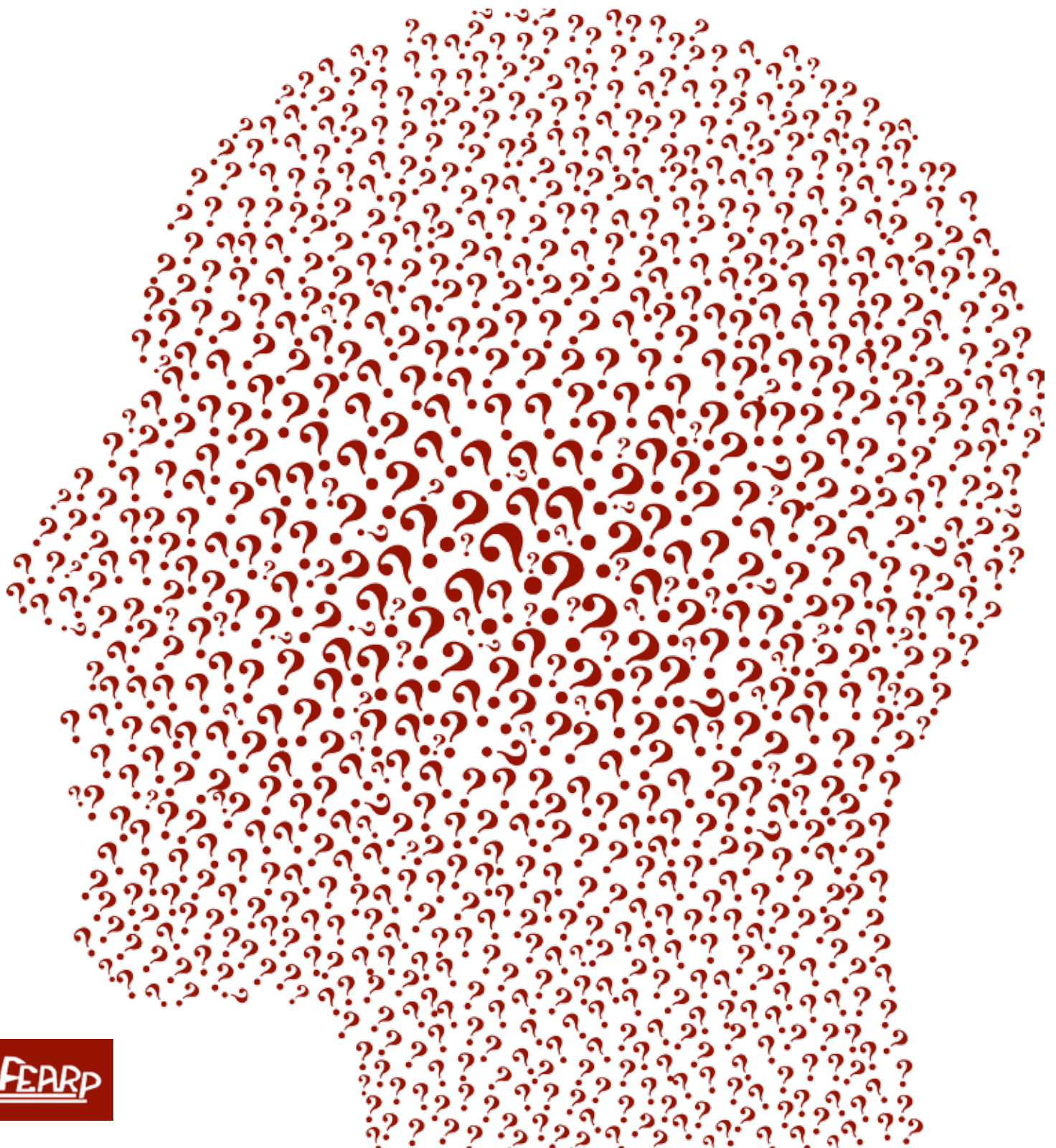


# Rehabilitación Psicosocial

PUBLICACIÓN OFICIAL DE LA FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE ASOCIACIONES DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL (FEARP)  
[www.fearp.org](http://www.fearp.org)



# Rehabilitación Psicosocial

PUBLICACIÓN OFICIAL DE LA FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE ASOCIACIONES DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL (FEAPP)

[www.feapp.org](http://www.feapp.org)

Equipo Revista 4ª época (2019)

**Dirección:** Jaime A. Fernández (Canañas)  
**Secretaría de Redacción:** Luis Pelágrin (Murcia)  
**Diseño y Maquetación:** José J. Corbalán (Murcia)

## Consejo de redacción

Juan I. Fernández Blanco (Madrid)  
Juan Glez. Cases (Madrid)  
Alejandra Reboreda (Galicia)  
Teresa Orhuela (Castilla y León)  
Cristina Gisbert (Cataluña)  
Margarita Hernanz Manrique (País Vasco)  
María Asunción Garay Arostegui (País Vasco)

## Consejo asesor

Presidentes de las asociaciones autonómicas de FEAPP

**Marín Vargas Aragón**

Presidente FEAPP

**Monica García Ortega**

Vicepresidenta FEAPP

**Francisco Villegas**

Vicepresidente FEAPP

**Ricardo Guinea**

(expresidente de la WAPP)

**Rafael Cristina**

(Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial)

**Bienvenido Presilla Lihero**

(Asociación Vasca de Rehabilitación Psicosocial)

**Victor Roque Morales González**

(Asociación Canaria de Rehabilitación Psicosocial)

**Elisa Lucas Cardoso**

(Asociación Castellana y Leonesa de Rehabilitación Psicosocial)

**Eric Arques Martí**

(Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial)

**Juan José Martínez Jaramba**

(Asociación Española de Rehabilitación Psicosocial)

**Carolina Magoñón Rodríguez**

(Asociación Extremeña de Rehabilitación Psicosocial)

**David Tarrocher Redondo**

(Asociación Valenciana de Rehabilitación e Inserción Sociolaboral de Enfermos Mentales)

**Lluis Lalucet Ijo**

(FCN Salut Mental)

(Asociación Forum Dinicatives Assistencials i de Gestió en Salut Mental a Catalunya, Fundació Privada La Joventut Organitzada i Activa)

(Asociación Asturgalega de Tratamiento)

(Asociación Extremeña de Rehabilitación Psicosocial)

(Asociación Valenciana de Rehabilitación e Inserción Sociolaboral de Enfermos Mentales)

(FCN Salut Mental)

# CONTENIDOS

# CONTENTS

07

**EDITORIAL REVISTA FEARP  
Y en esto llegó el COVID.**  
And in this came the COVID

**ORIGINALES**  
ORIGINALS

**Ludopatía, alimentación y sueño en personas con trastorno  
mental grave.**  
Ludgopatry, food and sleep in people with serious mental disorder

Juan Iáñez-Mateo, Mariano Chioiz, Sergio Llaneras, María Marcos, Ana Gil, María Gil,

**Psiquiatría y Postpsiquiatría para un mundo en crisis (social,  
económica y climática),**  
Psychiatry and postpsychiatry for a world in crisis (social, economic and  
climate)

Jose García-Valdecasas Campelo, Amalia Vique-Asotolu, Miguel Hernández González,

**El manejo del dinero en los equipos de tratamiento asertivo  
comunitario.**

Money management in assertive community treatment teams.

Ramón Ramos-Ríos, Carmen Armas-Buruzáin, Esperanza Sánchez-Vázquez, Susana Gar-  
cía-Luengo Álvarez, Sara Lindares-Skita.

**Mejora de las actividades de la vida diaria en personas con  
esquizofrenia: Intervención desde la integración sensorial.**  
Improvement of activities of daily living in people with schizophrenia: In-  
tervention from sensory integration.

Luis Alberto Calder Resqueso José Ignacio Cano Arenillas, José María Criado Gutiérrez, Ana Belén  
Calvo Vera, Alicia Diez el Calle, Silvia Pérez, Silvia Cámara Barrio.

**Salud Mental, una responsabilidad vital.**

Mental Health, a vital responsibility.

Enrique González Camacho.

**Teleasistencia en Rehabilitación Psicosocial (I),  
...Una propuesta de intervención para un tiempo de confi-  
namiento por COVID-19.**

Telecare in psychosocial rehabilitation (I).... a proposal of intervention  
during the coronavirus lockdown

M<sup>rs</sup> Carolina Mariel Marrero, Desiré Alonso Ortega, Soledad A. Díaz Garrido, Sara Sánchez García,  
Joséfa Hernández Uroba, Ernesto Baena Ruiz.

**Teleasistencia en Rehabilitación Psicosocial (II),  
...Una propuesta de intervención para un tiempo de confi-  
namiento por COVID-19.**

Telecare in psychosocial rehabilitation (II).... a proposal of intervention  
during the coronavirus lockdown

M<sup>rs</sup> Carolina Mariel Marrero, Desiré Alonso Ortega, Soledad A. Díaz Garrido, Sara Sánchez García,  
Joséfa Hernández Uroba, Ernesto Baena Ruiz.

**INFORME  
REPORT**

**El impacto del Estado de Alarma por la crisis sanitaria CO-  
VID-19 en la atención de Rehabilitación Psicosocial.**  
The impact of the State of Alarm by the health crisis COVID-19 in the  
attention of Psychosocial Rehabilitation.

76

64

48

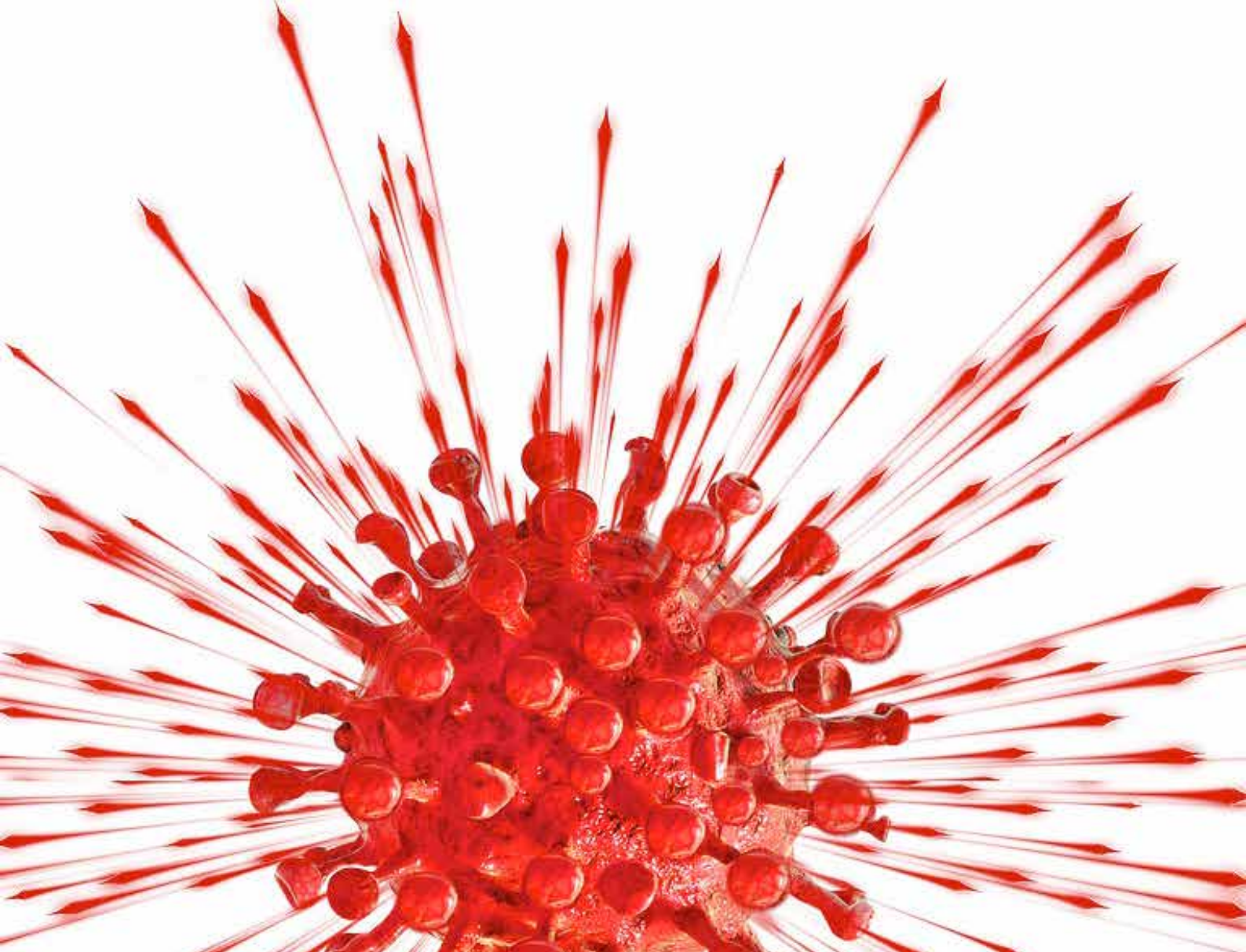
46

38

28

17

10



## Editorial Revista FEARRP Y EN ESO LLEGÓ EL COVID

Estábamos en nuestras cosas y, casi de un día para otro, cambiaron las reglas del juego. Aislarse es saludable, y hasta responsable. Las "adictivas" pantallas y móviles son ahora herramienta básica para mantener el contacto con los otros. El absentismo laboral y escolar se hace normal. Los profesionales sanitarios, que siempre animan a acudir a sus servicios, ahora te dicen que mejor que no vayas. Con la amenaza de la enfermedad y la muerte acechando. Una realidad más próxima a una película de ciencia ficción, un sueño o a un delirio. No hay ni fútbol.

Como ante cualquier cambio social, hay entusiastas de la modernidad, que ven la llegada de un tiempo nuevo que estaba a las puertas y escepticos del cambio, que consideran que en lo esencial, y tras el revuelo pasajero del confinamiento, las personas y las relaciones seguirán necesitando lo de siempre. Estas contradicciones, con todos sus matices, se irán diluyendo en el desarrollo de la "nueva normalidad", de momento con mascarilla.

Y también está la crisis económica que vendrá. Crisis que será, si no se producen repuntes graves de los contagios, de más impacto que la propia crisis sanitaria. Sin duda afectará a los presupuestos de las administraciones de las que dependerán los programas y servicios de RPS y a las posibilidades de inserción laboral de las personas con especiales dificultades.

El modelo de Recuperación, avance conceptual revolucionario respecto al modelo de curación/cronicidad, ayuda a entender como alguien que pasa una crisis en su salud mental, que desestabiliza su vida, se recupera. No se trata de reproducir exactamente lo que se tenía, sino de incorporar lo vivido, transitar los duelos, recuperar la responsabilidad y el control, mantener la esperanza y construir en definitiva una nueva normalidad. Y en eso estamos ahora todos, como ocurre tras cada crisis vital.

¿Como se van a recuperar las prácticas de la Rehabilitación Psicosocial en este nuevo contexto? El informe publicado en este número de la revista evidencia que, ha habido una creativa capacidad de adaptación de los servicios para mantener en lo posible el vínculo con las personas atendidas y de los profesionales entre sí. Una gestión que se ha realizado de forma muy autónoma en cada servicio dada la falta de preparación y directrices para una situación como la vivida. El uso de la atención telemática ha sido la herramienta en torno a la cual se ha organizado la nueva manera de trabajar. Los medios telemáticos se han adaptado bien a la coordinación, a la organización del trabajo, al sistema de información y a la formación continuada. De hecho, en estos ámbitos ya se estaba realizando una progresiva transformación.

Pero en la atención a las personas, sin entrar en las limitaciones de accesibilidad que puede suponer en muchos casos la llamada brecha digital, lo cierto es que la entrevista o el grupo presencial no se pueden meter en un formato diferente como si no pasara nada. Hace falta desarrollar a partir de ahora, un trabajo de elaboración de metodologías de atención no presencial, más allá del fértil periodo de improvisación en el que lo telemático era la única opción. Los manuales están por escribir.

El reto ahora es recuperar la "presencialidad" como manera de trabajar, como manera de relacionarse. Es necesario el reencuentro con las personas, lugares y estilos que hemos dejado apartados estos meses. Solo desde ese reencuentro, podremos incorporar lo telemático y los aprendizajes que todos hemos desarrollado, y que ahora toca digerir.

# ORIGINALES ORIGINALS



# LUDOPATÍA, ALIMENTACIÓN Y SUEÑO EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

## LUDOPATHY, FOOD AND SLEEP IN PEOPLE WITH SERIOUS MENTAL DISORDER

Juan Lázaro-Mateo(1), Mariano Chóiz(2), Sergio Lacamara(1), Marta Marcos(2), Ana Gil (3),

(1) Centro de Referencia Estatal de Atención Psicosocial (CREAP),

(2) Universitat de València, Valencia, España.

(3) Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España.

Correspondencia: Juan Lázaro Mateo, Centro de Referencia Estatal de Atención Psicosocial (Creap),

C/Terrateig, número 5, 46006, Valencia, España. Tel.: +34 9634003250. E-mail: jlazarom@ej.ardid.org.

### RESUMEN

La escasez de tratamientos validados específicos para tratar la patología dual en el caso de comorbilidad entre ludopatía y trastornos mentales graves (TMG) como la esquizofrenia (EZO) y el trastorno bipolar (TB) hacen patente la necesidad de generar nuevos estudios que ilustren tanto la incidencia de esta patología dual como las características de la población que la sufre. Los objetivos del presente estudio han sido, por un lado, aportar información sobre la proporción de usuarios de centros de salud mental que sufren también una adicción al juego y por otro, realizar un análisis descriptivo/relacional entre la sintomatología clínica y la del juego patológico. Para ello han participado 9 centros de salud mental de diferentes comunidades autónomas (n = 640), seleccionando una muestra de 40 participantes divididos entre usuarios con adicción al juego (n = 20) y un grupo control de igual tamaño (n = 20) y diagnósticos. Se han utilizado dos escalas estandarizadas, la escala NODS para evaluación de la adicción al juego y la escala SCL-90 para la evaluación de síntomas clínicos. El estudio aporta datos de correlaciones, diferencias de medias y método de descomposición Oaxaca-Blinder. Los resultados muestran una prevalencia superior a la incidencia en población general, siendo su distribución similar en todos los centros participantes además de diferencias significativas (p<0.05) entre ambos grupos en variables clínicas y de estilo de vida.

Palabras clave: Juego Patológico, Trastorno Mental Grave, Sintomatología, Prevalencia.

### ABSTRACT

The shortage of specific validated treatments to treat dual pathology in comorbidity between pathological gambling and mental disorders such as schizophrenia (EZO) and bipolar disorder (TB) that illustrate both the incidence of this pathology and the characteristics of the population that suffers it. The objectives of the present study have been to provide information on the proportion of users of mental health centers, as well as an addiction to gambling and on the other, to perform a descriptive / relational analysis between clinical symptoms and pathological gambling. For this they have participated 9 mental health centers from different areas of the national territory (n = 640), selecting a sample of 80 participants divided into two groups: users with gambling addiction (n = 40) and a control group of equal size (n = 40) with similar diagnoses. Two standardized scales were used, the NODS scale for the evaluation of gambling addiction and the SCL-90 scale for the evaluation of clinical symptoms. The study provides correlation data, mean differences and Oaxaca-Blinder decomposition method. The results show a higher prevalence than the incidence in the general population, its distribution being similar in all participating centers, as well as significant differences (p < 0.05) between both groups in clinical and lifestyle variables.

Keywords: Gambling, Pathological, Mental Disorders, Severity, Prevalence, symptoms



## INTRODUCCIÓN

Existen estudios que relacionan el juego patológico y los trastornos mentales graves con otros factores, como la impulsividad de los ludopatas (1), la ludopatía y los trastornos de personalidad (2), el trastorno mental y otros adicciones (3, 4, 5, 6, 7), pero apenas existe bibliografía sobre la comorbilidad entre el juego patológico y el trastorno mental grave.

Los estudios existentes que se aproximan a tratar esta dualidad lo hacen tangencialmente y señalan que el diagnóstico de trastornos psicóticos se relaciona con menores porcentajes de altas terapéuticas en las personas con adicciones (8). Y más allá de la bibliografía, en el ámbito de la intervención con personas que padecen Trastorno Mental Grave (TMG) cada vez que aparece un caso de patología dual entre un TMG y la ludopatía, los profesionales encuentran grandes dificultades para realizar su intervención (9). Lo cual se agrava con la carencia de bibliografía especializada.

A la gravedad de los problemas mentales se debería sumar también el efecto cronificador de los estilos de vida permisivos para la salud que puede conllevar una ludopatía. La investigación empírica ha mostrado esta interacción en la adicción al juego por internet dado que su constante disponibilidad, conduce a menudo a problemas vinculados con los patrones de sueño y alimentación (10).

