, mencionado en el párrafo 3.1).

Como ejemplos de las mencionadas bases de datos cabe mencionar los registros de casos psiquiátricos (RCP), dado que su uso se halla extendido por todo el mundo⁷. Si se utiliza la WHO-ICMHC en el contexto de dichos RCP, los datos sobre la asistencia disponible resultantes de su aplicación, pueden relacionarse con otros tipos de información, como, por ejemplo, los datos sociodemográficos y diagnósticos de los pacientes tratados en las instituciones y/o módulos clasificados. Este catálogo combinado de datos puede constituir un instrumento muy poderoso para la evaluación del sistema de atención a la salud mental dentro del área de alcance (área geográfica cubierta por el RCP).

Para poder traspasar los datos de la WHO-ICMHC a una base de datos de RCP, suele ser necesario seguir los pasos especificados a continuación. En primer lugar la clasificación de las instituciones de atención a la salud mental de un área de alcance y de sus módulos constituyentes de asistencia

⁷ G.H.M.M. ten Horn, R. Giel, W. H. Gulbinat y J. H. Henderson, *Psychiatric case registers in public health. A worldwide Inventory 1960-1985*, Amsterdam, Elsevier, 1986.

debe recaer en manos de asesores expertos, que preferentemente sean miembros del personal del RCP. Para cada módulo (o, dado el caso, la institución en su totalidad), los ocho números de las categorías constituyen conjuntamente sus perfiles de asistencia. Seguidamente, estos perfiles pasarán a formar parte del catálogo de datos de la base de datos del RCP.

Una vez finalizada esta labor, el departamento de administración de los servicios de salud mental sólo deberá encargarse de pasar los datos de ingresos y altas hospitalarias de los pacientes de un determinado módulo a los miembros del personal del RCP. Estos datos pueden relacionarse con los perfiles asistenciales adecuados contenidos en la base de datos. De esta manera, será posible construir patrones de asistencia⁸ para grupos de pacientes o describir métodos de trabajo dentro de módulos de asistencia similares en diferentes servicios de atención a la salud mental y comparar los resultados.

Aunque en la creación de la WHO-ICMHC se han tenido en cuenta los fines anteriormente citados, igualmente será posible aplicarla a una escala más pequeña. Se podría emplear, por ejemplo, para monitorizar los distintos módulos pertenecientes a una única institución de salud mental (más grande). Nuevamente se emplearía fundamentalmente para evaluar y desarrollar políticas asistenciales, ya que éstas son aplicables a la institución en cuestión.

Por supuesto, será preciso modificar el procedimiento de recogida de datos en virtud de las diferentes situaciones. El asesor podría convertirse, por ejemplo, en el jefe

del departamento administrativo de la institución. En estos casos, no obstante, será preciso cerciorarse de la objetividad de las estimaciones.

En conclusión, quedan por formular algunas observaciones aleccionadoras. En primer lugar, independientemente de la escala en que se emplee la WHO-ICMHC, es preciso recordar que todos los datos se recogen a un nivel bastante global. En consecuencia, los datos recopilados mediante la aplicación de la clasificación no pueden ser utilizados para una investigación más fundamental o para la evaluación de los tratamientos individuales. En segundo lugar, como se ha mencionado anteriormente, existirán ciertas discrepancias entre la asistencia disponible en un módulo y la asistencia ofrecida a los pacientes individuales. Es obvio que estas discrepancias no deberían ser muy grandes. A pesar de todas las medidas adoptadas con el fin de evitar esta situación, es posible que la brecha se agrande más de lo permisible. Por consiguiente, se recomienda de vez en cuando establecer comparaciones con carácter aleatorio entre los perfiles de asistencia de los módulos y la asistencia ofrecida realmente a los pacientes individuales.

4. *Distribución general de la clasificación internacional de la OMS relativa a la atención a la salud mental*

Las siguientes páginas contienen la distribución general de la clasificación internacional de la OMS relativa a la atención a la salud mental. La WHO-ICMHC consta de las dos partes descritas a continuación.

1. *Protocolo estándar para la descripción de los módulos de asistencia.*

⁸ Véase S. Systema, R. Giel y G.H.M.M. ten Horn, «Patrones de asistencia en el campo de la salud mental», *Acta Psychiatr. Scand.*, 1989, 79, 1-10.