A su vez, la falta de sueño, contribuye al desarrollo y mantenimiento de desórdenes relacionados con la función cerebral de recompensa, propiciando el juego compulsivo, desórdenes alimentarios, abuso de sustancias y trastornos del humor (11). Esta asociación es más evidente en enfermedades en las que está involucrado el sistema hormonal orexinal/hipocretina que conduce a un incremento de la ingesta alimentaria, consumo de alcohol, dificultad al sueño y facilita el gasto de energía y la impulsividad (12).

Por tanto, el sueño y la alimentación constituyen comportamientos en este caso de riesgo, antecedente y consecuente, que pueden comprometer la salud y el tratamiento de las patologías relacionadas con el juego. Pero de manera complementaria se pueden constituir en factores protectores y saludadores ya que estos factores se aprenden y consolidan en un contexto social. Investigar sobre ellos posibilita planificar estrategias preventivas y promotoras de la salud.

Por ello, ante las dificultades encontradas en el tratamiento de las personas con algún trastorno mental grave (TMG) conorbido con juego patológico, es necesario encontrar y analizar diferentes hipótesis explicativas.

El objetivo de este estudio es analizar las diferencias en síntomas clínicos entre personas con TMG con trastorno de juego sin problemas de juego y observar hasta qué punto se encuentran comprometidos sus patrones de sueño y alimentación.

## MÉTODO

### Participantes

Se seleccionó una muestra de 40 usuarios que estaban en tratamiento en 9 Centros de rehabilitación psicosocial para personas con problemas de salud mental de Castilla y León, Aragón, Cataluña y Comunidad Valenciana. La población total de personas atendidas entre estos 9 centros es

de 640 personas. Se realizaron pruebas psicométricas para la identificación de pacientes con problemas de juego patológico entre aquellos que quisieron participar, identificando en total a 20 personas como jugadoras patológicas. Los profesionales que colaboraron en el estudio señalaron que esta cifra podía ser mayor puesto que otros pacientes mostraban conductas de juego problemático, pero dado que estos otros no quisieron participar, la muestra final fue de 20 usuarios en el grupo con adicción al juego y otros 20 sin problemas de juego en el grupo control. La configuración del grupo de control no fue mediante aleatorización sino mediante un proceso de matching, en el que se seleccionaron a pacientes que además de no mostrar problemas de juego en las pruebas psicométricas, tenían características clínicas y socioeconómicas similares a las del grupo experimental. De tal modo en ambos grupos hablar: 1 mujer y 19 hombres; 12 personas con esquizofrenia y 8 con trastorno bipolar en edades comprendidas entre los 25 y los 60 años, con un promedio de edad de 43 años.

Para entender cómo comportamientos saludables (Dormir con Problemas y Sin Ganas Comer) cambian entre el grupo de control y el grupo experimental se lleva a cabo el método de descomposición de Blinder-Oaxaca. Este estadístico nos permite entender la diferencia en las medias de una variable dependiente entre los dos grupos al descomponer la diferencia en los efectos dotación, efectos coeficientes e interacción de ambos efectos. De tal manera, la diferencia en los comportamientos entre ambos grupos se puede entender por las diferencias en las características controladas por las variables explicativas (efecto dotación) o por el impacto de estas características en la adopción del comportamiento (efecto coeficientes).

### Instrumentos

Se administró a los participantes una escala para evaluación de juego patológico con la que se identificaron a los participantes que formaban el grupo experimental y también a los que podían formar parte del grupo de control. Mediante otra escala de evaluación de síntomas clínicos se obtuvieron puntuaciones que permitían comparar la gravedad sintomatológica de ambos grupos.

Para la evaluación del trastorno de juego se utilizó la escala la NORC DSM-IV SCREEN (NODS) for Gambling Problems (139), la cual está compuesta por 17 ítems orientados a medir la sintomatología descrita para el juego patológico en el DSM-IV y actualmente en el DSM-5. Es una de las escalas más utilizadas a nivel internacional actualmente para la evaluación del juego patológico.

Para la medición de los síntomas clínicos se utilizó la escala Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R) (14); 15). El SCL-90-R es un es un instrumento de cuantificación sintomatológica diseñado en la Universidad Johns Hopkins que permite evaluar una amplia gama de síntomas psicológicos y psiquiátricos, tanto en población clínica, como en población normal. Es una de las más utilizadas en la investigación con personas con trastorno mental grave. Esta escala presenta 90 ítems que reflejan sintomatología y que se agrupan para formar 11 constructos a saber: Somatización, Obsesivo-Compulsivo, Sensibilidad Social, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad Fóbica, Ideación Paranoide, Psicoticismo, Ítems Adicionales y el Índice Global de Severidad (GIS).

## RESULTADOS

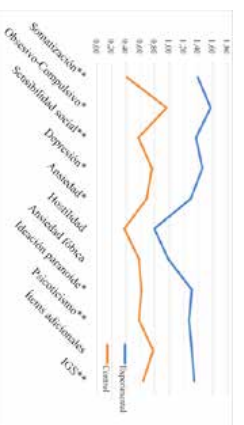
Se realizaron análisis de comparación de medias entre las

puntuaciones obtenidas. La prueba T mostró que la diferencia de medias resultó estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ) en los factores obsesivo-compulsivo, depresivo, ansioso y paranoide. Más relevantes todavía resultaron las diferencias altamente significativas ( $p < 0,01$ ), en los factores de somatización, sensibilidad social, psicoticismo y en el índice global de severidad, tal y como se puede observar en la tabla 1 y en la gráfica 1. En cuanto a la hostilidad y ansiedad fóbica, no aparecieron diferencias estadísticamente significativas. WW

Tabla 1. Diferencia de medias para las diferentes facetas del SCL-90-R.

	Juego patológico	Control
Somatización**	1,39	,41
Obsesivo-Compulsivo*	1,57	,97
Sensibilidad social**	1,37	,58
Depresión*	1,46	,77
Ansiedad*	1,29	,69
Hostilidad	,79	,38
Ansiedad fóbica	,99	,59
Ideación paranoide*	1,31	,62
Psicoticismo**	1,27	,58
Ítems adicionales	1,31	,78
Índice Global Severidad**	1,34	,64

Gráfica 1. Diferencias de medias de los grupos.



Para el cálculo de la prevalencia se tuvieron sólo en cuenta los 20 participantes que fueron positivamente identificados como jugadores patológicos con el NODS, tomando como referencia el total de la población atendida por los centros que colaboraron en el estudio. Esta prevalencia es del 3,12%. Otros usuarios de estos recursos fueron señalados por los profesionales de los mismos como posibles jugadores, pero ante su negativa a participar no pudieron ser identificados como tales.

El método de descomposición de Oaxaca-Blinder demuestra que los pacientes del grupo experimental presentan valores superiores en problemas para dormir y no tener ganas para comer que los pacientes del grupo de control. Dicha diferencia, más que debe verse al efecto dotación (di-

ferencias en las características controladas de ambos grupos mediante a las variables explicativas), se justifica por el efecto coeficientes (diferencias en la repercusión de las variables explicativas). Es decir, las diferencias en Dormir con Problemas (Ítem 66) y Sin Ganas Comer (Ítem 60) entre ambos grupos no se justifica porque tengan distintas edades o residan en distintas comunidades autónomas, si no en el impacto que tienen estas características.

Tabla 2. Método de descomposición Oaxaca-Blinder.

	Dormir con Problemas		Sin Ganas Comer	
	Coefficiente	P-value	Coefficiente	P-value
Grupo Control	0,35	0,99	0,30	0,03
Grupo Experimental	1,30	0,00	1,35	0,00
Diferencia	-0,95	0,02	-0,85	0,07
Efecto Dotación	0,11	0,60	0,16	0,62
Efecto Coeficientes	-1,00	0,01	-0,83	0,10
Interacción Efectos	-0,02	0,91	-0,17	0,70

Variables Dependientes: Sin Ganas Comer y Dormir con Problemas (0= Nada o Mucha).  
Variables Explicativas: Edad y comunidad autónoma de residencia.

## DISCUSIÓN

Los datos reflejados en este estudio muestran que posiblemente el juego patológico agrava la sintomatología en las personas con trastorno mental grave. La diferencia de medias resultó estadísticamente significativa (0,05) en los factores obsesivo-compulsivo, depresivo, ansioso y paranoide. Más relevantes todavía resultaron las diferencias altamente significativas (0,01) en los factores de somatización, sensibilidad social, psicoticismo y en el índice global de severidad.

Respecto a la prevalencia de la ludopatía en los centros participantes, la cifra correspondiente a la población analizada es del 3,12%. Sin embargo esta cifra está sólo orientativa, puesto que algunos de los usuarios de los centros que colaboraron en el estudio, mostraban conductas ludopáticas pero se negaron a participar, por lo que cabe pensar que la prevalencia real es mayor. No obstante es necesario realizar más estudios con en esta misma línea aumentando la muestra analizada para poder obtener una cifra con un mayor nivel de confianza. A pesar de ello, la diferencia con la prevalencia en la población general, que es del 0,72% en España (16), es considerable, siendo en el caso de las personas con trastorno mental grave cuatro veces mayor que en la población general. Estos datos apoyan otros en los que se señala a los trastornos mentales graves como factores de riesgo para el desarrollo de una adicción (8).

Para los profesionales de la salud mental es muy difícil abordar esta patología dual. Según Larranaga (2006), la dificultad más grande en el abordaje de la comorbilidad es que estos pacientes son difíciles de enganchar por las frecuentes recaídas por el uso de drogas. Es difícil conseguir la motivación al tratamiento. Este es uno de los puntos más importantes y cruciales, ya que la persona debe aceptar el tratamiento de la patología psiquiátrica y posteriormente, el del problema adictivo. Con los pacientes psicóticos, indi-

ca que se debe ser más flexible por su alta vulnerabilidad ya que no puede haber una hiperestimulación, ni tampoco la misma intensidad y severidad de los programas habituales. Pero a pesar de existir este tipo de observaciones en la bibliografía, no existen tratamientos específicos validados para jugadores patológicos con trastorno mental grave. Por ello es necesario desarrollar tratamientos específicos para las personas que padecen un trastorno mental grave en comorbilidad con la adicción al juego.

El desarrollo de estos tratamientos específicos deberá considerarse obligatoriamente los estilos de vida de sus pacientes. En este artículo se ha constatado como comportamientos tan básicos como los patrones de sueño y alimentación se encuentran comprometidos. El cambio de hábitos en este sentido, requiere de medidas rehabilitadoras de la salud en la que se tenga en cuenta tanto al individuo como a su contexto de referencia.

#### AGRADECIMIENTOS

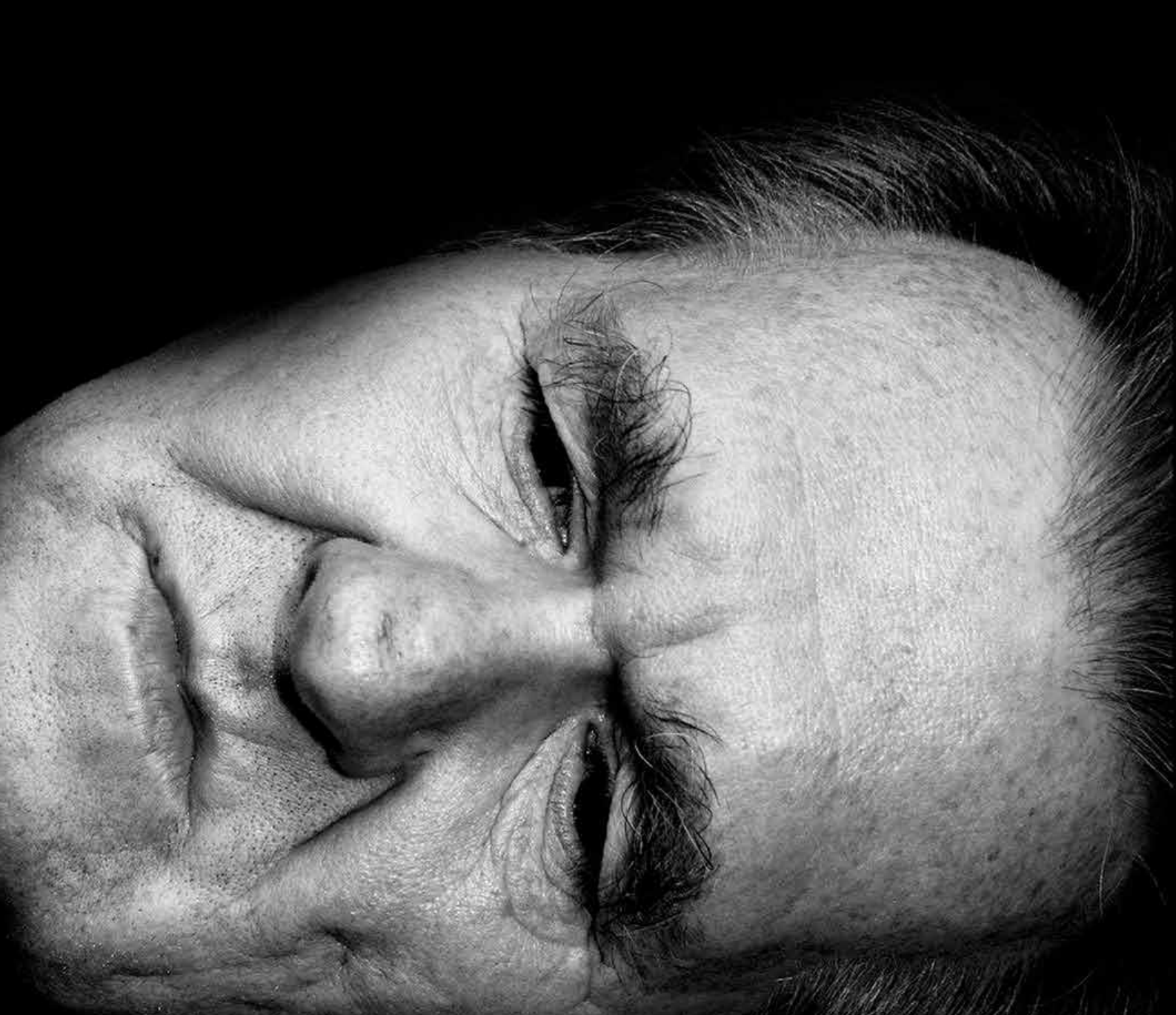
La muestra fue analizada en 9 centros pertenecientes a centros de entidades sin ánimo de lucro especializadas en el tratamiento rehabilitador de personas con trastornos mentales graves, la fundación Rey Ardid, fundación Els Tres Turons, fundación Intraz, fundación SASMI y fundación Les Corts.

#### DECLARACIONES

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses en la realización de esta investigación.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Odrizola E, Amor P, Yuste J. Atenuación de la responsabilidad penal en la ludopatía. Bases Psico-patológicas. Psico-patología Clínica Legal y Forense. 2000;1: 59-77.
2. Kruedeldach N, Walker H, Chapman H, Haro G, Matau C, Leal C. Comorbilidad de trastornos con pérdida del control de impulsos: ludopatía, adicciones y trastornos de la personalidad. Actas españolas de Psiquiatría. 2006;34(2): 76-82.
3. Ross H, Lin E, Cunningham J. Mental health service user. A comparison of treated and untreated individuals with substance use disorders in Ontario. Can J Psychiatr. 1999;44(6):570-577.
4. Krausz M, Verheul HJ, Degkwitz B. Psychiatric comorbidity in opiate addicts. Eur Addict Res. 1999;05(2):55-62.
5. Laranjaga JL. Comorbilidad de trastornos mentales y adicciones. En: Ponencia presentada en el VII Congreso Nacional de Psicología Dual. 2006.
6. Laporte A, Vandentonnen S, Delrez MA, Douay C, Le Strat Y, Le Mener, E. Prevalence of mental disorders and addictions among homeless people in the greater Paris area, France. Int J of environ res. 2018;15(2):241.
7. Regrasson G, Ingason A, Euesden J, Bjornsdottir G, Olfsson S, Sigurdsson E et al. Polygenic risk scores for schizophrenia and bipolar disorder associate with addiction. Addict Biol. 2018;23(1):485-492.
8. Madec-Guimple A, Weant V, Fuentes EL, Mangado E. Variables predictorias del alta terapéutica entre pacientes con patología dual grave atendidos en una comunidad terapéutica de drogodependencias con unidad psiquiátrica. Adicciones. 2013;24(4):300-308.
9. Becoña E. Prevalencia del juego patológico en Galicia mediante el NODS. ¿Descenso de la prevalencia o mejor evaluación del trastorno? Adicciones. 2004;16(3):173-184.
10. Gainsbury SM, Rused A, Wood R. How risk is internet gambling? A comparison of subgroups of internet gamblers based on problem gambling status. New Media Soc. 2015;17(6):861-879.
11. Mulling BC, Phillips ML, Siegle GJ. Sleep deprivation amplifies striatal activation to monetary reward. Psychol Med. 2013;43(10):2215-2225.
12. Bayardand S, Dauvilliers VA. Reward-based behaviors and emotional processing in human with narcolepsy/cataplexy. Front Behav Neurosci. 2013; 5(7): 1-7.
13. Gerstein D, Volberg R, Toce T, Harwood H, Johnson R, Bai T, Hill M. Gambling impact and behavior study: Report to the national gambling impact study commission. Chicago: National Opinion Research Center; 1991.
14. Derogatis L. Misuse of the Symptom Checklist 90. Arch Gene Psychiatr. 1983;40(10):11-52.
15. González de Rivera JL, Derogatis LR., De las Cuevas C, García Marco R, Rodríguez-Pulido F, Henry-Beritez M, Monterrey AL. The Spanish version of the SCL-90-R: Normative data in the general population. Towson: Clinical Psychometric Research; 1989.
16. Cholíiz M, Marcos M, Lizaro-Mateo J. The Risk of Online Gambling: a Study of Gambling Disorder Prevalence Rates in Spain. International Journal of Mental Health and Addiction. 2019;1: 1-14.
17. Paredes, M, y Sardoval, G. Perfil clínico de personalidad mediante el Inventario Clínico Multiaxial (MCMI-II) en población ludópata del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hildego Noguera. Revista Científica de Ciencias de la Salud. 2011; 4(1):5-13.



# PSIQUIATRÍA Y POSTPSIQUIATRÍA PARA UN MUNDO EN CRISIS (SOCIAL, ECONÓMICA Y CLIMÁTICA).

PSYCHIATRY AND POSTPSYCHIATRY FOR A  
WORLD IN CRISIS (SOCIAL, ECONOMIC AND  
CLIMATE).

Autores: Jose García-Valdecasas Campello \*, Amalia Wispe Astola \*\*, Miguel Hernández González \*, P. Siquiera. Hospital Universitario de Canarias. Servicio Canario de Salud.  
\*\* Enfermera especialista en Salud Mental. Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria. Servicio Canario de Salud.

Correspondencia: Jose García-Valdecasas Campello  
Avenida de Madrid nº 11, portal 5, piso 8-B  
38007 Santa Cruz de Tenerife  
Correo electrónico: jose\_valdecasas@hotmail.com

## RESUMEN:

Revisamos los enfoques críticos hacia la psiquiatría biológica hegemónica, conocidos genéricamente como 'postpsiquiatría', sus orígenes y características principales, sin perder de vista su diversidad, lejos de poder considerarse un movimiento único y homogéneo. Nos detenemos en los puntos que nuestro grupo considera fundamentales de la postpsiquiatría, a nivel filosófico, clínico, ético y político. En relación con el aspecto social del enfoque bio-psico-social que todos decimos aceptar, nos detenemos en un breve análisis de nuestra sociedad capitalista y de sus consecuencias sobre las personas que atendemos, sobre nosotras mismas y, por último, sobre el mismo equilibrio climático del planeta y el riesgo que eso supone para todos.

Palabras clave: postpsiquiatría, industria farmacéutica, cambio social, capitalismo, cambio climático.

## ABSTRACT:

We review the critical approaches towards hegemonic biologic psychiatry, known generically as 'post-psychiatry', its origins and main characteristics, without losing sight of its diversity, far from being considered a unique and homogeneous movement. We stop at the points that our group considers fundamental to post-psychiatry, at the philosophical, clinical, ethical and political level. In relation to the social aspect of the bio-psycho-social approach that we all say we accept, we will stop in a brief analysis of our capitalist society and its consequences on the people we serve, on ourselves and, finally, on the very balance climate of the planet and the risk that this entails for everyone.

Key words: post-psychiatry, pharmaceutical industry, social change, capitalism, climate change.

## INTRODUCCIÓN

Nos proponemos en este trabajo hablar acerca de la "postpsiquiatría", en tanto parece ser un movimiento u orientación (o vaya usted a saber qué cosa), de la que se habla cada vez más y que, en algunos colectivos profesionales, está teniendo un ímpetu creciente planteándose la posibilidad de que eso conlleve cambios en nuestro trabajo tal como lo conocemos, tanto a nivel teórico como práctico. Vamos a ver cómo se nos da.

Lo primero a tener en cuenta al hablar de postpsiquiatría, si se quiere empezar por el principio, es saber a qué "psiquiatría" nos referimos, porque ya ese primer término no está carente de ambigüedad. La psiquiatría aquí referida es, obviamente, la considerada "oficial" o "académica"; la mayoritaria en nuestros entornos: una psiquiatría que gusta de definirse como biológica pero que suele limitarse a una neuroquímica simplona y que algunas, no sin demasiada malicia, tidamos de biocomercial. Evidentemente, no todos los psiquiatras (y aquí nos permitian que, por comodidad para la exposición, se sientan incluidos todos los profesionales, ya sean enfermeros, médicos, trabajadores sociales, psicólogos, auxiliares, etc.) practican este tipo de psiquiatría y además, muchos de los que lo hacen son por otra parte excelentes profesionales. Pero al hablar de esta psiquiatría hegemónica en las últimas décadas si aclaramos lo que viene siendo el modelo tanto teórico como práctico de psiquiatría que se desarrolló en nuestra cultura en este momento histórico, una disciplina médica, empujada en que se reconozca el estatus biológico de los trastornos que trata, entregada a la industria farmacéutica (en cuanto a investigación científica, promoción de trastornos y marketing de fármacos mucho menos eficaces y seguros de lo que nos han vendido), y con clara tendencia al autoritarismo y el paternalismo, cuando no directamente a la coerción desmedida. Heme a esta psiquiatría, que todos conocemos y la mayoría hemos practicado en algún momento u otro, surgió la postpsiquiatría.

Al hablar de postpsiquiatría, es necesaria también una aclaración conceptual previa. No hay una postpsiquiatría sino muchas y, además, poco definidas y no claramente diferenciadas. Intentaremos en este trabajo explicar qué es la postpsiquiatría para nosotros, pero hay otros muchos posicionamientos críticos a la psiquiatría mayoritaria y no raramente enfrentados entre sí, por disputas no menores. Nos ha gustado en ocasiones recurrir a la metáfora de la trinchera, desde donde las tropas críticas postpsiquiátricas se enfrentan a la psiquiatría hegemónica en desigual combate. Pues bien, nos tememos que la trinchera, por momentos, llega a estar casi en situación de guerra civil. Otra aclaración más se suele usar con frecuencia el término de "psiquiatría crítica" en nuestra opinión casi como sinónimo de postpsiquiatría y no vemos problema en intercambiar uno y otro.

## ORÍGENES

Entrando ya en materia, se podría poner una fecha de origen para la postpsiquiatría en 2001, cuando Bracken y Thomas publicaron en el *British Medical Journal* el artículo titulado en castellano: "Postpsiquiatría: un nuevo rumbo para la salud mental" (1). Por supuesto, este trabajo no surge de la nada, pero sí recoge una serie de hilos que todavía no se habían entrelazado y crea con ellos algo nuevo. Y, además, hasta donde sabemos, le da el nombre al nuevo movimiento que propugna. Este artículo apunta ya varias líneas maestras de la corriente crítica que ellos comienzan a lla-

mar "postpsiquiatría". Por un lado, su ubicación explícita en una posición filosófica postmoderna, por contraposición a las grandes corrientes de la modernidad que aspiraban a dar explicaciones verdaderas y completas. Es decir, valora los discursos y las narraciones sin obsesionarse por su valor de verdad o corrección, respetando y relativizando las diferencias, tanto entre diferentes orientaciones psiquiátricas como, por supuesto, reconociendo las propias experiencias y explicaciones de las personas atendidas, en cuanto portadoras también de narraciones potencialmente útiles y siempre respetables. Este reconocimiento explícito de la posición filosófica de cada vez, más tristemente teorificada y negligente de los postulados filosóficos en los que se basa y de las consecuencias de los mismos (por ejemplo, un modelo biologicista estricto que explicase toda conducta por la neuroquímica cerebral y todo trastorno por alteraciones en dicha neuroquímica dejaba fuera de luego cualquier noción de responsabilidad sobre los propios actos de las personas diagnosticadas, conclusión difícil de aceptar si queremos seguir creyendo en el libre albedrío). Bracken y Thomas plantean en este artículo fundacional otros puntos básicos, como son la importancia de los contextos, ya sean políticos, culturales o sociales, sin negar a su vez la importancia de lo biológico pero rechazando su hegemonía, definiendo una orientación ética más que tecnológica, y rechazan las prácticas coercitivas, rechazando que ahora es más que explícito incluso desde ámbitos profesionales pero que en aquel 2001 sonaba sin duda poco común, viniendo de dos profesionales.

Este artículo nos marcó, por ser la primera vez que entramos en contacto con una crítica clara de muchas de las cosas que ya nos incomodaban en nuestro trabajo diario y que tal vez no habíamos sabido explicar nos ni a nosotros mismos.

Hay un trabajo posterior escrito también por Bracken y Thomas, junto a otros 27 autores, que fue publicado en el *British Journal of Psychiatry* en 2012, una década tras el primero, que se titula en castellano "La psiquiatría más allá del paradigma actual" (2). Es interesante porque en él ya no se emplea el término "postpsiquiatría", pero la crítica hacia la psiquiatría oficial es feróz y por sí mismo más débil, presenta un amplio conjunto de trabajos guiados por los estándares de la medicina basada en la evidencia que demuestran que la eficacia de los tratamientos psiquiátricos es mucho menor y los datos de seguridad y tolerancia mucho más preocupantes de lo que habíamos creído (o habíamos dejado que nos contaran).

A lo largo de esta primera década del siglo XXI fuimos viendo aparecer distintas líneas críticas con la psiquiatría tal como la conocíamos y practicábamos. Por supuesto, seguían resistiendo el paradigma biologicista pero tal vez no tanto sus prácticas habituales a nivel de medicación o coerción entendida de un modo más o menos paternalista. Pero surgen nuevas voces. En 2003 Ivan de la Mata y Alberto Ortiz, dos de los autores más respetables de la psiquiatría crítica en este país, publicaron un artículo en la *Revista de la AEN* titulado sencillamente "Industria farmacéutica y Psiquiatría" (3), poniendo negro sobre blanco la influencia de la industria sobre los profesionales de la psiquiatría y denunciando una situación que, dentro es decirlo, ha mejorado de forma muy escasa.

No queremos aburrirnos con una descripción extensa de toda la bibliografía que surgió en aquellos años, pero sí

mencionar algunos textos más que fueron creando una masa crítica de reflexiones y evidencias que a su vez fue dando forma a la psiquiatría crítica o postpsiquiatría en este país y en otros: Robert Whitaker, periodista, publica en 2002 "Mad in America" (4), libro donde cuestiona la ética, seguridad y ética de las intervenciones psiquiátricas, el mismo autor escribe "Anatomía de una epidemia" (5), sobre la exagerada proliferación de trastornos mentales con poca seriedad a la generalización del uso de psicofármacos, cada vez más extendidos; Joanna Moncrieff, "psiquiatra inglesa, escribe varios libros ("El mito de la cura química" (6), "Hablando claro" (7), etc.) en los que expone su desconfianza del planteamiento de que los psicofármacos no curan desequilibrios químicos previos (que nadie ha demostrado que existan en los diferentes trastornos) sino que, en base a sus efectos neuroquímicos, provocan estados mentales alterados que pueden tener efectos beneficiosos en el contexto del trastorno del paciente (o puede que no, evidentemente). Defiende Moncrieff el paso de un modelo centrado en la enfermedad (que se supone causada por tal alteración en la neurotransmisión) a un modelo centrado en el fármaco (que provoca una determinada alteración que puede resultarles terapéutica según el estado del paciente); investigadores como Harrow (8) o Wurdemink (9) encuentran resultados que demuestran que grupos de pacientes psicóticos sin medicación a largo plazo presentan mejores datos de recuperación funcional que los grupos de pacientes medicados y que ni siquiera estos están más libres de síntomas; el psiquiatra inglés Ben Goldacre publica "Bad Pharma" (10), sobre la intolerable manipulación llevada a cabo por la industria farmacéutica para controlar y tergiversar los resultados de la investigación científica, así como la formación de los profesionales, cuando no su soborno apenas disimulado, para engañar cada vez más las prescripciones y con ellas sus cuentas de resultados... Pontara aun seguir más, mencionar a David Healy (11), María Carmora (12), John Reaid (13), Richard Bentall (14), Alberto Fernández Lira (15), Marino Pérez (16), Hector González (17), Manuel Desvát (18), Beatriz Rodríguez Vega (19), Mikkel Valverde (20), José Inchausti (21), Emilio Pol Yanguas (22)...

**PUNTOS FUNDAMENTALES** (para nosotros)

En nuestro país hubo una auténtica explosión de blogs, artículos, charlas informales, ponencias, etc., a lo largo de esta década que acaba, con distintas visiones más o menos postpsiquiátricas. Nosotros mismos empezamos nuestro blog en 2010 (23) y publicamos nuestro libro un poco como recopilación de todo lo reflexionado en 2018 (24). Creemos que ahora es buen momento para mirar atrás y recapitular, antes de ver hasta dónde debemos ahora encaminarnos. Lo que nos lleva de nuevo al tema: ¿qué es la postpsiquiatría? Recordando siempre que nos referimos a lo que es para nosotros y que otros autores darían visiones más o menos diferentes, vamos a atrevernos a señalar sus puntos claves:

- Posición filosófica postmoderna, como rechazo a los grandes metarrelatos que aspiraban a explicar todo, ya sean, por ejemplo, el cristianismo, el marxismo, el psicoanálisis, el biologicismo, etc. No se rechazaban esas ideas pero tampoco se acepta su estatuto de verdad como obvio o evidente, siendo valoradas en lo que de útil o significativo puedan tener para distintos individuos o grupos humanos, pero en ningún caso como modelos verdaderos de cómo es el ser humano o la sociedad que forma.

La postpsiquiatría diferenciaría entre un discurso científico psiquiátrico que configura un determinado saber, una disciplina y, por otro lado, un dispositivo que ejerce determinado poder, desde un enfoque ético y político determinado. Siguiendo un enfoque postmoderno, nuestra postpsiquiatría marcaría una clara diferencia entre saber científico y saber narrativo y, a partir de ahí, creemos que se puede afirmar que la psiquiatría posee un saber que es esencialmente narrativo, aunque pretenda presentarse como científico. Lo que a su vez provoca determinadas consecuencias a la hora de la aplicación práctica de la disciplina, tanto sobre personas individuales como influyendo en la configuración de la misma sociedad en la que funciona. En nuestra cultura, no es el mismo poder el que se reconoce a una disciplina científica que a uno narrativo. Tal vez sí se revelara que el verdadero estatuto del saber psiquiátrico no es el de la ciencia, no sería tan grande el poder del que disponía a la hora de ejercer sus funciones de control social, de las que no deberíamos de hablar luego.

Continuando con la explicitación de nuestras coordenadas filosóficas, en la irresoluble controversia entre determinismo y libertad, creemos necesario abrazar la idea del libre albedrío, incluso aunque pudiera no ser más que una ilusión por ser imprescindible para articular una ética que permita sociedades que puedan llamarse humanas.

Defensa radical de puntos de vista feministas como inequívocos y, como veremos más tarde con algún detalle, un ecologismo imprescindible para la supervivencia de la especie humana en el planeta a medio plazo. Planeamos también, y es importante explicitarlo, una visión de la identidad de género como construcción cultural -como tantas otras-.

No es posible minusvalorar la carga de subjetividad que implica el encuentro psiquiátrico. Consideramos imposible la pretensión de objetivar síntomas o signos para llegar a un pretendido diagnóstico atóxico. El diagnóstico estará siempre condicionado por el bagaje previo del profesional, la situación de la persona atendida y el contexto que los entrelaza. No hay tal cosa como una analítica o una prueba de imagen que nos dé un diagnóstico de certeza. Eso, evidentemente, tiene sus implicaciones en cuanto a la inherente relatividad de cualquier clasificación de trastornos mentales, independientemente de su antigüedad o actualidad. Como dijo alguien, un líquido turbio no se aclara cambiando de recipiente. El vocabulario psicopatológico, aunque tan querido por muchos, incluidos nosotros mismos, no es sino un mecanismo más de control sobre el otro, al arrogarnos la capacidad de nombrar lo que le ocurre, por mucho que no hagamos otra cosa que juegos de manos al llamar "hipomanía" a la tristeza o "alucinación acústica verbal" a las voces.

Se ha planteado también lo que la postpsiquiatría implicaría a nivel de cambio de paradigma en el sentido de Kuhn, como crítica feróz del actual paradigma biologicista (siempre bien apoyado por la psicología cognitivo-conductual, con la que tan buena parangia ha hecho durante todo el bache) y posterior entrada en una fase de ciencia madurada de la que surgiría un nuevo paradigma aún por concretar pero, en cualquier caso, de clara índole social.

- Para nosotros la postpsiquiatría implica también un acercamiento a los trastornos psiquiátricos como malestares, difícilmente catalogables o diferenciados, entre sí (intentamos evitar los eternos, fútiles y aburridos debates entre neurótico vs. psicótico, esquizofrénico vs. paranoico o bipolar vs. esquizoafectivo), a los que en otro tiempo juzgamos con pasión y siempre con nula utilidad para el paciente), pero estos trastornos serían claramente existentes como manifestaciones de sufrimiento y descontrol en muchas de las personas que atendemos. Nuestro planteamiento postpsiquiátrico implicaría un trabajo diagnóstico imprescindible, ya que no es igual la problemática que sufre una persona con síntomas que llevan a un diagnóstico de "esquizofrenia" que la que sufre otra persona que es catalogada como "trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad", por poner un ejemplo. No queremos hacer un ranking de malestares, pero en cualquier caso se trata de problemas y sufrimientos distintos que requieren abordajes diferentes. Un diagnóstico se hace imprescindible en cuanto a dilucidar "psicosis sí" o "psicosis no" y también es crucial para diferenciar lo que es agudo de lo que es crónico, y no tomar en cualquier caso lo primero por lo segundo. Por decirlo claramente: diferenciar si la persona que atendemos está o no local y si lo está pero deja de estarlo o permanece en ese estado. Diagnósticos más allá de ese punto son no solo difíciles sino probablemente inútiles.

- Un punto básico para nuestra postpsiquiatría y para la mayoría de enfoques psiquiátricos críticos en este país o en otros es la denuncia de la connivencia entre industria farmacéutica y profesionales sanitarios. La industria busca, como no puede ser de otra manera en el sistema económico en que vivimos (y sufrimos) su beneficio en términos de lucro, y esa búsqueda ha llevado, y está ampliamente documentado, a copiar la mayor parte de la investigación psiquiátrica actual, diseñando los estudios a su antojo, manipulando datos o conclusiones, ocultando los resultados negativos, comprando autores de supuesto prestigio para que pongan su nombre en los trabajos realizados por empresas pagadas por el laboratorio, etc. Junto a esto, se ha desplegado una ingente campaña de marketing incesante para influir en los profesionales, bien sobornados mediante viajes supuestamente formativos, comidas y cenas en restaurantes de poslujo y pagos de tres o cuatro cifras por leer una presentación de dispositivas facilitada por la empresa anunciadora a unos cuantos colegas. Y eso, sin entrar en cosas difícilmente confesables que vivió uno de *joventy*, aún se oyen de cuando en cuando por ahí... La industria, a través de su influencia bien engrasada económicamente en las asociaciones profesionales o de usuarios o familiares, así como en empleadores de las agencias reguladoras que luego pasan a trabajar para alguno de los laboratorios que supuestamente controlaban (como hizo también algún que otro ministro), deja sentir sumano en la redacción de las clasificaciones oficiales de trastornos mentales, de distintas guías clínicas o la aprobación de nuevos y caros psicofármacos que nada aportan en términos de eficacia o tolerancia frente a los antiguos, más conocidos (y, por tanto, más seguros) y usualmente más baratos... En fin, es un tema que hemos tratado hasta la extenuación (24) y en el que no han dejado de producirse ciertos avances, como la posición de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, algunas de sus actividades autonómicas o la Asociación Canaria de

Rehabilitación Psicosocial, por poner un ejemplo, de celebrar sus eventos sin patrocinio farmacéutico.

- Otra característica importante de la orientación postpsiquiátrica, al menos en alguna de sus formas, es el decidido posicionamiento a favor de la medicina basada en la evidencia (sin dejar de ser conscientes también de sus limitaciones). Lejos de una postura radical antipsicofármacos, creemos básico dejar que los estudios (haber aunque, por desgracia, su voz este muy empañada por la ingente cantidad de estudios con resultados negativos no publicados que podían modificar sensiblemente la valoración de estos fármacos o la más que denunciada manipulación de muchos de los resultados finales expuestos. Pese a ello, hay multitud de estudios que la postpsiquiatría interna divulgar sobre efectos secundarios de psicofármacos que deben ser adecuadamente considerados a la hora de establecer un balance riesgo-beneficio: posible atrofia cerebral por antipsicóticos a largo plazo (25), síndrome de abstinencia grave por antidepresivos (26), disfunción sexual por antidepresivos potencialmente no reversible (27), etc., etc. También son abundantes los estudios que cuestionan las supuestas eficacias de los fármacos que prescribimos: ausencia de eficacia diaria de antipsicóticos a largo plazo (28), dudas más que justificadas sobre si los antidepresivos son superiores al placebo en algún caso (29), etc. Debemos no el uso de los psicofármacos, sino su abuso, con dosis y en indicaciones muchas veces fuera de ficha técnica, con politerapias cada vez más frecuentes, con una inadecuada impresión de inocuidad que para nada corresponde con los efectos potencialmente dañinos que estos fármacos, sobre todo a dosis altas o por tiempos prolongados, pueden provocar.

- La postpsiquiatría muestra desde sus inicios una atención prioritaria a las voces y derechos de los afectados en primera persona por trastornos y malestares psíquicos, resaltando la importancia de las leyes de autonomía del paciente y los consentimientos informados a la hora de tomar decisiones sobre tratamientos y demás, no siempre respetados en nuestro entorno. Un punto de fricción entre distintos enfoques críticos es la pertinencia o no de los internamientos involuntarios con autorización judicial en caso de crisis aguda. Nosotras defendemos que, en tanto no existan otros recursos mejores, por el momento no es posible prescindir de estos ingresos involuntarios en unidades de agudos, en momentos de descompensación con posible riesgo para el paciente. Otro punto importante es el rechazo a la pretendida relación que desde algunos enfoques biológicos se establece entre malicia y locura, pretendiendo diagnosticar al asesino múltiple de turno de alguna psicopatología y olvidando que la psicosis es una categoría clínica y la malicia una categoría ética. Y para nada van asociadas de forma necesaria, como solemos decir, si el asesino múltiple necesariamente es un enfermo mental, ¿lo es el que da la orden de llevar a cabo asesinatos múltiples? ¿o es quien vota al líder político que luego da la orden?

- Planteamos un rechazo a categorías diagnósticas como el TDAH, que conceptualiza a niños con problemas y sufrimientos indudables como personas con centros supuestamente alterados que requieren de forma indefinida medicamentos que para nada han demostrado su eficacia a largo plazo y cuyos efectos secundarios pueden ser preocupantes. No digamos

ya trastornos como el TDAH del adulto (que vivimos nacer ante nuestros ojos no hace tantos años), o la famosa ansiedad social, que cambió el nombre de la timidez con sustanciosos beneficios para los duermes de la paroxista del momento, o como se baja el umbral de otros trastornos hasta acabar diagnosticando de bipolar a cualquier persona que pasa algunos días más acelerado de lo debido sin prestar la menor atención a si sus circunstancias no podrían explicarlos de manera más fácil...