Debe emplearse este protocolo para describir el módulo que se desee clasificar con un cierto detalle. Es preciso registrar el contexto del módulo y los tipos de pacientes tratados habitualmente, conjuntamente con la información relativa a los objetivos de asistencia, la ideología profesional y las tecnologías aplicadas.

2. Descripción de las dimensiones y sus subdivisiones.

Cada una de las ocho dimensiones ha sido definida con respecto a su contenido y aplicabilidad. En la página contigua aparecen las subdivisiones. Deben utilizarse para clasificar los módulos en cada una de las dimensiones.

**PROTOCOLO ESTÁNDAR PARA LA DESCRIPCIÓN
DE LOS MÓDULOS DE ASISTENCIA**

Nombre del módulo:
Nombre de la institución:
Nombre del informante:
Nombre del asesor:

Rogamos que indiquen el contexto del módulo:

- extrahospitalario
- servicio comunitarios
- intrahospitalario
- servicio de residencia
- día-paciente
- otro:

Rogamos que indiquen el tipo de paciente tratado habitualmente por el módulo (pueden ser aplicables más de una categoría):

- niños/adolescentes
 - adultos
 - personas de edad avanzada
 - adictos
 - pacientes crónicos
 - retardados mentales
 - con múltiples minusvalías
 - otro:
-

Les rogamos que realicen una breve descripción de los principales objetivos y/o tareas del módulo de asistencia, incluida (en caso necesario) una descripción más detallada de los tipos de pacientes tratados (por ej., ingreso hospitalario, observación, tratamiento a corto o largo plazo, asistencia diaria, alojamiento, sala de urgencias, clínica de adicción, servicio de rehabilitación y centro de acogida):

Les rogamos que realicen una breve descripción de la ideología profesional empleada habitualmente en el módulo de asistencia (por ej., orientación preventiva, curativa o asistencial, enfoque individual o en grupo, orientación socioterapéutica o psicoterapéutica, cooperación con otros servicios internos o externos del sistema de atención a la salud mental y mecanismos específicos de ingreso):

Les rogamos que indiquen (mediante palabras clave) las tecnologías aplicadas en los módulos de asistencia (por ej., tipos de terapia, medicación, métodos específicos de apoyo, habilidades, formación y tratamientos biológico-psiquiátricos):

Les rogamos que indiquen cualquier información adicional relativa al módulo de asistencia:

Dimensión PROB: evaluación de los problemas (diagnóstico)

Descripción

Esta descripción abarca todas las actividades que tienen alguna conexión con la organización (frecuentemente se trata de la inicial, aunque no siempre) de la asistencia ofrecida. Entre ellas se incluye:

1. La determinación (generalmente en consonancia con alguna de las diversas clasificaciones diagnósticas posibles) de qué problemas psíquicos, sociales y somáticos deben someterse a tratamiento.

2. La subsiguiente perfilación de un plan de tratamiento; y

3. Las remisiones y mediaciones que son inmediatamente posteriores a la fase diagnóstica.

Nota: En general, la fase diagnóstica se considera completa una vez que se han tomado las decisiones relacionadas con el plan de tratamiento. Se considera que la ejecución real del plan de tratamiento forma parte de las actividades mencionadas en el apartado de Dimensiones sociales, psicol. y biológ.

Las actividades de terceros, concernientes a la evaluación de los problemas (diagnóstico) que tienen lugar fuera del módulo de asistencia, no deben tomarse en consideración.

Subdivisión

Índice 3. Actividades intensas. Una evaluación extensa y, con frecuencia, específica de los problemas (diagnóstico), que requiera la aplicación de otros instrumentos y medidas diagnósticas distintos a los estándar, forma parte regular del paquete de asistencia disponible en el módulo de asistencia. La evaluación de los problemas (diagnóstico) puede ir dirigida, por ejemplo, a la realización de un tratamiento especializado o emplearse para responder a una petición externa de consejo experto.

Índice 2. Actividades de intensidad moderada. Evaluación inicial de los problemas (diagnóstico) como paso preliminar para la ejecución de un plan de tratamiento o dentro del marco de mediaciones o remisiones.

En general, afectará a la aplicación del paquete estándar de instrumentos diagnósticos y métodos, aunque éstos no siempre pueden aplicarse a todos los pacientes.

Índice 1. Actividades de intensidad mínima. Evaluación intermedia o limitada de los problemas (diagnóstico), por ejemplo, tras la evaluación o el ajuste del plan de tratamiento o con posterioridad al traspaso a otro módulo de asistencia.

Índice 0. Sin actividad o con actividades muy ocasionales. La evaluación de los problemas (diagnóstico), con anterioridad a la ejecución, evaluación o ajuste del plan de tratamiento tiene lugar en otro lugar o sólo se produce de forma ocasional.

Dimensión CRIS: tratamiento de la crisis

Descripción

Son todas las actividades encaminadas a controlar las situaciones de crisis de forma inmediata, en las cuales las intervenciones pueden dirigirse hacia problemas psicológicos, sociales, así como somáticos. Una característica distintiva es que se requiere una acción inmediata (a menudo, fuera de las horas habituales de oficina y a horas convenientes), mientras que la duración de las intervenciones suele limitarse a varios días.

Nota: No se consideran dentro de esta dimensión los tratamientos a corto plazo, de carácter fortuito en las intervenciones mencionadas anteriormente.

Subdivisión

Índice 3. Actividades intensas. El tratamiento de las crisis constituye una de las principales tareas del paquete de asistencia disponibles dentro del módulo de asistencia.

Índice 2. Actividades de intensidad moderada. El tratamiento de las crisis tiene lugar de forma periódica, por ej., en beneficio de pacientes que suelen tratarse en otro lugar. Sin embargo, no constituye una de las tareas principales del paquete de asistencia disponible dentro del módulo de asistencia.

Índice 1. Actividades de intensidad mínima. Se tratan las crisis, pero las posibilidades de intervención están limitadas. En el caso de problemas graves, suele tratarse al paciente temporalmente en otro lugar.

Índice 0. Sin actividad o con actividades muy ocasionales. No se tratan las crisis o sólo de manera muy ocasional.

Dimensión SOCI: intervenciones de ayuda y apoyo (social)

Descripción

Se trata de todas las intervenciones, centradas directa o indirectamente en aspectos de las personas o en las personas, en el entorno social en el que los pacientes deben funcionar, incluidas las maneras «concretas» cómo se desenvuelven en ese entorno. Proporcionar una estructura en el contexto de la vida diaria es el principal objetivo de las intervenciones, que se centran básicamente en el paciente. Sin embargo, es frecuente que los miembros de la familia u otras personas allegadas se vean implicadas.

Es preciso considerar dos características de las intervenciones:

1. Hasta qué punto los contactos van encaminados a la ayuda y el apoyo; y
2. Con qué frecuencia se producen los contactos independientemente de si afectan al paciente y/o a otras personas allegadas.

Nota: Sólo deben considerarse las activi-

dades desarrolladas dentro del módulo de asistencia (a cargo o bajo la supervisión de sus miembros del personal). Las intervenciones realizadas en otros lugares por otras personas no deben ser tenidas en consideración. No obstante, es posible permitir ciertas actividades preparatorias relativas a estas intervenciones y/o estimular la participación de los pacientes por parte de los miembros del personal.

Subdivisión

Índice 3. Intervenciones (sociales) con asistencia o apoyo intenso. El centro de atención será la creación de una estructura que prevenga el peligro constantemente inminente de desintegración social. En el caso de servicios extrahospitalarios, habrá más de un contacto semanal. En el caso de los servicios intrahospitalarios, el contacto será diario o casi diario.

Índice 2. Intervenciones (sociales) con asistencia o apoyo de intensidad moderada. Posiblemente, en el marco de un plan de tratamiento específico de asistencia o de apoyo. En el caso de servicios extrahospitalarios, por lo menos un contacto cada quince días y como máximo un contacto semanal. En el caso de los servicios intrahospitalarios, el contacto será periódico, pero no diario.

Índice 1. Intervenciones (sociales) con asistencia o apoyo de intensidad mínima. Básicamente, de naturaleza consultiva. En el caso de servicios extrahospitalarios, menos de un contacto cada quince días. En el caso de servicios intrahospitalarios, el contacto será irregular.

Índice 0. Sin intervenciones (sociales) o con intervenciones (sociales) de asistencia o apoyo muy ocasionales.