En los años transcurridos desde la aparición de estos movimientos postpsiquiátricos, en sus variadas formas, sin duda se ha avanzado. Ha sido objeto de debate en varios parlamentos autonómicos la cuestión de las supuestas "listas de personas con problemas de salud mental, eligiendo se auditorías y protocolos que delimiten y serla la meta última, ignoramos si alcanzable, prohíban esa práctica. Cada vez más profesionales son conscientes de la no inocuidad de los psicofármacos que prescribimos y se preocupan por los potenciales efectos secundarios graves sobre todo a largo plazo que pueden aparecer. Ya no es en absoluto raro ver en congresos y jornadas de salud mental a personas diagnosticadas como voces en primera persona que desde las mesas de ponentes o desde el público hacen valer su voz, su experiencia, su sufrimiento y su opinión, en terreno antes totalmente vedados. También va aumentando la aparición de eventos formativos que son realizados con independencia de la industria farmacéutica, tanto en salud mental como en otras especialidades. Les aseguro que cuando empezamos nuestra vida profesional, hace unos veinte años, cualquier cuestión de las mencionadas era casi impensable. Por poner un último ejemplo, que creemos de especial interés, hace un tiempo se planteó un pequeño debate en una red social acerca de un artículo titulado: "¿Hay lugar para el consentimiento informado en los tratamientos de las personas con psicosis?" Una reflexión sobre el tratamiento de las psicosis" (30). El asunto no es baladí: una larga tradición en psiquiatría, aún mucho más vigente de lo que debería, defende que el paciente debe hacer lo que se le diga "por su bien" y que no ha lugar a que pueda negarse a un determinado tratamiento farmacológico o de otro tipo. Un ex-usuario de la psiquiatría dijo que el hecho de que se planteara tal título como una pregunta era no recordar el término exacto que empleó: ofensivo e inaceptable. Lo que muestra al mismo tiempo cuánto hemos avanzado y cuánto nos falta aún.

Cuando reflexionamos sobre estos avances, parece sencillo caer en la ilusión del progreso, de la inevitabilidad de esa postpsiquiatría que acabará con paternalismos, jarras y corrupciones diversas, sin embargo, como dejó establecido Newton en su tercera ley, a cada acción siempre se opone una reacción igual pero de sentido contrario. Y eso ha ocurrido también en nuestro asunto. Cada vez son más frecuentes declaraciones y artículos de supuestos expertos cuestionando las críticas que desde distintos ámbitos se realizan por los riesgos del uso de antipsicóticos a largo plazo o por la escasa eficacia de los antidepresivos, pretendiendo restar credibilidad a la voz de profesionales críticos, o negando voz y voto a personas diagnosticadas que intentan hacer valer sus razones. No obstante, no queremos dejar de insistir en que la postpsiquiatría es, variada y no deja de tener en su seno enfrentamientos por visiones diferentes. Por poner solo un ejemplo, las jornadas de la Asociación Madrileña de Salud Mental tienen cada vez más presencia de activistas de la salud mental en primera persona, que enfoca muchas veces los debates hacia la cuestión de la psiquiatría como dispositivo opresor y señalando

una semejanza entre las luchas por los derechos civiles de personas racializadas o LGTBI con las que llevan a cabo las personas diagnosticadas por la psiquiatría. Nosotras no compartimos esta visión, considerando que una persona de color o con una orientación homosexual no experimenta sufrimiento alguno si está en una sociedad tolerante y respetuosa con las diferencias y las minorías. Por el contrario, en nuestra experiencia, personas que experimentan lo que llamamos síntomas psicóticos sufren con frecuencia (no siempre, por supuesto) un intenso malestar a causa de esas experiencias con independencia de que luego la psiquiatría como instrumento de control social venga a añadir más dolor y opresión lo, en algunos casos, aliviar el sufrimiento, que de todo hay). Por otra parte, corrientes de psiquiatría crítica en Gran Bretaña celebran sus eventos sin participación de activistas en primera persona y están ahora con una intensa campaña de denuncia de la gravedad de los síndromes de retirada de antidepresivos, tan minusvalorados en la clínica habitual como en las guías clínicas al uso. Distintos enfoques críticos, no siempre bien avenidos.

El sistema psiquiátrico actual, contra el que pretendo alzar la postpsiquiatría intentando rescatar todo lo positivo y acabar con todo lo negativo, sigue colaborando con los mangos señalados de la industria farmacéutica y persiste negativamente en sus vicios y errores, paternalismo desbordado hacia los pacientes, que muchas veces no son tratados como adultos con sus derechos sino como cuidadas de segunda, medicalización de todo lo que pasa por la puerta de la clínica, sin saber redigir lo que con frecuencia son problemáticas sociales al ámbito social donde puedan ser susceptibles de solución, en vez de enfocarlos en un ámbito individual donde no harían otra cosa que criminalizar, etc., etc.

## CONTROL SOCIAL Y STATU QUO

Este es otro aspecto importante a destacar: parte de las críticas que hace la postpsiquiatría, o al menos algunos de los autores que con ella nos identificamos, se centra en la evidente función de la psiquiatría como instrumento de control social. La psiquiatría plantea una relación entre psiquiatría y paciente que es básicamente de dos tipos: el paciente es un "foco" sobre el que se ejerce un dominio que pretende controlar su conducta (con el encierro en el asilo clásico o con el tratamiento tranquilizador dispensado en las consultas modernas), o bien el paciente es un "fuente" preso de ansiedades y depresiones diversas, sobre el que se ejerce un dominio diferente, buscando su consuelo, su anestesia, su resignación, evitando así que malestares muchas veces de causa social sean vistos como tales, aplicándolos hacia expresiones exclusivamente individuales. Desde nuestro punto de vista, la tecnología de poder diagnóstica de "control del loco" que con tan gran alfilerio describió Foucault (31, 32) se ha visto en las últimas décadas acompañada de la tecnología de poder de "control del triste y el ansioso", desviando todo un caudal de malestar social a cauces de tranquilización individuales (ya sea con psicoterapias o fármacos de diversos tipos).

Este entramado que la psiquiatría dominante forma con y en la cultura de nuestro tiempo, como dispositivo de control social en los diversos aspectos que hemos comentado, acaba colaborando, en nuestra opinión, al mantenimiento del statu quo sociopolítico. El malestar originado en lo social se trata solo en lo individual (o familiar o a lo sumo), con tratamientos farmacológicos y terapias psicológicas que terminan por conducir a un detto adormecimiento. Aunque esta descripción de la psiquiatría no deja de ser una

generalización, se nos plantea siempre la pregunta de si, con un dispositivo semejante, hubiera habido manera de tomar la Basilla o asaltar el Palacio de Invierno, en busca de un mundo mejor (con éxito o sin él, porque eso ya es otra cuestión).

Esta psiquiatría y psicologización del malestar vital cobra especial virulencia contra las mujeres: en nuestra cultura, aún claramente machista a pesar del esfuerzo de muchos por hacer ver que el machismo está superado (lo cual es la mejor manera de asegurarse de que nunca lo llegue a estar), son las mujeres quienes con más frecuencia son catalogadas de depresivas, neuróticas, trastornadas de personalidad, etc. Y ello ante dificultades, vivas muy frecuentemente mayores a las de los varones. Más paro, menores salarios, mucha más carga como cuidadoras familiares, muchísimas más posibilidades de ser víctimas de acosos, abusos o agresiones, etc... Estamos configurando un contexto donde cualquier dolor consustancial a la vida (que, a veces, duele mucho) parece requerir un profesional y un remedio, del tipo que sea. Un contexto socio-cultural marcado, no tanto por una escasa tolerancia a la frustración, como suele decirse de ciertos profesionales ante la demanda imparable de atención psicológica o psicológica, sino más bien por un engrño masivo que lleva a la gente a pensar que su malestar debe ser atendido desde un enfoque médico, con el consiguiente beneficio económico de las empresas farmacéuticas que venden sus productos y de algunos profesionales que ven acrecentado su sueldo por prestigio y su importancia social. Gentes destrozadas por una crisis económica que no han provocado pero que sufren, mientras los individuos que sí la provocaron no la sufren en absoluto, gentes que han perdido o van a perder sus empleos, sus casas, sin dinero suficiente para vivir con dignidad, sin expectativas de mejora para ellos mismos o sus hijos... Gentes que son encaminadas a servicios de salud mental, a contar sus penas a profesionales que no pueden hacer otra cosa que intentar adormecer tanto dolor a base de medicamentos o escuchas, un adormecimiento que, aunque alivie momentáneamente, lo que provoca es que no se busque la solución donde se originó el problema: en un orden social injusto, un desigual reparto de la riqueza, una distribución surrealista de la carga impositiva, en definitiva, en un sistema montado para que los ricos y poderosos lo sean cada vez más, mientras las clases bajas y los que se esfuerzan en crearse clase media, estos cada vez más hundidos y más aterrados de perder lo que todavía nos queda... En este contexto, todo ese dolor e indignación es encaminado hacia enfoques individuales que promueven la anestesia y la resignación, en vez de hacían un enfoque social, en busca de unirse a tantas personas que sufren, que sufrimos, por los mismos males y las mismas injusticias. La psiquiatría influye en la cultura colaborando a crear un dispositivo de control social y mantenimiento del orden establecido, frente al que solo cabe intentar luchar, asumir la propia responsabilidad y crear en la propia libertad, desarrollando lo que podríamos denominar, por anacrónico que suene, una auténtica conciencia de clase, que nos lleve a darnos cuenta de que no estamos solos en nuestro dolor, que somos muchos, y que tenemos un poder que ni imaginamos si nos unimos. Aunque para eso haya que salir de las consultas y marchar juntos por las calles.

Se podría decir que nos salimos del campo psiquiátrico y entramos en el político, y no seremos nosotros quienes discutiáramos esa observación. Entre la psiquiatría de todo malestar y el abandono de las personas que sufren, tenemos que buscar, que crear, un lugar para los ciudadanos,

aunque tal vez sea ya un lugar fuera de la psiquiatría, tal vez mucho más como tarea ética y política de la sociedad entera.

## EL CAPITALISMO Y SUS TRAMPAS

Nuestro trabajo diario con personas que sufren por causa de malesares o trastornos mentales (o como queramos decirlo) intenta estar enfocado en la rehabilitación y recuperación psicossocial de dichas personas. "Rehabilitador" o "recuperador" porque nuestro trabajo es conseguir que las personas que atendemos recuperen en el mayor grado posible su funcionalidad, afectada por distintos malestares o trastornos. "Psicosocial" porque hay una parte "psíquica" del asunto, en la que nosotros somos expertos: trabajamos con la persona sus pensamientos, emociones, su voluntad, intentando que la mejora en esos ámbitos ayude en dicha rehabilitación. Pero hay un aspecto "social". El paciente debe rehabilitarse, recuperarse (entendiendo "recuperación psicossocial" como un trabajo con personas que están resistiendo los efectos de narativas reduccionistas, dando sentido de delante nada atrás a historias que articulan un hilo coherente de lo que les ha pasado), no solo a nivel psíquico, sino también a nivel social, es decir, debe rehabilitarse para poder estar bien integrado en la sociedad. Pero habrá que preguntarse en qué clase de sociedad queremos ayudarle a integrarse y si esa sociedad colabora o no en dicha integración. En nuestro famoso enfoque bio-psico-social parece que siempre dejamos a un lado el aspecto social. Pero nosotros queremos detenernos ahora en él.

Señalaremos primero que creamos indiscutible que el ser humano es, como decía Aristóteles, un animal social. Sin sociedad (y, por tanto, cultura) no hay humanidad alguna. Somos seres independientes y libres (o así queremos creerlo), pero no podemos vivir sin sociedad, como tampoco podemos vivir sin oxígeno, por muy independientes y libres que seamos. Hay pensadores que han visto la Tierra como una nave espacial en camino por el cosmos, o a la humanidad como sus pasajeros, compañeros en un viaje sin final. Nosotros preferimos la metáfora de la sociedad humana en sentido amplio como un barco. Un enorme barco repleto de camarotes y donde les seres humanos, la humanidad toda, somos a la vez tripulantes y pasaje. Ninguno podemos sobrevivir sin los demás. La psiquiatría, en esta imagen, sería uno de los camarotes atendido por los profesionales para resolver problemas (a veces creativos) de otras de las personas que nos acompañan en el barco. Parte del trabajo de esta psiquiatría sería tapar el descosimiento con los que en ese momento estén a cargo del timón o la sala de máquinas, lo que puede ser un problema si el rumbo es equivocado.

Dejemos de momento a un lado la metáfora, luego volveremos a ella. Nuestra sociedad, en la que vivimos, en la que tenemos que desempeñar nuestra función rehabilitadora, es una sociedad capitalista de principios del siglo XXI, lo que implica determinadas características en la teoría y determinados frutos en la práctica (33, 34). Las características teóricas suponen un marco donde prima la incertidumbre privada, donde -supuestamente- los emprendedores que arriesgan y se esfuerzan más son los que más ganan y donde pueden llegar donde quieras si te empiezas (ergo, si no llegas a ningún sitio relevante la culpa parece ser tuya). La teoría capitalista supone que el empresario invierte un capital (una buena pregunta sería cuál es el origen de ese capital) y contrata a una serie de trabajadores a los que paga un salario por su trabajo. Pero para obtener un beneficio sin trabajar (porque no perdamos de vista que el capitalista no trabaja,

sino que invierte) necesita pagar a los obreros menos del valor real de su trabajo expresado en las mercancías elaboradas (porque si les pagara justo lo que vale su trabajo de elaboración entonces no habría plusvalía, es decir, beneficio). Sin entrar en muchos detalles, otra de las claves del sistema es que de esa plusvalía obtenida debe reinvertirse una parte para conseguir mayor productividad... He aquí el sagrado concepto del crecimiento, obsesión y destino buscado por toda nuestra política económica de las últimas décadas. El problema es que, como señalaba cada vez más economistas, el crecimiento indefinido es imposible. Tal vez no económicamente imposible, pero sí después luego físicamente imposible. Un crecimiento infinito no es posible en un planeta con recursos finitos. Y esta idea, que parece algo que entendería sin mayor problema una niña de seis años, no consigue influir en el pensamiento de nuestros políticos y de los grandes poderes financieros que los teledirigen. El capitalismo ha prosperado en los últimos dos siglos gracias al uso y abuso de combustibles fósiles, cuyo pico de extracción probablemente ya se haya alcanzado y estén en fase de caída en cuanto a su producción (35). Gracias también, por otro lado, a la explotación de mano de obra barata en cada país y, cuando en las décadas posteriores a la Segunda Guerra Mundial se consiguió mejorar las condiciones de todas las personas que formaban parte de esa mano de obra con el establecimiento del estado del bienestar, se pasó a partir de los años 80 y cada vez más durante todo el proceso de globalización a buscar mano de obra aún más barata en países en vías de desarrollo, explotando a los pobres de allí a la vez que volvíamos de nuevo pobres a las gentes de aquí. El capitalismo ha progresado también gracias al hundimiento del comunismo soviético, como si el fracaso de uno supusiese el éxito del otro. La crítica hacia el sistema capitalista no debe caer, en nuestra opinión, en defensa alguna del sistema soviético: aquellos eran dictaduras sin respeto por los derechos civiles, pero de la misma manera que lo es la China actual, la España del genocida Francisco Franco, el Chile del asesino Pinochet o la Arabia Saudí amiga de nuestros reyes, todos ellos regímenes despreciables bien adscritos al capitalismo, fieles aliados de países gemelos de libertad como Estados Unidos o los que forman la Unión Europea.

El capitalismo funciona provocando una desigualdad extrema en la sociedad (36). Porcentajes menores del 5 o a veces del 1% de la población poseen más del 50% de la riqueza en los países de nuestro entorno, mientras que el 40% de la población tendría casi el otro 50% de la riqueza. A la otra mitad de la población ya no le queda nada. Y esta desigualdad, como indican muchos estudios, solo se redujo en las décadas posteriores a la Segunda Guerra Mundial por los efectos de la misma, mientras que desde los 80 y el comienzo del auge del neoliberalismo económico, no cesa de aumentar. En estas últimas décadas, incluyendo la crisis terrible que se inició en 2008 y que diez años después no parece claro si ha terminado o si va a volver a aparecer, los ricos lo son cada vez más, la clase media está cada vez más cerca de abajo que de arriba y los pobres -cuyo número no cesa de aumentar- son cada vez más pobres. En estas décadas ha triunfado el dogma neoliberal (37): privatizaciones masivas de servicios públicos, desregulación intensa del sector privado, impuestos cada vez menores para los ricos y las grandes empresas, puertas giratorias constantes entre responsables públicos y cargos electos, hasta las empujadas que se supone debían controlar.

Además, el capitalismo se construye sobre una serie de trampas en la práctica. Se supone que vivimos en sociedades donde prima el mérito, donde uno llega hasta donde

le lleva su esfuerzo. Pero esto para nada es así. Nosotros somos profesionales, sanitarios porque nuestros familias tenían dinero para mantenernos sin trabajar durante todos los años de carrera. ¿Que luego fue nuestro esfuerzo lo que nos permitió aprobar y especializarnos? Claro que sí. Pero si nuestras madres hubieran limpiado escaleras y nuestros padres hubieran estado en paro, nosotros habríamos tenido que empezar a trabajar bastante antes de los 25 y hoy podríamos estar curando por mucho menos de 1.000 euros al mes, o directamente en paro mientras mucho listo achacaría nuestra posición social a nuestra falta de esfuerzo. El principal dato que indica los resultados académicos de una persona es el estatus socioeconómico de sus padres. No nos digan que eso cuada mucho con una sociedad que se dice basada en el mérito. Pregúnten por ahí con qué frecuencia los padres y madres de los hijos o de los médicos trabajan en la limpieza o en la construcción. Y no decimos que no haya casos, por supuesto, pero calculemos la proporción. La única forma de crear una sociedad cuyos desigualdades se basaran exclusivamente en el mérito y el esfuerzo, si eso fuera lo que quisiéramos, sería abolir la herencia. Pero los partidos que más dicen creer en el mérito propio, menos impuestos quieren cargar a las sucesiones. Como luego la sanidad y la educación públicas van sostradas de dinero...

El capitalismo pone en el centro el trabajo, el esfuerzo y de ahí, se supone que uno obtiene una recompensa en forma de dinero con el que vivir o que reinvertir. Pero nuestras sociedades capitalistas solo funcionan si es que a esto le podemos llamar funcionar porque hay una enorme cantidad de trabajo de cuidados que se hace gratis, fuera del mercado y sin la cual el sistema se derrumbaría sobre sí mismo. El cuidado dado a los niños pequeños, a las personas ancianas, a los enfermos o a las personas dependientes es en gran medida suministrado de forma gratuita por familiares o amigos, pero -casi siempre- por mujeres, que son vistas como personas no activas laboralmente porque no ganan un sueldo, ya que la enorme cantidad de trabajo que llevan a cabo se realiza sin pago, sin descansos, sin vacaciones, sin reconocimiento. Para que luego haya quien diga que nuestra sociedad ya no es machista, el capitalismo necesita imprescindiblemente el machismo estructural y el patriarado que lo articula para liberar al género masculino de todo este trabajo de cuidados y mandarlo a producir a las fábricas y las empresas.

Otra trampa del capitalismo actual es aún más curiosa. Realmente vivimos en una régimen que es solo capitalista a medias. Hay capitalismo a tiempo completo para los pequeños empresarios y los trabajadores, pero las grandes fortunas, el poder financiero, la banca y las grandes empresas solo son capitalistas en lo referente a los beneficios. Para las pérdidas son comunistas, es decir, eso pasa a ser problema del Estado y de los dineros públicos. Cuando los bancos ganan dinero, es nuestra del bien funcionamiento de la empresa privada y de la mano invisible del mercado (debe ser invisible porque así no vemos cómo nos quita el dinero de los bolsillos), pero cuando lo pierden, se les regalan decenas de miles de millones de euros (que se dice pronto). Pérdidas socializadas ípsa facto (y si se creen eso de que habla que salvar el dinero depositado por la gente en los bancos, tengan en cuenta que los depositos se pueden haber cubierto con dinero público por una cantidad sensiblemente inferior y dejar luego que se hundieran los bancos, como mandó el sistema capitalista para las empresas que van mal, recuerden que nadie escucha la frontera de la esquina); si una empresa privada gestiona un hospital o unas autopistas y no dan beneficios, pues, no pasa nada,

se rescatan con dinero público y, luego, vuelta a privatizar. Si los bancos necesitan dinero en cantidad, se lo presta el Banco Central Europeo (con dinero público, es decir, nuestro) al 0% de interés, para que luego los bancos nos lo pue- dan prestar a nosotros al interés abusivo que les apetezca. Si es que no sabe uno si es que ellos son muy listos o noso- tros muy tontos.

Bueno, pues todo esto que les señalamos sobre la socie- dad capitalista en la que vivimos y en la que intentamos re- habilitar a nuestros países (con pensiones exiguas ellos, sueldos a la baja y malos contratos nosotros), con aquellos disparados, perdidos en peligro, etc., contesta afectada del capitalismo, todo esto es un poco lo de menos. Porque el principal problema del capitalismo y algo de lo que cada vez se habla más aunque a nadie nos guste mucho dete- nemos a pensar en ello, es el cambio climático.

## EL CAMBIO CLIMÁTICO Y SUS RIESGOS

Les reconocemos que alguna de nosotras se reía, cuando le planteamos que íbamos a ser capaces de encontrar un hilo conductor entre la postpsiquiatría y el cambio clima- tico pero, mal que bien, hemos llegado. Puede sonar un poco extraño tratar este tema en una publicación de psi- quiatría y salud mental, pero nos tememos que este es el tema que debería tocarse en cualquier artículo o jornada, en cualquier ambiente familiar o laboral, en cualquier en- torno, durante la próxima década, si queremos frenar un poco el desastre que se nos viene encima (38). El sistema capitalista que hemos descrito solo es capaz de funcionar quemando salvajemente combustibles fósiles, provocando emisiones masivas de dióxido de carbono a la atmósfera, lo cual, unido a la emisión del metano originado en las masi- ficadas explotaciones ganaderas y a la enorme pérdida de superficie forestal que realiza su función natural de captura de ese dióxido de carbono, provocan el más que demen- trado efecto invernadero, por el cual estos gases impiden la disipación de parte del calor que el planeta recibe del sol, con lo que se conserva más cantidad de la debida de dicho calor. Esto trae consigo la elevación de la temperatura del planeta. Hasta ahora, aproximadamente un grado respec- to a la temperatura preindustrial, con el objetivo marcado en las últimas reuniones internacionales de no superar de aquí a fin de siglo los dos grados o, aún mejor, el grado y medio. El aumento de las temperaturas es ya inevitable, pero cuanto más consigamos limitarlo, menores serán las consecuencias.

Señalamos también que los escépticos del cambio cli- mático no existen; la inmensa mayoría de los científicos no tiene dudas al respecto y los lobbys de la industria petrolera y otros, así como sus políticos asueldo, tampoco son verda- deros escépticos; saben que el calentamiento es real, pero intentan a la opinión pública con supuestas dudas para poder seguir haciendo negocio con sus reservas de petro- leo o gas, indiferentes a la salud de la población y confiando en que sus inmensas fortunas les ayuden a protegerse en el mundo caótico que se avecina. No debemos sonarnos de masado paranoico: es lo mismo que hizo la industria del tabaco respecto al cáncer de pulmón y lo mismo que hace habitualmente la industria farmacéutica (rechando mu- ltas demandas por ello) con efectos secundarios que oculta de sus fármacos (y si no nos creen, recuerden la rosiglitazona (39) o el rofecoxib(40)).

El aumento de temperatura solo es una de las consecuen- cias a que nos enfrentamos. Al ser el clima un mecanismo extraordinariamente complejo, muchos efectos son difícil-

les o imposibles de predecir, pero sabemos que para mu- chos de ellos hay un punto de umbral. Por ejemplo, está estudiado (41) que a mayor temperatura, mayor fusión del hielo de Groenlandia, el problema es que cuando se alcance una determinada cantidad de hielo fundido, este deshielo ya será imparable aunque la temperatura no siga aumentando. Y, si llega a producirse, traerá consigo un aumento del nivel de los océanos que puede ser de 6 o 7 metros. Eso implicaría la desaparición de la mayoría de las ciudades costeras del mundo tal como las conocemos. Que esto no vaya a ocurrir a lo mejor, hasta dentro de 50, 100 o 200 años no le resta nada de mejorar. Otro ejemplo (42); el permafrost es suelo congelado que retiene grandes can- tidades de metano. Si inicia un proceso de deshielo, liberará todo este metano, gas que provoca veinte veces más efecto invernadero que el dióxido de carbono.

Son solo algunos ejemplos. Y como siempre, serán los más pobres los más afectados. Ya hay muchas zonas de África con sequías más intensas de lo que deberían ser, con lo que eso implica en términos de alimentación y supervi- vencia. Miles de refugiados climáticos ya se dirigen hacia Europa, buscando algo del bienestar que los europeos disfrutamos, entre otras cosas, por haber explotado sus ri- quezas y haberles reducido a la escaridad durante siglos, de la misma forma que seguimos explotando allí gobiernos dictatoriales corruptos, mientras las materias primas como el coltan para nuestros móviles siguen llegando a occidente y podamos usar mano de obra bien barata para nuestras camisetas.

En el tema del cambio climático hay que huir a la vez de dos extremos. No se puede caer en el catastrofismo. Para empezar, porque si no conseguimos reducir sus efectos, tendremos toda la vida y la de las próximas generaciones para ser catastrofistas, no hay prisa por empezar y menos ahora, que todavía disponemos de algunos años para dis- minuir mucho los efectos más dañinos del calentamiento global. Pero tampoco hay que caer en el optimismo inge- nuo de pensar que alguien inventará algo para quitar esos gases de la atmósfera o para enfriar el planeta. La mayoría de los científicos dudan seriamente que eso llegue a ocu- rrir y positivamente cualquier tecnología que pueda ayudar será de efectos limitados (y no estará exenta de grandes riesgos) ante la magnitud del problema. A nivel tecnológico, lo más útil sería dejar de consumir, ya carbón, petróleo y gas, dejar sin tocar las reservas que aún quedan y no emi- tir más a la atmósfera, junto a una modificación brutal de nuestros hábitos de vida, un abandono del capitalismo y de la obsesión por el crecimiento económico e ir creando una sociedad donde los objetivos duren mucho más, se consu- ma mucho menos, se desarrolle la actividad laboral y vital mucho más a nivel local, con un transporte mucho más li- mitado que ahora, etc.

Un error común es pensar que el problema del cambio climático es como el de la capa de ozono. Este último obee- decía a determinados gases de los aerosoles que fueron prohibidos y sustituidos por otros, sin problemas para las industrias fabricantes ni para los consumidores. Un pro- blema concreto con una solución concreta. Adaptando el comentario de Andreu Escrivá en su imprescindible libro sobre el cambio climático "¿Aún no es tarde?" (43), el agujero de la capa de ozono era una alergia que se solucionó qui- tando de la dieta el alimento en cuestión, mientras que el cambio climático es una obsesión morbida en un paciente diabético, cardiopata, fumador, bebedor y toxocómano, con insuficiencia respiratoria, renal y hepática, que no quiere cambiar nada de su estilo de vida ni acepta indicación mé-

dica alguna.

Entre el catastrofismo y la ingenuidad, que no valen para nada, hay otra actitud, habitual en todos nosotros, que tampoco va a ayudarnos: el mirar para otro lado, el decir- nos -nosotros lo hemos hecho durante mucho tiempo- que se le va a hacer, no podemos evitarlo, ya lo arreglarán, to- tal, falta mucho para que se note... El cambio climático es el elefante en la habitación de la humanidad en el siglo XXI y, aunque no hablémos de él, no desaparece sino que se- hará más grande y nos hará más daño. Pero hay un detalle importante en el que debemos luchar contra el cambio climático: implica actividades cotidianas del día a día que son responsables de la mayor parte de emisiones de gases de efecto invernadero del planeta (44). Listado de empre- sas que, nos averguenamos a avergonzar, conduciría bastante con las que hacen presión con tan buenos resultados sobre nuestros representantes públicos (aunque no sabemos si a sobornar se le puede llamar "hacer presión"), y a la vez, eva- dar masivamente impuestos de formas más legales o más ilegales. Es decir, que recluir está muy bien y es impres- cionable pero, dicho esto, creemos que lo principal es ser conscientes de donde están los culpables y, por tanto, las soluciones. Esta batalla va a tener mucho de lucha política, de hacer huelgas, protestas, artículos como este, y también va a ir de votar a partidos políticos que de verdad quieren hacer algo para intervenir en este problema. Parece mien- tira que tengán que venir movilizaciones de adolecentes a señalarnos la importancia de no destruir el clima. Y de- bemos recordar que no es el planeta el que corre peligro, sino nuestra supervivencia como especie en él. Esto no es un movimiento más o menos hippie de "salvar la Tierra", porque la Tierra seguirá existiendo aunque la temperatura llegue a 60 grados, con otra vegetación y otra fauna. Somos nosotros, los seres humanos y nuestra civilización, quienes nos jugamos la supervivencia.

El cambio climático es el principal problema de nuestra so- ciedad y está causado por el sistema capitalista que devora por igual materias primas, recursos naturales, hombres, mujeres y niños por un poco o un mucho más de bene- ficio.

¿Se acuerdan de la imagen del barco como sociedad huma- na donde estábamos todos metidos? Pues, los que man- dan, los que tienen el dinero, los que controlan el timón y las máquinas, están usando la madera de la cubierta para alimentar la caldera. Y luego seguirán con la del casco, hasta que no podamos seguir a flote. Y su ambición e incompe- tencia han provocado que ya haya luego en la bodega. Y esta muy bien que nos preocupemos mucho por mejorar la psiquiatría tal como la conocemos. Y la postpsiquiatría es un intento sincero, útil y necesario de crear una mejor psi- quiatría para las personas que atendemos pero, por muy bonito que nos quede nuestro canario, de nada servirá si el barco arde y se hunde. Hemos dedicado a la postpsiquiatría casi diez años de trabajo, estamos orgullosos de ello y probablemente seguiremos, pero no queremos acar- bar como la orquesta del Titanic, intentando hacer sonar

las mejores notas de la melodía mientras el barco se iba al fondo.

La postpsiquiatría es un intento de denunciar los defectos de la psiquiatría actual para desarrollar una mejor. Pero como nos dijo una vez alguien, no habrá una psiquiatría mejor sin una sociedad mejor. Y no habrá sociedad mejor sin abandonar el capitalismo, no por ninguna nostalgia comunista prosoviética de banderas rojas, hroces y mar- tillos sino por un movimiento, aun solo esbozado, que esté formado por muchos hilos que den forma a un gran tapiz: los hilos del feminismo más combativo, del ecologismo imprescindible del decrecimiento, de la sostenibilidad de la economía colaborativa, del predominio de lo público en todo lo necesario (sanidad, educación, energía, transpor- te...), del fin de la desigualdad por nacimiento y no por mé-rito, del fin del racismo, de la explotación laboral... Y todos ellos, también ahí el hilo de la postpsiquiatría, deberían for- mar la red de una nueva sociedad postcapitalista en la que vivir mejor, sin duda con menos riquezas materiales, sin duda con más tiempo para disfrutar de nosotros mismos y de los nuestros, más pausa y menos prisa para cuidar- nos... Es un sueño, sin duda, pero en nuestras manos está el intentarlo.

No sabemos si ha sido el artículo que esperaban, pero cre- mos que ha sido el artículo que necesitábamos, nosotras las primeras. Podríamos habernos limitado a hablar de nuestro libro, nunca mejor dicho, pero es que, de verdad, el mundo en que vivimos está ardiendo. Lo hace despacio, casi no se nota, y aún hay mucho tiempo para intentar apa- garlo y minimizar los daños, pero mientras no hagamos nada, el fuego se irá extendiendo y lo que destruya queda- rá destruido para siempre. Y sobre todo, no olvidemos que lo que arde, y esto va no es una metáfora, es el mundo. Es decir, no se podrá salir de aquí, cuando el incendio empie- ce a quemarnos porque este aquí es todo lo que tenemos. Debemos ser conscientes del fuego y poner todos los me- dios para que haga el menor daño posible.

**BIBLIOGRAFÍA**

1.- Baden P, Thomas P. "Postpsychiatry, a new direction for mental health". *BMJ* 2001; 322(7288): 724-727.

2.- Baden P, Thomas P, Tirimi S, Azen E, Behr G, Beuser C et al. "Psychiatry beyond the current paradigm". *Br J Psychiatry* 2012; 201 (6): 430-434.

3.- De la Mata I y Ortiz A. "Industria farmacéutica y psiquiatría". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* (2003) 23(86): 49-71.

4.- Whitaker R. *Mad in America*. New York: Basic Books, 2019.

5.- Whitaker R. *Anatomía de una epidemia*. Madrid: Capitan Swing, 2015.

6.- Moricruff J. *Talking cures: una introducción a los fármacos psiquiátricos*. Barcelona: Herder Editorial, 2013.

8.- Harrow M y Jobe TH. "Ratons involved in outcome and recovery in schizophrenia patients not on antipsychotic medications: a 15-year multi-follow-up study". *The Journal of Nervous and Mental Disease* 2007; 195 (5): pp. 406-14.

9.- Wunderink L, Nieboer RM, Weersma D, Sijmens S y Nienhuis FJ. "Recovery in remitted first-episode psychosis at 7 years of follow-up of an early dose reduction / discontinuation or maintenance treatment strategy. Longterm follow-up of a 2-year randomized clinical trial". *JAMA Psychiatry* 2013; 70(9): pp. 913-920.

10.- Goldacre B. *Mala fama*. Barcelona: Paidós Ibérica, 2013.

11.- Healy D. *Pharmageddon*. Berkeley: University of California Press, 2012.

12.- Camrora M. "Paradigmas en ensayo clínico: epistemología para una psiquiatría". *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2017; 37(132): 509-528.

13.- Geekie J y Read J. *El sentido de la locura*. Barcelona: Herder Editorial, 2012.

14.- Benallí R. *Medicalizar la mente*. Barcelona: Herder Editorial, 2011.

15.- Fernández Lina A. *Locura de la psiquiatría*. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2018.

16.- Pérez M. *Más Aristóteles y menos Concerta* (R). Nuevos Emprendimientos Editoriales, 2018.

17.- González Pardo H y Pérez Álvarez M. *La invención de trastornos mentales*. Alantza Editorial, 2007.

18.- Desclée M. *Cohabitar la diferencia*. Madrid: Editorial Grupo 5, 2016.

19.- Fernández Lina A y Rodríguez Vega B. *La práctica de la psicoterapia: la construcción de narrativas terapéuticas*. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2001.

20.- Valverde M. "Una crítica a la teoría del déficit cognitivo de la esquizofrenia". *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2012; 32(115): 521-545.

21.- Valverde M e Inchausti J. "Alcanos y limitaciones del tratamiento farmacológico del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en niños y adolescentes". *Guías de Práctica Clínica. Una revisión bibliográfica*. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2014; 34 (121): 37-74.

22.- Pol-Vangus E. "Uso de los antipsicóticos en adultos mayores". *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2018; 38(133): 263-282.

23.- Vasep A y G. Valdecasas J. *Blog postpsiquiatría*. Disponible en: [www.postpsiquiatria.blogspot.com](http://www.postpsiquiatria.blogspot.com)

24.- Vasep A y G. Valdecasas J. *Postpsiquiatría*. Madrid: Grupo 5, 2018.

25.- Andreasen NC, Ziebell S, Pierson R, Marder S y V. "Long-term antipsychotic treatment and brain volumes: a longitudinal study of first-episode schizophrenia". *Arch Gen Psychiatry* 2011 Feb; 68(2): 128-37.

26.- Fava GA, Gatti A, Belsise C, Guidi J, Offidanti E. "Withdrawal symptoms after selective serotonin reuptake inhibitor discontinuation: a systematic review". *Psychiatr Psychosom*, 2015; 84: pp. 72-81.

27.- Fundació Institut Català de Farmacologia. "Disfunción sexual persistente: antidepresivos, finasterida y rehidroclor". *Bulletin proc.* vol. 31, n.º 2, abril-junio 2018.

28.- Harrow M, Jobe TH y Faulk RN. "Does treatment of schizophrenia with antipsychotic medications eliminate or reduce psychosis? A 20-year multi-follow-up study". *Psychol Med* 2014; 44 (14): pp. 3007-16.

29.- Kirsch I, Deacon BJ, Hueto-Medina TB, Scoboria A, Moore TJ, et al. "Initial Severity and Antidepressant Benefits: A Meta-Analysis of Data Submitted to the Food and Drug Administration". *J. Clin. Med.* 2008; 5(2):e5.

30.- Valverde M y Inchausti J. "¿Hay lugar para el consentimiento informado en los tratamientos de las personas con psicosis? Una reflexión sobre el tratamiento de las psicosis". *Rev. Bioética y Derecho*, 2014, 3(2): 40-65.

31.- Foucault M. *Historia de la locura en la época clásica*. Tomos I y II. Editorial Fondo de Cultura Económica de España, 2006.

32.- Foucault M. *El poder psiquiátrico*. Madrid: Ediciones Akal, 2005.

33.- Fernández Lina C y Alegre Zañonero L. *Marx desde casa*. Madrid: Ediciones Akal, 2018.

34.- Jones O. *El Establishment*. Barcelona: Sex Barral, 2016.

35.- "Teoría del pico de Hubbert". Wikipedia. Disponible en: [https://es.wikipedia.org/wiki/Teor%C3%ADa\\_del\\_pico\\_de\\_Hubbert](https://es.wikipedia.org/wiki/Teor%C3%ADa_del_pico_de_Hubbert)

36.- Pikey T. *El capital en el siglo XXI*. Barcelona: RBA, 2015.

37.- Klein N. *La doctrina del shock*. Barcelona: Paidós, 2007.

38.- Klein N. *Esto lo cambia todo*. Barcelona: Paidós, 2017.

39.- Silva LC. "La industria farmacéutica y los obstáculos para el flujo oportuno de información: consecuencias para la salud pública". *Rev. Cubana Salud Pública* 2011; 37 (5): pp. 631-643.

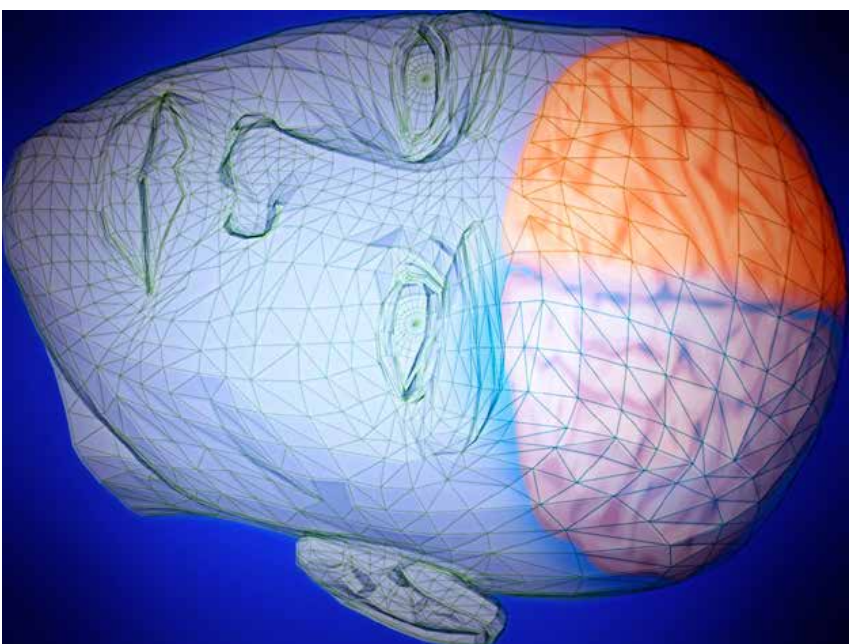
40.- Prozaí G.R. "El retro del refresco: una historia para reflexionar". *Rev. Arg. Anest.* 2004; 62(5): 327-328.

41.- Shukman D. "Cambio climático: el hielo de Groenlandia enferma 'a la pena de muerte'". *BBC News*, septiembre de 2019. Disponible en: <https://www.bbc.com/nor/noticias-59575277>

42.- Wehler C. "El rápido derretimiento del permafrost del Ártico nos afecta a todos". *National Geographic*, septiembre de 2019. Disponible en: <https://www.nationalgeographic.es/medio-ambiente/2019/08/rapid-derretimiento-permafrost-arte-no-ataca-todos>

43.- Escrivá A. *Aún no es tarde*. Valencia: Publicacions de la Universitat de València, 2018.

44.- Rivas P. "Los 99 hombres (y una mujer) responsables de más del 70% de las emisiones". *El salto diario*, 2019 - 05 - 07. Disponible en: <https://www.elsaltdiario.com/cambio-climatico/99-hombres-y-una-unica-mujer-responsables-de-mas-del-70-de-las-emisiones>



# EL MANEJO DEL DINERO EN LOS EQUIPOS DE TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO

## MONEY MANAGEMENT IN ASSERTIVE COMMUNITY TREATMENT TEAMS.

Ramón Ramos-Ríos<sup>1</sup>; Carmen Armas Barbañán<sup>2</sup>; Esperanza Sánchez Vázquez<sup>1</sup>; Susana García-Luengo Álvarez<sup>1</sup>; Sara Linares Sisto<sup>1</sup>  
(1)Equipos de Continuidad de Cuidados del Hospital Psiquiátrico de Comxó, Santiago de Compostela.  
(2)Unidad de Salud Mental, Hospital Comarcal de Montforte, Lugo  
Contacto: Ramón Ramos Ríos  
ramon.ramos\_rios@sergas.es

### RESUMEN

#### Introducción

Una de las actividades realizadas habitualmente por los equipos de tratamiento asertivo comunitario (ETAC) es el manejo del dinero de algunos de los pacientes que atienden. Actualmente los modelos orientados a la recuperación señalan que la mayoría en las habilidades de manejo económico determina un menor riesgo de hospitalización y una mayor calidad de vida. Nos proponemos conocer la experiencia de los ETAC activos en España con el manejo del dinero.