Dimensión PSIC: intervenciones psicológicas

Descripción

Estas intervenciones individuales o en grupo se centrarán primordialmente en facilitar los procesos de cambio a los pacientes. Por lo general, se aplicarán técnicas basadas en modelos teóricos, que requieran especialización (por ej., todas las formas de psicoterapia, terapia psicomotora y terapia creativa). Las intervenciones se centrarán básicamente en el paciente. Sin embargo, es frecuente que miembros de la familia u otras personas allegadas se vean implicadas. Tanto la aplicación de técnicas especializadas como la frecuencia del contacto deberán tomarse en consideración.

Nota: En los casos en que se aplique más de una técnica de entre las mencionadas anteriormente, la puntuación de esta dimensión debe basarse en la técnica que se utilice de forma más intensa. Únicamente las actividades desarrolladas dentro del módulo de asistencia (a cargo o bajo la supervisión de sus miembros del personal) deben tenerse en consideración. Las intervenciones realizadas en otros lugares por otras personas no deben tenerse en cuenta. No obstante, es posible permitir ciertas actividades preparatorias relativas a estas intervenciones y/o estimular la participación de los pacientes por parte de los miembros del personal.

Subdivisión

Índice 3. Intervención psicológica intensa. En el caso de servicios extrahospitalarios, habrá más de un contacto semanal, en conexión con la aplicación y/o evaluación de la técnica. En el caso de servicios intra-

hospitalarios, la aplicación y/o la evaluación serán diarios o casi diarios.

Índice 2. Intervenciones psicológicas de intensidad moderada. En el caso de servicios extrahospitalarios, por lo menos un contacto cada quince días y como máximo un contacto semanal, en conexión con la aplicación y/o evaluación de la técnica. En el caso de los servicios intrahospitalarios, la aplicación y/o evaluación tienen lugar de forma periódica, pero no diaria.

Índice 1. Intervenciones psicológicas de intensidad mínima. En el caso de servicios extrahospitalarios, menos de un contacto cada quince días, en conexión con la aplicación y/o evaluación de la técnica. En el caso de servicios intrahospitalarios, la aplicación y/o evaluación tienen lugar de forma regular.

Índice 0. Sin intervenciones psicológicas o con intervenciones muy ocasionales.

Dimensión BIOL: intervenciones biológicas-psiquiátricas (prescripción y control de la medicación psicofarmacológica y otras técnicas)

Descripción

Todas las actividades (incluidas todas las medidas adoptadas como resultado de complicaciones somáticas, psicológicas o ambas), relativas a la aplicación y al control real de técnicas biológico-psiquiátricas. El énfasis recae en la prescripción y el control de la medicación psicofarmacológica. Ejemplos de otras técnicas biológico-psiquiátricas son el insomnio (privación del sueño), electroshock, fototerapias, etc. A menudo afecta a módulos de asistencia que están equipados especialmente para tal fin. Su aplicación

siempre se asocia a actividades intensas. Las restantes técnicas pueden ser aplicadas, aunque no siempre, a todos los pacientes que reciban asistencia en el módulo. La evaluación, por lo que respecta a estas técnicas, deberá basarse en la frecuencia con que se apliquen.

Nota: Aunque en lo que se refiere a la medicación, la jerarquía de la subdivisión puede coincidir en parte con la naturaleza y las cantidades de las preparaciones prescritas, no debe tenerse en consideración. La información relativa a la dosificación de los productos prescritos no se halla comprendida en el marco de la presente clasificación. Sin embargo, cabe suponer que esta información forme parte del catálogo de datos del sistema informativo, donde se integra el uso de la ICMHC. Para estos módulos de asistencia, en los que se prescribe y controla la medicación psicofarmacológica y en los que también se aplica una o más de las restantes técnicas biológico-psiquiátricas, la evaluación de esta dimensión debe basarse en el máximo nivel aplicable.

Subdivisión

Índice 3. Las actividades relativas a la prescripción y al control de la medicación psico-farmacológica son intensas. La aplicación de tests de laboratorio y similares (por ejemplo, para determinar el nivel en sangre) constituye un prerrequisito. Las demás técnicas biológico-psiquiátricas formarán parte del equipamiento especial de los módulos de asistencia. Se aplicarán con prioridad.

Índice 2. Las actividades relativas a la prescripción y al control de la mediación psico-farmacológica son de intensidad moderada. El control y el ajuste de las dosificaciones se guía por los resultados

terapéuticos. Las restantes técnicas biológico-psiquiátricas tienen aplicación de forma muy ocasional.

Índice 1. Las actividades relativas a la prescripción y al control de la medicación psico-farmacológica son de intensidad mínima. Estas hacen referencia especial al control y al ajuste de las dosificaciones. La aplicación de las restantes técnicas biológico-psiquiátricas es, en principio factible, pero sólo se recurrirá a ellas en contadas ocasiones.

Índice 0. No se prescribirá medicación psico-farmacéutica o únicamente de forma muy ocasional. No se aplicarán las restantes técnicas biológico-psiquiátricas.

Dimensión MEDI: actividades relacionadas con la asistencia médico general

Descripción

Son todas las actividades (incluida la enfermería médica) encaminadas a la asistencia médica general de pacientes psiquiátricos, en la medida que estas actividades se desarrollen en el marco de asistencia de la salud mental, ofrecida por el módulo de asistencia en cuestión. No es necesario que la asistencia sea administrada por personal del módulo. Puede correr a cargo o bajo la supervisión de terceros profesionales. El tratamiento que se administre en otro lugar (por ej., trasposos temporales a unidades especializadas en asistencia médica general dentro de la propia institución o remisiones a un generalista de fuera de la institución) no debe ser tenido en consideración.

Nota: Se esperan diagnósticos relativos a la asistencia médica general y a la aplicación y/o evaluación de tratamiento con psi-

cofármacos. Véase Dimensiones Prob. y Biol.

Subdivisión

Índice 3. La asistencia médica general tiene lugar en el marco de asistencia de la salud mental y se puede calificar a las actividades asociadas de intensas. En general, afecta a los módulos de asistencia dedicados a la asistencia de grupos de pacientes, quienes, además de problemas psicológicos, sufren también en ocasiones trastornos somáticos letales.

Índice 2. La asistencia médica general tiene lugar en el marco de asistencia de la salud mental y se puede calificar a las actividades asociadas de moderadamente intensas. En general, esta clase de asistencia corre a cargo de las enfermeras médicas. Sin embargo, con frecuencia requiere también la movilización de uno o más médicos especialistas.

Índice 1. Cierta asistencia médica general tiene lugar en el marco de la asistencia ofrecida de la salud mental y se puede calificar a las actividades asociadas de mínimamente intensas. Se limita a un nivel similar al ofrecido por el médico generalista.

Índice 0. No existe asistencia médica general o únicamente de forma muy ocasional en el marco de la asistencia ofrecida en el área de la salud mental.

Dimensión AVDF: la adopción de tareas relacionadas con las actividades de la vida diaria o funciones (capacidad de desenvolverse por sí mismo).

Descripción

Son todas esas actividades que equivalen a la adopción parcial o total por parte de

DEBATES E INFORMES

miembros del personal del módulo de asistencia de tareas como las que los pacientes desempeñarían normalmente por sí mismos. Los tipos de tareas incluidos en esta categoría están relacionados con la capacidad básica de las personas de desenvolverse por sí mismos, es decir, las llamadas actividades de la vida diaria: lavarse, vestirse, arreglarse, pasear, comer, etc. Por lo general, afecta a los módulos de asistencia que tienen como objetivo asistir a los pacientes con múltiples minusvalías, a las personas de edad avanzada y/o pacientes crónicos.

Nota: Dichas actividades sólo se engloban dentro de esta dimensión en la medida que se realizan dentro del marco de asistencia ofrecida en el sistema de atención a la salud mental.

Subdivisión

Índice 3. Actividades intensas. Existe una asistencia extensa en las tareas relacionadas con la vida diaria y el desenvolvimiento personal de los pacientes por parte de los miembros del equipo del módulo de asistencia. Esta adopción de las tareas se caracteriza por:

- englobar a casi todos los pacientes incluidos en el módulo;
- cubrir la gama completa de actividades de la vida diaria; y
- ser necesaria para evitar situaciones de grave peligro para las vidas de los pacientes.

Índice 2. Actividades de intensidad moderada. Existe una asistencia bastante extensa en las tareas relacionadas con la vida diaria y el desenvolvimiento personal de los pacientes por parte de los miembros del equipo del módulo de asistencia. Esta adopción de las tareas se caracteriza por:

- no englobar a todos los pacientes incluidos en el módulo; y/o

— cubrir la mayor parte, si bien no todas las actividades de la vida diaria.