#### Metodología

Se elaboró un cuestionario con dos partes: Una destinada a conocer el funcionamiento de cada ETAC en relación al manejo de dinero de pacientes. La segunda sección, para cubrir por cada profesional, trata de medir percepciones sobre esas actividades.

#### Resultados

Se presentan los datos aportados por ocho ETAC. Seis de los equipos administraban el dinero de algún paciente.

Se recibieron 24 cuestionarios cubiertos por profesionales. El ítem en el que hubo mayor consenso fue el que interrogaba por la posibilidad de que los pacientes adquirieran más autonomía en el manejo del dinero. Hubo cierto consenso en ítems relacionados con la importancia de realizar manejo de dinero por todos los profesionales de los ETAC y también respecto al alivio de la carga familiar.

#### Discusión

El manejo de dinero de pacientes por los ETAC es una actividad frecuente. La mayoría de los profesionales la considerarían una actividad necesaria. Sería de gran interés el desarrollo de programas que además de servir para el control de las finanzas, incluyesen en el aprendizaje de estrategias para el manejo del dinero.

Palabras clave: Tratamiento asertivo comunitario; trastornos mentales; rehabilitación; provisión de fondos; coerción.

### ABSTRACT

#### Introduction

One of the activities typically performed by assertive community treatment (ACT) teams is money management for some of the patients they assist. Currently, recovery-oriented models indicate that improved economic management skills lead to lower hospitalization risk and higher quality of life.

Our aim is to learn about the experience of active ACT teams in Spain with money management.

#### Methodology

A two-part questionnaire was designed: One part was designed to learn how each ACT team works in relation to the handling of patient money. The second section, to be covered by each professional, tries to measure perceptions about these activities.

#### Results

The data provided by eight ACT teams are presented. Six of the teams administered the money of a patient.

Twenty-four questionnaires were received and covered by ACT professionals. The item in which there was the greatest consensus was the one that asked about the possibility of patients acquiring more autonomy in the handling of money. There was some consensus on items related to the importance of money management by all ACT professionals and also with respect to relieving the family burden.

#### Discussion

Patient money management by ACT teams is a common activity. Most of the professionals interviewed from the ACT teams consider it a necessary activity. It would be of great interest to develop programs that not only serve to control finances, but also have an impact on the learning of strategies for managing money.

Key words: Assertive community treatment; mental disorders; Rehabilitation; fund raising; coercion.

## INTRODUCCIÓN

La relación entre la situación financiera y la salud mental ha sido reconocida desde hace mucho tiempo, estableciéndose entre el endeudamiento, la falta de empleo o la inestabilidad financiera y el estado de ánimo y las conductas autodestructivas (1, 2). Una necesidad no cubierta que se identifica con frecuencia en estudios que valoran las necesidades de personas que sufren trastorno mental grave (TMG), es la disponibilidad de dinero suficiente para pagar un alojamiento, adquirir alimentos o comprar ropa. Es posible que el manejo del dinero y la situación financiera sean factores más importantes para la evolución de esos pacientes que otros parámetros clínicos, tanto en lo referente a su calidad de vida como al uso de servicios sanitarios (3). Los pacientes que utilizan mal su dinero o tienen problemas financieros utilizan más días de hospitalización y la inestabilidad financiera se relaciona con la sobrecarga de las familias, las situaciones de sinhogarismo y las descompensaciones sintomáticas (4). De hecho, conseguir ahorrar y no endeudarse son objetivos valiosos para muchas personas afectadas por TMG (5). El manejo del dinero y las cuestiones financieras también constituyen una de las mayores y más estresantes preocupaciones de los familiares de personas con TMG (6). Dada su importancia, no sorprende que en abordajes integrales centrados en las necesidades reales y la integración en la comunidad, como los programas de tratamiento asertivo comunitario (TAC), una de las actividades realizadas habitualmente por los equipos sea el manejo del dinero de algunos de los pacientes que atienden. Ya los primeros investigadores de este modelo de tratamiento destacaron que el manejo del dinero era una actividad muy frecuente en muchos casos, sobre todo cuando coexistía consumo de tóxicos (7). Estas actividades podían entenderse desde el manejo directo del dinero del usuario o la colaboración con sus representantes para estas tareas, hasta arreglos con sus caseros o con tenderos para garantizar la cobertura de sus necesidades cuando no hay ingresos, la consecución de pequeños créditos, etc. Por lo tanto, en la evaluación de los pacientes derivados para su tratamiento por equipos de tratamiento asertivo comunitario (ETAC), las habilidades de manejo de las finanzas deben ser valoradas y objeto de intervención entre las actividades de la vida diaria como el mantenimiento de una vivienda o la preparación y adquisición de alimentos (8, 9). También se han desarrollado programas específicos para pacientes con patología dual en los que el manejo de dinero por los equipos se ha planteado como estrategia para reducir el consumo de alcohol u otras sustancias con algunos resultados positivos (10, 11).

Incrementando la dependencia de estas personas de sus tutores o las instituciones, su desresponsabilización del tratamiento o produciendo conflictos con los responsables de la supervisión (6). En equipos terapéuticos que asumen el control de las finanzas puede deteriorarse la relación personal con los profesionales o las familias (12).

A pesar de todo esto, existen pocos modelos de tratamiento que procuren el incremento de habilidades para el manejo independiente del dinero, un objetivo muy valioso desde la óptica de la recuperación. Algun programa de entrenamiento de habilidades ha considerado la mejora en las habilidades financieras (13). En otros programas en los que los equipos manejan el dinero se ha constatado mejora de estas habilidades (14). Pero se han diseñado pocas intervenciones específicas para enseñarlas (15). Desde un modelo de recuperación se considera que las personas con discapacidades por padecimientos psiquiátricos pueden mejorar sus habilidades y adoptar roles significativos sociales y laborales. De ahí la importancia que debe tener el manejo del dinero en cualquier intervención que se plantee la recuperación de sus destinatarios, ya que nadie puede vivir de modo independiente si no controla sus finanzas. Elbogen y col., en su revisión del tema señalan que la mayor parte de estudios sobre el manejo de las finanzas por estas personas se centran en sus déficits sin incluir estrategias para que puedan conseguir una mayor autonomía, e identifican las áreas en las cuales habría que incidir (5).

El conocimiento de sus derechos y los beneficios sociales y las condiciones de disfrute de los mismos (deberes). En ocasiones no sólo la persona con discapacidad, sino también sus tutores los desconocen, esto puede llevar a la pérdida de oportunidades de mejora, por ejemplo, cuando se rechaza la posibilidad de un empleo protegido por temor a perder una prestación mínima o el tutor es muy rígido y coarta el acceso a los ahorros, impidiendo el pago de actividades o bienes que pueden ser significativos en la recuperación de la persona con TMG. En nuestra experiencia, no es infrecuente que la persona tutelada no tenga siquiera conocimiento del contenido de su sentencia de incapacitación y las áreas de funcionamiento afectadas.

Entrenamiento en habilidades para manejar el dinero: incluye organizar un presupuesto para un periodo de tiempo, distinguir aquellos gastos necesarios de aquellos que son prescindibles o cómo ahorrar.

Habilidades para evitar abusos financieros: Se incluyen en este apartado, estrategias para evitar el endeudamiento (ser excluido de listas para ofertas financieras, préstamos, etc), la priorización del gasto propio sobre la ayuda a allegados que les hagan peticiones (familiares o no) que puedan aprovechar su vulnerabilidad para obtener beneficio económico (por ejemplo insistiendo en el entrenamiento en la importancia de centrarse al presupuesto) o acompañar y asesorar para la contratación de productos bancarios seguros y no abusivos, ya que las personas con TMG están en mayor riesgo de victimización

financiera. A veces el apoyo del equipo terapéutico es fundamental en caso de abuso por familiares o tutores por la relación de dependencia que se había establecido y el conflicto que cuestionaría va a originar.

El desarrollo de estas habilidades va a ser fundamental para la consecución de los objetivos de recuperación y para que la persona con TMG pueda mantener su estabilidad en la comunidad.

Por otra parte, determinadas actuaciones relacionadas con el manejo del dinero de los pacientes pueden resultar polémicas por coercitivas, aunque pueden demostrar eficacia. Que un equipo terapéutico sea el tiempo responsable del tratamiento y de la distribución del presupuesto de la persona en terapia puede hacer que parezca que el disfrute del dinero esté condicionado al cumplimiento de la medicación, con todas las implicaciones éticas que esto conlleva. De hecho, algunas de las principales críticas a las intervenciones de los ETAC se enfocan en su potencial coercitivo. En esta línea es de interés el trabajo de Moser sobre las experiencias con la coerción en el Estado de Indiana (USA), en el que participaron 23 equipos y 153 profesionales (16). Se trataba de identificar las prácticas coercitivas que se realizaban en los mismos e identificar factores propios de los equipos o de las personas atendidas en los mismos que podían influir (nivel formativo de los integrantes de los equipos, actitudes hacia el tratamiento y la posibilidad de recuperaciones, fidelidad al modelo TAC, diagnóstico y uso de sustancias en la población diana). De las prácticas estudiadas la más frecuente fue el manejo de las finanzas por el equipo, seguida de la supervisión intensiva de la medicación, ambas actividades realizadas con más de la mitad de los casos. Estas actividades fueron más frecuentes en equipos con mayor proporción de personas atendidas con diagnóstico de esquizofrenia y/o con consumo de sustancias. Eran menos frecuentes en equipos formados por profesionales con un mayor nivel de instrucción. Es posible que con menor formación, sea mayor la tendencia a comportamientos autoritarios en la relación de cuidados, o que en equipos con profesionales más formados se susciten mayores debates sobre la extensión de estas prácticas. El tratamiento involuntario y el empalazamiento en viviendas supervisadas fueron situaciones más infrecuentes. No había relación entre el uso de estas prácticas y la fidelidad al modelo TAC, con lo que se concluía que las prácticas coercitivas no eran inherentes a los equipos sino que dependían de otros factores. En todo caso, puede haber equipos que no realicen estas actividades de control porque en general prestan pocos servicios, con lo que los datos debían interpretarse con cautela.

En la literatura americana existen varios estudios cualitativos sobre las experiencias de supervisión del dinero, mayoritariamente desde la óptica de las personas usuarias. Por ejemplo, Serowik y col., entrevistaron a los usuarios de un programa voluntario en el que se gestionaba el dinero de personas con TMG y consumo de sustancias (11, 14, 17). Se identificaron varios temas, entre los que destacó, como ingrediente fundamental para la satisfacción con el mismo, la confianza en los profesionales; los usuarios tenían la impresión de que estos realmente les usaban interesados en su vida, más allá de las finanzas. Esta relación

de confianza les servía para adquirir un mejor conocimiento de su situación económica y habilidades para el manejo del dinero. Además consideraban útil el programa dentro del tratamiento de su adicción. Sólo un participante entre los quince que respondieron señaló que el programa le parecía coercitivo. Como estrategias para que se estableciera una auténtica relación de confianza, los autores señalaban la elaboración de un contrato, el feedback constante sobre la situación financiera y una gradación de la supervisión en el tiempo. En otro estudio sobre un programa de TAC dirigido a personas con TMG en situación de sinhogarismo se preguntó sobre su experiencia los usuarios y a los gestores de casos (18). Hallaron que la satisfacción de los usuarios aumentaba a medida que transcurría el tiempo de permanencia en el programa. Los gestores de casos sobreestimaban la satisfacción de los usuarios al principio del proceso y la infraestimaban a largo plazo. El 44% de los profesionales referían haber sufrido agresiones verbales o haberse sentido intimidados en el transcurso del programa en el contexto de discusiones sobre el manejo de los fondos. Los autores destacaban que era necesario aumentar las habilidades de comunicación de los profesionales implicados en estos programas. En un estudio en el que los responsables de la supervisión del dinero eran familiares, se preguntó a los usuarios y a los familiares por sus percepciones; ambas partes coincidían en señalar que la relación se veía afectada y en la necesidad de aprendizaje de más habilidades para el manejo financiero (6).

En la experiencia del equipo de continuidad de cuidados de Santiago las actividades relacionadas con el manejo del dinero son frecuentes (19). Además en su funcionamiento y en relación a las necesidades de las personas que atiende, hemos tenido que disponer de dinero, lo que ha suscitado debates en el seno del equipo y en la institución de la que forma parte. A veces hemos tenido la impresión de que no se reconocía la importancia y pertinencia de estas intervenciones para el tratamiento, con lo que no cambiamos con el apoyo ni los medios necesarios para implementarlas. En este contexto nos parecía de interés conocer la experiencia de los ETAC activos en España con el manejo del dinero, por si nuestra práctica divergía mucho de la de otros equipos y también para conocer si estas dificultades eran comunes, por lo que diseñamos este estudio.

### METODOLOGÍA

Se elaboró un cuestionario con dos partes (ver ANEXO):

- Una destinada a conocer el funcionamiento de cada ETAC en relación al manejo de dinero de pacientes, uso de refuerzos económicos y afrontamiento de gastos generados en la actividad con los pacientes.
- La segunda sección, para cubrir por cada profesional, que consta de 16 ítems a valorar sobre 5 puntos. Trata de medir percepciones sobre estas actividades y la experiencia subjetiva al realizarlas.

Se distribuyó el cuestionario entre los ETAC de Galicia y se trató de contactar con otros equipos del resto de

España, participando finalmente uno de los de Vizcaya...

Se analizaron los resultados con SPSS versión 16.0.

## RESULTADOS

Se presentan los datos aportados por ocho ETAC: los 2 Equipos de Continuidad de Cuidados (ECC) de Santiago de Compostela, el ECC de Vigo, el ETAC de Ferrol, el ETAC- Programa de TMG de A Coruña, El ECC de Monforte de Lemos (Lugo), el ETAC de Marigón Izquierdo de Bibao y el ECC de Ourense. Seis de los equipos administraban el dinero de algún paciente. De estos, un equipo sólo administraba a pacientes incapacitados en coordinación con sus tutores y otro únicamente a pacientes no incapacitados que lo aceptaban voluntariamente. Los cuatro restantes manejaban cuentas tanto de usuarios capaces como tutelados. Sólo un equipo había diseñado un consentimiento escrito para el manejo financiero de los fondos de sus usuarios. Era más habitual la hoja de registro de ingresos y gastos, de la que en algún caso se disponía de copia en el despacho y en el domicilio para un adecuado feedback. Un equipo incluía en la historia los acuerdos con los tutores para la distribución del dinero. En cuatro de los equipos alguno de los pacientes recibía refuerzo económico por asistir a actividades de rehabilitación. Cinco de los equipos disponían de fondos para gastos de los pacientes, pero sólo en dos casos este dinero era asignado por el hospital (Tabla 1).

Se recibieron 24 cuestionarios cubiertos por profesionales de los ETAC (9 auxiliares, 8 enfermeras, 4 psiquiatras y 3 trabajadoras sociales). La edad media de los profesionales fue 50,2 años (D.T. 9), con una experiencia en salud mental de 18,37 (D.T. 12,5) y en los equipos de 6,98 (D.T. 6,2). El ítem en el que hubo mayor consenso fue el que interogaba por la posibilidad de que los pacientes adquirieran más autonomía en el manejo del dinero (media 4,17) con lo que destaca un enfoque orientado hacia la recuperación de habilidades. Hubo cierto consenso en ítems relacionados con la importancia de realizar manejo de dinero por todos los profesionales de los ETAC (media 3,87) y también respecto al alivio de la carga familiar (media 3,87). La dispersión de respuestas fue mucho mayor en otros ítems, sobre todo los que hacían referencia a la experiencia subjetiva de manejar el dinero de otra persona o la posibilidad de recompensar al paciente por acudir a tratamiento (media 2,66) (Tabla 2). Una mayor experiencia en el ETAC correlacionó significativamente con la afirmación de que todos los ETAC deben ofertar la posibilidad de manejo del dinero de los pacientes (rho Spearman 0,486;  $p=0,022$ ). Además responder afirmativamente este ítem correlacionaba fuertemente con la consideración de que está era una actividad de enfermería y con la percepción de estar cómodo con estas tareas.

## CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

El manejo de dinero de pacientes por los ETAC es una actividad frecuente. Parece que no existe un abordaje uniforme de esta necesidad por los distintos ETAC que respondieron al cuestionario, esto abunda en la necesidad de estandarizar las intervenciones llevadas a cabo por los equipos e igualar su dotación de

recursos en Galicia, donde los equipos están funcionando de un modo muy heterogéneo. Hay percepciones subjetivas y consideraciones propias de cada equipo que posiblemente influyan en la aplicación de estas actividades, poniendo de relieve la necesidad de mayor investigación y un posicionamiento ético sobre la cuestión. El refuerzo económico continúa siendo un incentivo en los programas de rehabilitación con los que trabajan habitualmente los ETAC (pago por asistencia a talleres ocupacionales, reparto de los beneficios por la venta de los productos de artesanía, por ejemplo); no está claro hasta que punto influye en la aceptación del tratamiento, sobre todo del farmacológico, en general a los profesionales encuestados les desagrada esta idea.

En general, los profesionales entrevistados de los ETAC confían en la posibilidad de recuperación de las personas sobre las que intervienen, por lo que sería de gran interés el desarrollo de programas que además de servir para el control de las finanzas, incidiesen en el aprendizaje de estrategias para el manejo del dinero. En los ETAC encuestados existen diferencias en el manejo del dinero según se trate de pacientes que acceden voluntariamente al mismo o incapacitados civilmente. La coordinación con los tutores, familiares o no, puede ser entendida como una oportunidad de deslizar el manejo del dinero del tratamiento, o bien como otra fuente de conflicto. Aún siendo posible que origine tensiones o incomodidad en la relación terapéutica, la mayoría de profesionales implicados la consideran una actividad necesaria en los ETAC y que puede formar parte de las responsabilidades de todos los miembros de los equipos.

Otro aspecto relacionado con el dinero sobre el que también se preguntó a los equipos, fue sobre los gastos que se producen el acompañamiento de pacientes. La mayoría de los equipos necesitan fondos para sus actividades y esta necesidad no está bien resuelta desde las instituciones en las que trabajan, realizándose en ocasiones las intervenciones que requieren hacer gastos en la comunidad gracias al compromiso y voluntarismo de los profesionales de los equipos. En nuestra opinión esta realidad puede llevar a conflictos con la institución, influir negativamente en la relación con el usuario y producir queme profesional; por lo que nos parece que una línea de trabajo de los equipos puede ser sensibilizar a sus superiores jerárquicos y responsables de los servicios de estas necesidades. Los datos sobre la pertinencia y la eficacia de estas intervenciones deben ser conocidos para este propósito.

La principal limitación del estudio es que no se obtuvo una gran participación de los equipos TAC de España, unos 40 según Martínez Jambirina (20). Esperamos que la publicación de este artículo anime al desarrollo de intervenciones en las líneas que hemos ido comentando.

## AGRADECIMIENTOS

Nuestro agradecimiento al comité científico del 12º Simposio Nacional sobre Tratamiento Asertivo Comunitario en salud mental (Avilés, del 1 al 3 de julio de 2015) que concedió el primer premio en la modalidad de comunicación tipo póster a este trabajo. El importe del premio sirvió para la dotación de un fon-

do para los gastos con los pacientes atendidos por los ECC y ayudas de emergencia a los mismos.

**BIBLIOGRAFÍA**

- 1 Hatcher S. Debt and Deliberate Self-poisoning. Br J Psychiatry. 1994; 164(1):111-4. doi:10.1192/bjp.164.1.111.
- 2 Jenkins R, Bhugra D, Debington P, Brugha T, Farrell M, Goff J, et al. Debt, income and mental disorder in the general population. Psychol Med. 2008; 38(10): 485-93. Doi: 10.1017/S0033291702002516.
- 3 Luchins DJ, Hanrahan P, Conrod KJ, Savage C, Maters MD, Shinderman M. An agency-based representative payee program and improved community reentry of persons with mental illness. Psychiatr Serv. 1998 Sep;49(9):1218-22.
- 4 Conrod KJ, Lutz G, Maters MD, Donner L, Clark E, Lynch P. Randomized trial of psychiatric care with representative payeeship for persons with serious mental illness. Psychiatr Serv. 2006; 57(2):197-204.
- 5 Elbogen EB, Tregren J, Vaughan C, Bradford DW. Money management, mental health, and psychiatric disability: a recovery-oriented model for improving financial skills. Psychiatr Rehabil J. 2011; 34(3):223-31. doi: 10.2975/34.3.2011.223.231.
- 6 Elbogen EB, Ferron JC, Swartz MS, Wilder CM, Swanson JW, Wagner HR. Characteristics of representative payeeship involving families of beneficiaries with psychiatric disabilities. Psychiatr Serv. 2007; 58(11):1433-40.
- 7 Stein LI, Santos AB. Assertive community treatment of persons with severe mental illness. New York: W. W. Norton; 1998.
- 8 Martínez-Jambra JJ, Fernández-García AR. Evaluación en el Tratamiento Asertivo Comunitario. En: Jaime A, Fernández, Rafael Touriño, Natalia Benítez, Cristina Abelleira, (Editores). Evaluación en Rehabilitación Psicosocial. Valladolid: FEAP; 2010. pp. 243-55.
- 9 Allness DJ, Knoodler WH. The PACT model of community-based treatment for persons with severe and persistent mental illness: A manual for PACT start-up/NAAMI, 1998.
- 10 Rosen MI, Bailey M, Rosenheck RE. Alcohol & drug abuse principles of money management as a therapy for addiction. Psychiatr Serv. 2003; 54(2):171-3.
- 11 Rosen MI, Rounsaville BJ, Ablondi K, Black AC, Rosenheck RA. Advisor-Teller/Money Manager (ATM) therapy for substance use disorders. Psychiatr Serv. 2010; 61(7):707-13. doi: 10.1176/ps.2010.61.7.707.
- 12 Angell B, Martínez NI, Mahoney CA, Corrigan PW. Payeeship, financial leverage, and the client-provider relationship. Psychiatr Serv. 2007; 58(3):365-72.
- 13 Uberman RP, Wallace CJ, Blackwell G, Kopelowicz A, Vaccaro JV, Mintz J. Skills training versus psychosocial occupational therapy for persons with persistent schizophrenia. Am J Psychiatry. 1998; 155(8):1087-91.
- 14 Rosen MI, Carroll KM, Stefanovics E, Rosenheck RA. A randomized controlled trial of a money management-based substance use intervention. Psychiatr Serv. 2009; 60(4):498-504. doi: 10.1176/appi.ps.60.4.498.
- 15 Swarbrick M. (2006). Asset-building, financial self-management service model: Piecing together consumer financial independence. Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services. 2006; 44(10):22-6.
- 16 Moser LL, Bond GR. Scope of agency control: assertive community treatment teams' supervision of consumers. Psychiatr Serv. 2009; 60(7):922-8. doi: 10.1176/appi.ps.60.7.922.
- 17 Serowik KL, Bellamy CD, Rowe M, Rosen MI. Subjective Experiences of Clients in a Voluntary Money Management Program. Am J Psychiatr Rehabil. 2013;16(2):136-153.
- 18 Case managers' and clients' perspectives on a representative payee program. Dixon L, Turner J, Krauss N, Scott J, McNary S. Case managers' and clients' perspectives on a representative payee program. Psychiatr Serv. 1999; 50(6):781-6.
- 19 Ramos R, García-Luengo S, Sánchez E, López P, Currás M, Pérez M, et al. Evolución del programa de continuidad de cuidados de Sania-

go: la formación de un equipo de tratamiento asertivo comunitario. Siso Saúde (em prensa).

20 Martínez Jambra JJ. El modelo Avilés para la implantación del tratamiento asertivo comunitario en España. Tesis. Universidad Autónoma de Madrid. 2017. 214 p.

**ANEXO****MANEJO DEL DINERO EN LOS EQUIPOS DE TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO (ETAC)**

El objetivo del presente cuestionario es valorar en qué medida el manejo de dinero es una actividad relevante de los ETAC y qué estrategias tienen más implantación. Los datos obtenidos serán tratados únicamente por este grupo y se difundirán en su conjunto y anónimamente

**SECCIÓN I (un cuestionario por equipo)**

0. Denominación del equipo: \_\_\_\_\_

1. Miembros del equipo: \_\_\_\_\_

1.1. Número: \_\_\_\_\_

1.2. Profesiones/ número/ horas de dedicación: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

2. Número de pacientes atendidos: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

3. ¿Se administra el dinero de algún paciente? S/ No

Si la respuesta es sí, continuar:

3.1. Tipo de pacientes: \_\_\_\_\_

3.1.1. Se administra el dinero de pacientes no incapacitados que lo aceptan voluntariamente: S/No

3.1.2. Se administra el dinero de pacientes incapacitados con el consentimiento de los tutores: S/No

3.2. Responsabilidad en el equipo (señalar la respuesta apropiada): \_\_\_\_\_

- Todo el equipo participa en la administración del dinero de los pacientes

- Hay una persona responsable de la administración del dinero de todos los pacientes a los que se les maneja. Señalar cuál es su profesión: \_\_\_\_\_

- Para cada paciente hay un tutor. Señalar cual es la profesión de los tutores: \_\_\_\_\_

- Otras modalidades: \_\_\_\_\_

3.3. Documentación: \_\_\_\_\_

3.3.1. Hay formulario de consentimiento para el manejo del dinero: S/No

3.3.2. Hay hojas estandarizadas para el registro de gastos: S/No

3.3.3. Hay otro tipo de registros: S/No

Si existen, especificar: \_\_\_\_\_

3.4. ¿Dónde se maneja el dinero? (señalar la respuesta apropiada): \_\_\_\_\_

- Sólo en el despacho

- Sólo en el domicilio

- En ambos contextos.

- Otras modalidades: \_\_\_\_\_

3.5. ¿Existe algún programa específico para el entrenamiento en el manejo del dinero?: S/No

Si existe, describir brevemente: \_\_\_\_\_

4. ¿Alguno de los pacientes del programa recibe dinero por asistir a alguna actividad de rehabilitación?: S/No

Si la respuesta es sí, continuar:

4.1. Concepto por el que reciben el dinero (indicar las que correspondan, no excluyente): \_\_\_\_\_

- Reembolso por gastos de transporte.

- Refuerzo a la asistencia al centro/dispositivo rehabilitador

- Refuerzo por actividades ocupacionales concretas (talleres ocupacionales, prelaborales, etc)

- Otros. Especificar \_\_\_\_\_

4.2. Origen del dinero (indicar lo que corresponda, no excluyente): \_\_\_\_\_

- Del hospital o del servicio público de salud.

- De los beneficios de la actividad.

- De fundaciones o asociaciones.

- Otros. Especificar \_\_\_\_\_

5. ¿Existe algún fondo para gastos que surgen en la atención a los pacientes?: S/ No

Si la respuesta es sí, continuar:

5.1. Este fondo se destina a (indicar lo que corresponda, no excluyente): \_\_\_\_\_

- Desplazamientos.

- Gastos en el acompañamiento en la comunidad (salir a una cafetería, salir a comer, hacer una excursión, entrenar el uso de un medio de transporte, etc).

- Gastos urgentes (alimentos, recibos, pago de alquiler, pago de un alojamiento provisional)

Otros. Especificar \_\_\_\_\_

5.2. Origen del fondo

- Del hospital o del servicio público de salud.

- De los propios miembros del equipo.

- De fundaciones o asociaciones.

Otros. Especificar \_\_\_\_\_

5.3. ¿Cuál es la cuantía del fondo? \_\_\_\_\_

5.4. ¿Cada cuánto se repone? \_\_\_\_\_

SECCIÓN II (Un cuestionario por cada miembro del equipo):

6. Profesión: \_\_\_\_\_

7. Edad: \_\_\_\_\_

8. Años de experiencia:

8.1. En Salud Mental: \_\_\_\_\_

8.2. En el ETAC: \_\_\_\_\_

9. Las siguientes preguntas se responderán de acuerdo a una escala Likert conforme las siguientes valoraciones:

(1) Totalmente en desacuerdo

(2) En desacuerdo

(3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo

(4) De acuerdo

(5) Totalmente de acuerdo

En su opinión y de acuerdo a su experiencia....

9.1. El manejo del dinero de los pacientes es una actividad que deben ofertar todos los ETAC.

9.2. El manejo del dinero lo puede realizar cualquier miembro del ETAC.

9.3. La administración del dinero y el apoyo para la consecución del sustento son actividades de enfermería en un ETAC.

9.4. El manejo del dinero es una intervención eficaz en los pacientes con TMG y consumo de sustancias.

9.5. El manejo del dinero es una intervención bien aceptada por la mayoría de los pacientes del ETAC

9.6. Me siento cómodo manejando el dinero de los pacientes.

9.7. El manejo del dinero de los pacientes empeora

la relación terapéutica con los pacientes del ETAC.

9.8. El manejo del dinero de los pacientes por el ETAC es útil para disminuir la sobrecarga de la familia.

9.9. Manejar el dinero de los pacientes con TMG puede causar frustración.

9.10. Es posible que los pacientes del ETAC adquieren progresivamente más autonomía en el manejo del dinero.

9.11. Son los tutores legales los que deben encargarse en exclusiva de administrar el dinero de los pacientes incapacitados.

9.12. Resulta gratificante ayudar a la administración del dinero de pacientes incapacitados.

9.13. El manejo de dinero en el ETAC puede empeorar las relaciones entre los miembros de los equipos.

9.14. Se puede utilizar un refuerzo económico para que los pacientes acepten el tratamiento.

9.15. Los ETAC deben poder atender por sí mismos las situaciones de urgencia social en que se encuentren los pacientes que atiende.

9.16. Nunca prestaría dinero a un paciente del ETAC.

Tabla 1. Manejo de dinero por los ETAC (N = 8).

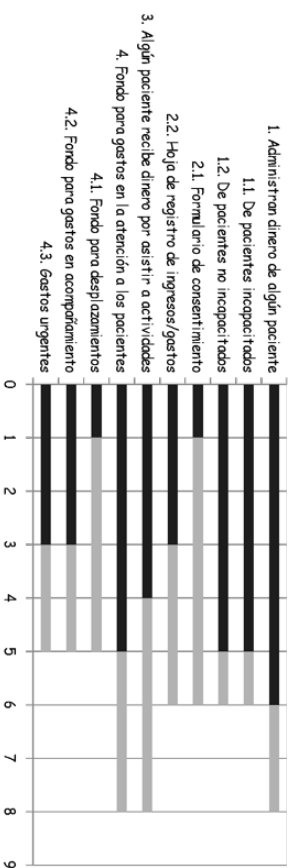
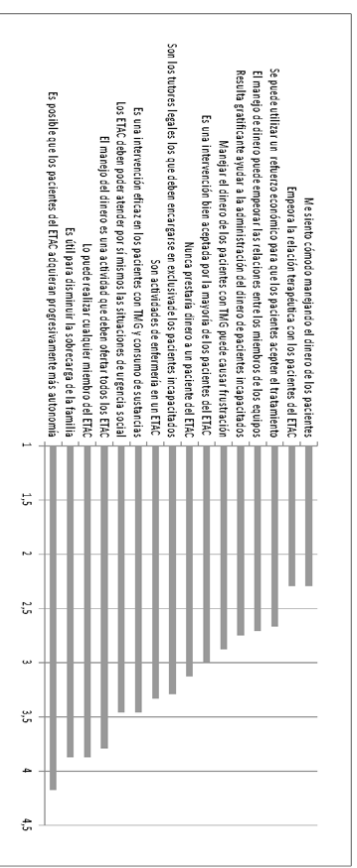


Tabla 2. Percepción de los profesionales sobre el manejo de dinero de los pacientes en los ETAC (N=24)



# MEJORA DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA: INTEGRACIÓN DESDE LA INTEGRACIÓN SENSORIAL

IMPROVEMENT OF ACTIVITIES OF DAILY LIVING IN PEOPLE WITH SCHIZOPHRENIA: INTERVENTION FROM SENSORY INTEGRATION

Dr. Luis Alberto Cuellar-Figueroa, Centro de Rehabilitación Psicosocial, Hospital Benito Menni, Valladolid, España.

Dr. José Ignacio Carvo-Arenillas, Universidad de Salamanca, Salamanca, España.

Dr. José María Criado-Gutiérrez, Instituto de Neurociencias de Castilla y León, Salamanca, España.

Ana Belén Calvo-Vera, Hospital Universitario de Salamanca, Universidad de Salamanca, Salamanca, España.

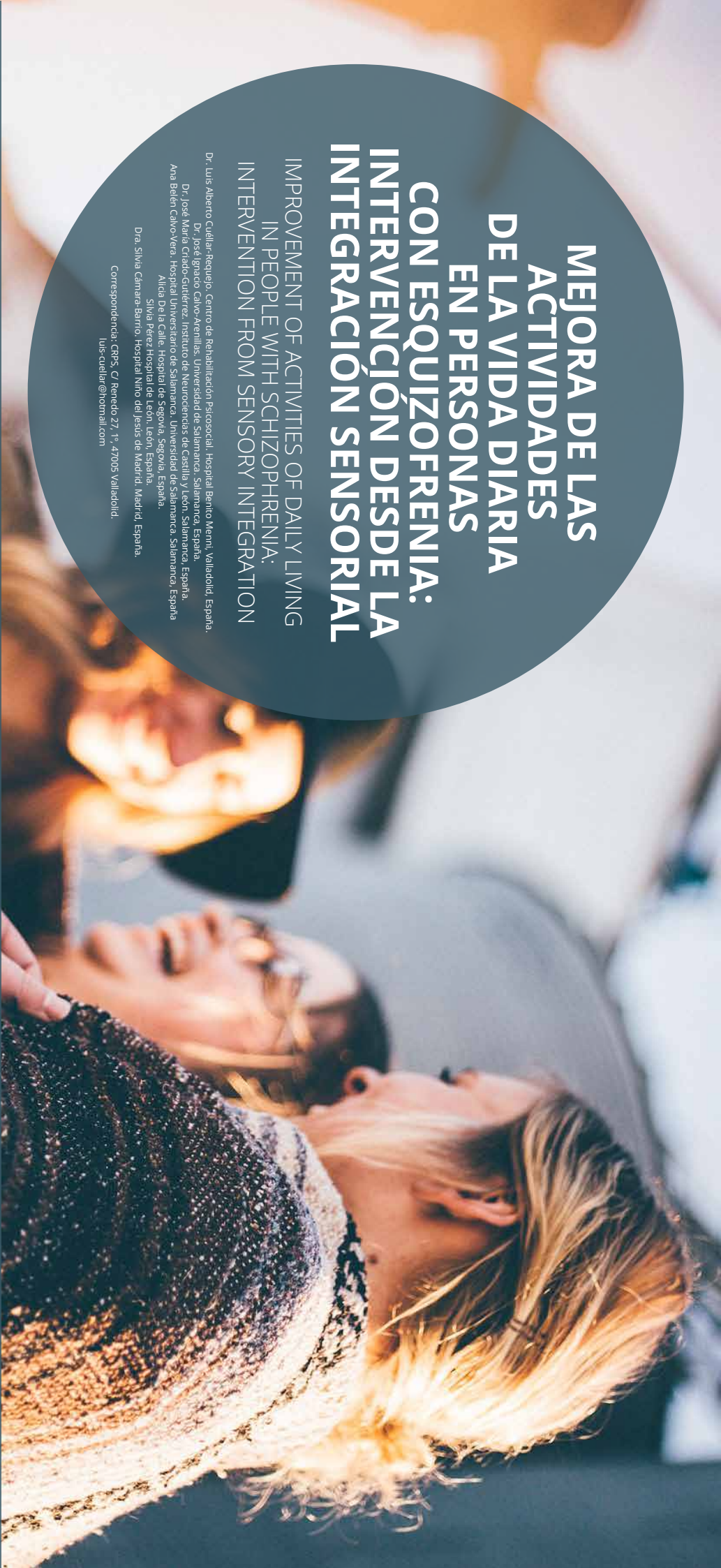
Alicia De la Calle, Hospital de Segovia, Segovia, España.

Silvia Pérez Hospital de León, León, España.

Dr. Silvia Cámara-Barrio, Hospital Niño del Jesús de Madrid, Madrid, España.

Correspondencia: CRPS, C/ Renedo 27, 1º, 47005 Valladolid.

[luis-cuellar@hormail.com](mailto:luis-cuellar@hormail.com)



## RESUMEN:

Introducción: Las personas con esquizofrenia presentan dificultades para comprender e interpretar la información sensorial del medio ambiente, afectando al desempeño de las actividades de la vida diaria.

Este estudio tiene como objeto evaluar la influencia de una intervención desde la integración sensorial, para la mejora de la ejecución de la AVDs, por estas personas, así como los factores que puedan influir.

Método: Estudio multicentro, prospectivo, aleatorizado, observacional.

Para el estudio se incluyeron 39 pacientes de Centro de Rehabilitación Psicosocial con tratamiento de Integración Sensorial y 38 controles sin este último tratamiento. En ambos grupos se evaluó la calidad en la ejecución de las AVDs, y además se evaluó la sintomatología problemática asociada a la enfermedad; cognición, percepción, y desempeño personal social.

Resultados: Las personas que recibieron tratamiento de Integración Sensorial mostraron en comparación con los controles:

1. Mejores puntuaciones en las variables motoras y de procesamiento en la ejecución de las AVDs ( $p < 0.05$ ).
2. Mejores resultados en la sintomatología asociada a la enfermedad ( $p < 0.05$ ).
3. No se observan mejoras en los resultados en cognición y percepción.
4. En el grado de oportunidad, la significación es marginal; pero en desempeño sí hay mejora en las puntuaciones ( $p < 0.05$ ).
5. Los datos en el desempeño personal y social muestran una significación estadística.

Conclusión: La Integración Sensorial fue eficaz en las Personas con Esquizofrenia, mejorando desempeño y ejecución de las AVDs, la sintomatología asociada a la enfermedad, y el desempeño social y personal.

Palabras Clave: Terapia Ocupacional, actividades cotidianas, modalidades sensoriales, esquizofrenia, rehabilitación.

## ABSTRACT:

Introduction: People with schizophrenia have difficulties in understanding and interpreting sensory information about the environment, affecting the performance of daily life activities. The purpose of this study is to evaluate the influence of an intervention from the Sensory Integration, in the improvement of the execution of the ADL in these people, as well as the factors that may influence.

Method: Multicenter, prospective, randomized, observational study. Thirty-nine patients were included in treatment at the Psychosocial Rehabilitation Center with Sensory Integration treatment, and 38 patients were controlled without this last treatment. In both groups the quality in the execution of the ADLs was evaluated. In addition, symptoms and problems associated with the disease, cognition and perception, and personal social performance were evaluated.

Results: The people who received Sensory Integration treatment, showed, in comparison to the controls:

2. Better results in the symptoms associated with the disease ( $p < 0.05$ ).
3. There are no improvements in the results in Cognition and Perception.
4. In the degree of Opportunity, the significance is marginal, but there is improvement in the performance in the scores ( $p < 0.05$ ).
5. The data on Personal and Social Performance show statistical significance.

Conclusion: Sensory Integration was effective in People with Schizophrenia, improving Performance and Execution of ADLs, the symptoms associated with the disease, and Social and Personal Performance.

Keywords: Occupational Therapy, Daily Activities, Sensory Modalities, Schizophrenia, Rehabilitation.

1. Better scores in the Motor and Processing Variables in the execution of the AVDs ( $p < 0.05$ ).

## INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es una enfermedad mental grave que puede cursar con sintomatología denominada positiva como delirios, alucinaciones, trastornos del pensamiento *yo*o comportamiento desorganizado, con sintomatología negativa como abulia, apatía o anhedonia entre otros y con afectación cognitiva como dificultades atencionales, de memoria, dificultades en el funcionamiento ejecutivo o problemas de lenguaje y pensamiento.

Con frecuencia presenta un curso crónico y se asocia con una disminución en el funcionamiento social, laboral y ocupacional. 1,2, 3.

Existe evidencia de déficit motor en población con riesgo de esquizofrenia, y de hecho una de las primeras descripciones que se hace de la esquizofrenia, refleja las anomalías motoras presentes en este tipo de pacientes, como falta de conciencia corporal, movimiento voluntario, movimientos involuntarios y falta de equilibrio entre otros. 4

En general se asocia con un aumento de los movimientos involuntarios y con signos neurológicos blandos, denominados "anormalidades neurológicas en la integración sensorial", la coordinación motora, el orden de los actos motores complejos y reflejos primitivos.

Otro de los aspectos, a parte de los comentados anteriormente, es este tipo de pacientes la percepción de su propio cuerpo, teniendo dificultades para distinguir si ciertos eventos ocurren dentro de sí mismos o en el entorno, por lo que suelen sufrir trastornos sensoriomotores. Estos trastornos pueden interferir con el seguimiento de objetivos en movimiento o con la percepción del movimiento biológico.

La esquizofrenia es una patología asociada a los signos neurológicos blandos, que son aquellos, que acentúan el estrigma social.