Índice 1. Actividades de intensidad mínima. La asistencia es limitada en cuanto a las tareas relacionadas con la vida diaria y el desenvolvimiento personal de los pacientes por parte de los miembros del equipo del módulo de asistencia. Esta adopción de las tareas se caracteriza por:

- englobar únicamente a un número limitado de pacientes; y
- estar restringida a un número limitado de tareas y/o sólo de forma parcial.

Índice 0. Sin actividad. La asistencia en las tareas relacionadas con la vida diaria y el desenvolvimiento personal no corre a cargo de miembros del equipo del módulo de asistencia.

Dimensión ALO: Posibilidades de residencia y alojamiento en el marco de atención a la salud mental.

Descripción

Son todas las actividades relacionadas con la creación de un alojamiento permanente o temporal dentro del módulo de asistencia.

Nota: Dichas actividades sólo se engloban dentro de esta dimensión en la medida que se realizan dentro del marco de atención a la salud mental, ofrecido por el módulo de asistencia o la institución a la que pertenece el módulo. Están excluidas de estas dimensiones la gerencia económica y administrativa de las instituciones de salud mental y el mantenimiento de los edificios y terrenos.

Subdivisión

Índice 3. Actividades intensas. Básica-

mente, las estancias son de carácter permanente. El ofrecimiento de residencia forma parte crucial del plan de tratamiento, como ocurre en el caso de las unidades de prolongada estancia y de los asilos.

Índice 2. Actividades de intensidad moderada. Básicamente, las estancias son de carácter temporal. En general, hace referencia los ingresos clínicos (24 horas al día, 7 días por semana).

Índice 1. Actividades de intensidad mínima. Básicamente, las estancias son de carácter temporal. Sin embargo, está limitado a unas cuantas horas al día y/o unos cuantos días por semana (por ej., en el marco de los programas de tratamiento diario).

Índice 0. Sin actividad. Los alojamientos no corren a cargo del módulo de asistencia ni tampoco de la institución dentro del marco de atención a la salud mental.

ANEXO:

Participantes en la consulta

Asesores temporales

- Dr. V. Aparicio Basauri.
Consejería de Sanidad Principado de Asturias, Oviedo, España.
- Dr. F. Brook.
Departamento de Psiquiatría Social, Universidad Estatal de Groningen, Países Bajos.
- Dr. N. Coffi.
Departamento de Salud Mental, Willemstad, Curaçao, Trinidad.
- Dr. M. Eguiagaray.
Consejería de Sanidad Principado de Asturias, Oviedo, España.
- Dr. P. van der Ende.
Departamento de Psiquiatría Social, Universidad Estatal de Groningen, Países Bajos.
- Prof. Cat. R. Giel.
Departamento de Psiquiatría Social, Universidad Estatal de Groningen, Países Bajos (Presidente).
- Dr. W. van der Heiden.
Instituto Central de Salud Mental, Centro Colaborador de la OMS, Mannheim, República Federal Alemana.
- Dr. S. ten Horn.
Anteriormente en el Departamento de Psiquiatría Social, Universidad Estatal de Groningen, Países Bajos (ponente).

- Dr. C. Hosman.
Departamento de Psicología Clínica, Universidad Católica, Nijmegen, Países Bajos.
- Dr. A. de Jong
Departamento de Psiquiatría Social, Universidad Estatal de Groningen, Países Bajos.
- Dr. A. Leuschner.
Hospital Magalhaes de Lemos, Oporto, Portugal.
- Dr. M. Levens.
Departamento de Salud Mental, Willmstad, Curaçao, Trinidad.
- Prof. Cat. R. Salokangas.
Departamento de Salud Pública, Universidad de Tampere, Finlandia.
- Dr. S. Sytema.
Departamento de Psiquiatría Social, Universidad Estatal de Groningen, Países Bajos.
- Prof. Cat. M. Tansella
Instituto de Psiquiatría, Departamento de Psicología Médica, Centro Colaborador de la OMS, Universidad de Verona, Italia.
- Dr. T. Tomov.
Departamento de Psiquiatría, centro colaborador de la OMS, Sofía, Bulgaria.

Organización Mundial de la Salud

- Dr. M. Jansen.
División de Salud Mental, sede central.
- Dr. J. G. Sampaio Faria.
Director regional de salud mental, Oficina Regional de Europa.