Todo este conjunto de síntomas y signos puede interferir directamente con la toma de decisiones del paciente, el funcionamiento en las diferentes áreas vitales, y directamente con una mala ejecución de las actividades de la vida diaria (AVD), lo cual deriva en una limitación de su autonomía e independencia. 5, 6.

Esto nos lleva a la necesidad de aplicar tratamientos que traten de controlar esta sintomatología, y que así las personas afectadas puedan aumentar su nivel de autonomía e independencia.

En esta línea la Integración Sensorial (IS) supone un complemento a los tratamientos ya existentes en la literatura y en la práctica clínica, del que pueden beneficiarse también las personas con trastorno mental grave como la esquizofrenia.

La IS se define como la organización de las sensaciones para producir conductas adaptativas y aprendizajes, posibilitando así el adecuado funcionamiento del cerebro y del cuerpo. Se centra en la capacidad de una persona para procesar apropiadamente la información sensorial, integrarla y que pueda actuar eficazmente sobre su entorno, gracias a la función de

los sistemas sensoriales que son el medio por el cual interactuamos con el ambiente. 7

Por tanto, el tratamiento a través de la IS podría facilitar alcanzar los niveles de organización por interacciones de los sistemas sensoriales y motores que ocurren en el desarrollo de actividades funcionales y significativas para el individuo y que permite a la persona desempeñarse adaptativamente en el ambiente.

Al identificar las disfunciones en la integración sensorial se busca optimizar la intervención con esta población favoreciendo respuestas y habilidades conductuales organizadas ante las demandas ambientales, con el fin de mejorar el desempeño ocupacional, aumentar la participación social y mejorar la calidad de vida. 9,10.

El estudio aquí planteado, recoge estas ideas, con el objetivo de valorar la eficacia del tratamiento basado en la Integración Sensorial dentro del programa de rehabilitación psicosocial en personas con esquizofrenia, y el impacto que tiene sobre las AVD's, poniéndolo en comparación con un grupo control.

### MÉTODO

Tipo de estudio

Se trata de un estudio multicéntrico, longitudinal prospectivo de casos y controles. Se realizó en tres centros de rehabilitación psicosocial de Castilla y León (España), situados en las ciudades de León, Segovia y Valladolid.

Sujetos:

La muestra está compuesta por 77 sujetos procedentes de los 3 centros previamente nombrados. Los criterios de inclusión para participar en el estudio fueron los siguientes:

- Asistir a tratamiento de rehabilitación en alguno de los centros de rehabilitación psicosocial previamente comentados.
  - Tener el diagnóstico de Esquizofrenia según los criterios del DSM 5.
  - Duración de la enfermedad de al menos dos años desde primer episodio.
  - Residir en comunidad y ser atendido de forma ambulatoria en Centro de rehabilitación psicosocial.
  - Ser mayor de 18 años.
- Los criterios de exclusión fueron:
- Haber sido ingresado en una unidad hospitalaria durante el último mes un periodo de tiempo superior a 30 días.
  - Tener diagnóstico secundario de retraso mental, demencia u otros trastornos neurológicos y cognitivos.
  - Presentar discapacidad física.

## PROCEDIMIENTO:

Tras el diseño del estudio de investigación, éste fue aprobado por el Comité de Ética de cada centro. Todos los pacientes fueron informados del estudio y firmaron el consentimiento informado, posteriormente se inició el proceso inicial de evaluación.

En la primera evaluación se recogió información relativa a la historia clínica de la enfermedad (duración, edad inicio, tratamiento...etc) y la evaluación con las escalas elegidas.

Para el estudio longitudinal se realizaron dos evaluaciones: una en el inicio del tratamiento y la segunda en los seis meses tras recibir el tratamiento individualizado de Integración Sensorial.

La evaluación realizada por Terapia Ocupacional englobó las siguientes áreas:

- habilidades motoras mediante AMPs,
- sintomatología asociada a la enfermedad con la HONOS,
- cognición y percepción a través de LOTCA,
- oportunidad y desempeño de las AVD's con BELS
- la evolución y desempeño personal y social con PSP.

Dentro de cada grupo, los pacientes fueron asignados de forma aleatoria a los grupos control y tratamiento. Esta aleatorización fue realizada con el programa EpiDat 4.2. Ambos grupos recibieron su tratamiento habitual de rehabilitación psicosocial, y el grupo de tratamiento recibió el tratamiento individualizado de Integración Sensorial (proceso neurológico que integra y organiza todas las sensaciones que experimentamos de nuestro propio cuerpo así como del exterior (gusto, vista, oído, tacto, olfato, movimiento, gravedad y posición en el espacio) y que recibimos de forma continuada), llevado a cabo en sesiones de una hora de duración a razón de dos sesiones a la semana, durante los seis meses que duró la intervención.

La intervención terapéutica consiste en una valoración especializada desde Terapia Ocupacional para definir el desempeño sensorio-motor y social de la persona, con el fin de hacer un abordaje global y efectivo, siempre destinado a conseguir la mayor calidad de vida de la persona, mejorando el desempeño de la persona en sus ocupaciones diarias.

También consiste en la inclusión de una dieta sensorial que permita mantener un buen estado de alerta y regulación a lo largo del día a través de la realización de actividades y estrategias funcionales, que les permita relajarse cuando noten que su alerta empieza a subir demasiado o por el contrario es activa cuando noten que su alerta empieza a bajar demasiado.

Finalmente, transcurridos los 6 meses de tratamiento, se volvieron a aplicar los instrumentos de evaluación y recogida de datos.

## MEDIDAS

Tal y como se ha comentado anteriormente se utilizaron las siguientes escalas de evaluación:

- Evaluación de Habilidades Motoras y de Procesamiento (Assessment of Motor and Process Skills; AMP5); escala de evaluación basada en la observación que se utiliza para medir la calidad de la ejecución en las AVD. Prueba estandarizada y adaptada a población española que evalúa la habilidad de una persona para realizar actividades personales y domésticas de la vida diaria. Se observa a la persona realizar por lo menos dos tareas de las AVD que sean conocidas, relevantes significativas y seleccionadas por la persona, y señaladas como que presentan un desafío en la rutina diaria de la persona.10, 11.
- Evaluación cognitiva en Terapia Ocupacional de Loewenstein (LOTCA): evalúa las habilidades cognitivas y perceptivas en pacientes con lesión cerebral, enfermedad mental o demencia.. 12, 13.
- Evaluación de Habilidades Básicas de la Vida Diaria (Basic Everyday Living Skills; BELS): evalúa las AVDs en personas con trastorno mental grave. Permite evaluar los cambios en el desempeño de las AVDs. Es un instrumento ampliamente utilizado en el ámbito investigador. 14, 15, 16.
- Health of the Nation Outcome Scales (HONOS): Traducida y validada al Castellano por Uriarte et al en 1999. Es un instrumento de evaluación desarrollado por la Unidad de Investigación del Royal College of Psychiatrists británico en el marco del Proyecto Health of the Nation del Departamento de Salud Británico. Está constituida por un conjunto de escalas diseñadas para medir algunos de los problemas físicos, personales y sociales asociados a la enfermedad mental, y diseñada para la evaluación de adultos en contacto con servicios de asistencia secundaria y terciaria de Salud Mental. Es un instrumento de evaluación clínica. 20, 21.

## ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para la realización de los análisis estadísticos se utilizó el programa IBM SPSS Statistic versión 24 (Chicago, Illinois).

Se realizó el análisis descriptivo de las variables, cuyos resultados pueden verse en la Tabla 1. Posteriormente se realizaron los siguientes análisis: prueba de homogeneidad de varianzas de Levene, Prueba F-Student para muestras independientes. Para el establecimiento de la asociación entre variables se utilizó: prueba de Chi-cuadrado, coeficiente de correlación

de Pearson.

Para la realización del análisis estadístico se estableció un intervalo de confianza del 95%, por lo que la significación estadística se establece en  $P < 0,05$ .

## RESULTADOS

La muestra se componía de 77 sujetos. En la tabla 1 se muestran las características socio-demográficas de la población estudiada. (62,3% hombres) con una edad media 41,49 años (41,33 años en el grupo de tratamiento y 41,66 años en el grupo control). El 88,3 % su estado civil es soltero. La media de años de evolución de la enfermedad es de 17,81 años.

Todas las personas finalizaron el estudio, cumpliendo plenamente el programa propuesto. El estudio no presentó ninguna incidencia que supusiera algún efecto no deseado en dichas personas.

En la tabla 2 se pueden ver los resultados de las evaluaciones pre y post tratamiento así como el análisis de la prueba  $t$  de diferencia de medias.

Los grupos resultaron homogéneos respecto las puntuaciones de HONOS (0,132) , BELS Oportunidad (0,542), BELS Desarrollo (0,359), AMPs Motor (0,135), AMPs Procesamiento (0,841) y PSP (0,117). En la única variable en la que se registraron diferencias significativas fue las puntuaciones de Evaluación de LOTCA (0,000), cuya media en las personas del GC fue  $X=70,55$  ( $dt=9,644$ ) y en el GI fue de  $X=60,74$  ( $dt=15,731$ ). Prueba de  $t$ -Student para muestras independientes no asumió varianzas iguales ( $t=3,308$ ;  $g=63,298$ ;  $p$ (bilateral)= 0,002

Tras seis meses de intervención los resultados pre-post muestran los siguientes datos: La prueba  $t$ -Student para muestras independientes reveló diferencias significativas entre ambos grupos en la Evaluación AMPs Motor,  $p=0,000$ , y en Evaluación AMPs de Procesamiento  $p=0,000$ . También reveló diferencias significativas entre ambos grupos en la escala HONOS  $p=0,005$ . Por el contrario, no hay diferencias significativas entre ambos grupos en la Evaluación LOTCA,  $p=0,365$ . Las puntuaciones de BELS, en el Grado de Oportunidad no hay diferencias significativas  $p=0,199$ , y en Desempeño sí hay significación con  $p=0,000$ . Las puntuaciones de PSP revelan que hay significación estadística entre grupos,  $p=0,000$ .

Según la prueba de U de Mann-Whitney para muestras independientes, presenta una significación entre ambos grupos en la Evaluación AMPs Motor,  $p=0,000$ , y en Evaluación AMPs de Procesamiento  $p=0,000$ ; en la escala HONOS  $p=0,016$ ; BELS en el Grado de Oportunidad no hay diferencias significativas  $p=0,224$ , en Desempeño  $p=0,000$ ; PSP  $p=0,016$ . Por el contrario LOTCA,  $p=0,476$ .

## DISCUSIÓN

Son pocos los estudios que han centrado la atención en el tratamiento de IS en personas con esquizofrenia, no encontrando ninguno en población española.

En el presente estudio se ha pretendido estudiar el efecto de la I.S. sobre las AVD's en personas con es-

quizofrenia y se muestran una mejora, después del tratamiento recibido en la sintomatología y problemática asociada a la enfermedad mental.

Los resultados de nuestro estudio demuestran que las personas con esquizofrenia presentan una mejora funcional con rehabilitación. 22. En el grupo de personas que recibieron el tratamiento de Integración Sensorial, se ha comprobado una tendencia a la mejora en las habilidades motoras y de procesamiento a la hora de realizar las AVD's., tendencia que podría deberse a que el tratamiento de Integración Sensorial proporciona una mejora vestibular y propiocepción, la cual hace que no haya dudas a la hora de realizar las AVD's. 23, 24.

En concordancia con nuestro estudio, en relación con la mejora de las AVD's, otros autores han encontrado beneficios similares tras un tratamiento de Integración Sensorial. 25

Por un lado, podemos concluir que existe mejora después del tratamiento recibido en la sintomatología y problemática asociada a la enfermedad mental, los datos son similares a otros estudios, siendo los datos de recursos comunitarios los que se mantienen más en el tiempo. 26, 27.

Por otro, cabe decir que en cuanto a la percepción y cognición, hay que destacar que los resultados no son lo esperado: no hay diferencias entre grupos. Tendremos en cuenta que los resultados de la puntuación dieron que el grupo no era homogéneo ( $p=0,002$ ). Si se encuentran diferencias entre Pre y Post en el Grupo Intervención. Algunos autores marcan las mejoras entre percepción y cognición. 28, 29.

Por otra parte tras el estudio vemos que en el desempeño de las AVD's, existen diferencias únicamente en el área de desempeño, que depende de la propia persona, y no así en la oportunidad, teniendo en cuenta que no depende directamente de las personas de tratamiento. Estos resultados son similares a otros estudios con población española. 14, 30.

Finalmente, respecto al desempeño personal y social hay que resaltar que existen diferencias entre los grupos. Las puntuaciones que hemos obtenido pre y post son similares a otros estudios europeos. 31,32, 33, 34.

Aunque se necesitan más estudios, la presente investigación muestra resultados positivos que podrían sugerir la eficacia del tratamiento basado en IS sobre las AVDs en personas con esquizofrenia. 35

## TABLAS

Variables	Grupo Intervención (N=39)	Grupo Control (N=38)
<b>Sexo</b>		
Masculino	23 (59%)	25 (65,8%)
Femenino	16 (41%)	13 (34,8%)
<b>Edad</b>	41,33	41,66
<b>Estado Civil</b>		
Soltero	34 (44,1%)	34 (44,1%)
Casado	3 (3,9%)	1 (1,3%)
Separado/Divorciado	1 (1,3%)	2 (2,6%)
Viuvo	1 (1,3%)	1 (1,3%)
<b>Nivel de estudios</b>		
Sin estudios	10 (13,6%)	8 (10,4%)
Estudios Primarios	10 (13,6%)	7 (9,1%)
Estudios Secundarios	10 (13,6%)	11 (14,3%)
Universitarios	8 (10,4%)	10 (13,6%)
No consta	1 (1,3%)	2 (2,6%)
<b>Situación laboral</b>		
Sin empleo	16 (20,8%)	20 (26%)
Incapacidad laboral	20 (26%)	18 (23,4%)
Centro especial de Empleo Normalizado	1 (1,3%)	0
	2 (2,6%)	0

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de características socio-demográficas de la muestra.

	Pre		Post		p
	Media	DE	Media	DE	
AMPs Motor	0,772	0,6087	1,885	0,4923	0,000
AMPs Procesamiento	0,600	0,3859	1,138	0,4159	0,000
HONOS	7,1	2,424	6,20	2,098	0,005
Bels Oportunidad	44,77	8,415	48,38	6,588	0,199
Bels Desempeño	67,15	19,027	82,64	16,950	0,000
LOTCA	60,74	15,731	69,03	12,457	0,365
PSP	43,72	14,575	51,74	13,048	0,000

Tabla 2. Resultados de la evaluación clínica y de las diferencias entre la evaluación pre y post tratamiento.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Meyer N, Mac Cabe J.H. Schizophrenia. *Medicine* 2016; 44: 649-653
2. Owen MJ, Sawwa A, Morsensen P. B. Schizophrenia. *The Lancet* 2016; 388: 86-97.
3. Silverstein B H, Bressler S L, Diwadkar V A. Inferring the Dysfunction Syndrome in Schizophrenia: Interpretational Considerations on Methods for the Network Analysis of fMRI Data. *Frontiers in Psychiatry* 2016; 7: 132.
4. Hüfner K, Ffieg-Abor B, Hofer A. Neurology Issues in Schizophrenia. *Current psychiatry reports* 2015; 17: 1-10.
5. Bahner F, Meyer-Lindenberg A. Hippocampal-prefrontal connectivity as a translatational phenotype for schizophrenia. *European Neuropsychopharmacology* 2017.
6. Tamnes C K, Agartz T. White matter microstructure in early-onset schizophrenia: a systematic review of diffusion tensor imaging studies. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2016; 55: 269-279.
7. Olsen L. Examining schizophrenia and sensory modulation disorder: A review of the literature. *Sensory Integration Special Interest Section Quarterly* 2010; 33: 1-3.
8. Javitt D C. Sensory Processing in Schizophrenia: Neither Simple nor Intract. *Schizophrenia Bulletin*. 2009; 35: 1059–1064.
9. Scatani J N, Novak T. Sensory approaches in mental health: A scoping review. *Australian occupational therapy journal*. 2015; 62(S): 277-285.
10. Fisher A.G. The Assessment of ADL motor skills: An application of Many-Faceted Rasch Analysis. *American Journal of Occupational Therapy*. 1993; 47(4): 319-329.
11. Rogo-Mora G, Pedrero-Pérez E J, Ruiz-Sánchez de León J M, Mian-golarra Page J C. Assessment of motor and process skills in daily life activities of treated substance addicts. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 2014; 21(6), 458-464.
12. Katz N, Izkovitch K, Averbuch S, Elazar B. Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment (LOTCA) battery for brain-injured patients: Reliability and validity. *American Journal of Occupational Therapy*. 1989; 43(3): 184-192.
13. Su C-Y, Chen W-L, Tsai P-C, Tsai C-Y, Su W-L. Psychometric properties of the Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment-Second Edition in Taiwanese persons with schizophrenia. *American Journal of Occupational Therapy*. 2007; 61(11): 108-118.
14. Jimenez F, Torres F, Laviana M, Luna J, Trieman N, Richard C. Evaluación del funcionamiento de la vida diaria en personas con trastorno mental de larga evolución. Adaptación y fiabilidad de la versión española del 'Basic Everyday Living Skills' (BELS). *Actas Españolas de Psiquiatría*. 2000; 28(S): 284-288.
15. Left J, Trieman N, Gooch C. Team for the Assessment of Psychiatric Services (TAPS) Project 33: prospective follow-up study of long-stay patients discharged from two psychiatric hospitals. *American Journal of Psychiatry*. 1996; 153(10): 1318-1324.
16. O'Driscoll C, Left J. The TAPS project: VIII. Design of the research study on the long-stay patients. *The British Journal of Psychiatry*. 1993; 163(Suppl 19): 18-24.
17. García-Portilla M, P. Saiz, P. A. Bousoño M, Bascaran M, T. Guzmán-Quiro C, Bobes J. Validación de la versión española de la escala de Funcionamiento Personal y Social en pacientes ambulatorios con esquizofrenia estable o inestable. *Revista Psiquiatría Salud Mental*. 2011; 4(1): 9-18.
18. Brissos S, Paltava F, Marques J, G. Mexia S, Garro A L, Carvalho M, Carita A I. The Portuguese version of the Personal and Social Performance Scale (PSP): reliability, validity, and relationship with cognitive measures in hospitalized and community schizophrenia patients. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2012; 47(7): 1077-1086.
19. Morosini P L, Magliano L, Brambilla L, Ugolini S, Poili R. Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2000; 101(4): 323-329.
20. Uriarte JJ, Berani V, Medrano J, Wing J, K. Beever A, S. Curtis R. Presentación de la traducción al castellano de la Escala HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales). *Psiquiatría Pública*. 1999; 11 (4): 93-101.
21. Wing J, K. Beever A, Curtis R, Park S B, G. Hadden S, Burns A. Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS): Research and development. *The British Journal of Psychiatry*. 1998; 172 (1): 1-18.
22. Carter O, Bennett D, Nash T, Arnold S, Brown I, Gal R Y, Sundram S. Sensory integration deficits support a dimensional view of psychosis and are not limited to schizophrenia. *Translational Psychiatry*. 2017; 7(S): 11-18.
23. Ayres H, John A P. The Assessment of Motor and Process Skills as a measure of ADL ability in schizophrenia. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 2015; 22(6): 470-7.
24. Haslam J, Pappin G, Bourbonnais R, Grignon S. Processes of task performance as measured by the Assessment of Motor and Process Skills (AMPS): A predictor of work-related outcomes for adults with schizophrenia? *Work*. 2010; 37(1): 53-64.
25. Rueda L, Angulo Y, Cruz G, Lapierre M. Evaluación de integración sensorial en adultos con esquizofrenia. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*. 2006; 6(81).
26. Frost B G, Turrell M, Sly K A, Lewin T J, Conrad A M, Johnston S, Rajkumar S. Implementation of a recovery-oriented model in a sub-acute intermediate stay mental health unit (SMHD). *BMC Health Services Research*. 2017; 17(1).
27. Egger S T, Vetter S, Weniger G, Vandeleur C, Seifritz E, Müller M. The use of the Health of the Nation Outcome Scales for assessing functional change in treatment outcome monitoring of patients with chronic schizophrenia. *Frontiers in public health*. 2016; Oct 13: 4220.
28. Su C, Lin Y, Chin-Sea M, Yang M. A Confirmatory Factor Analysis of the Chinese Version of the Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment-Second Edition in a Taiwanese Mixed Clinical Sample. *OTJR: Occupation, Participation and Health*. 2007; 27(2): 71-80.
29. Hilder M, Bernard S, Smith P F. Vestibular pathways involved in cognition. *Frontiers in integrative neuroscience*. 2014; 8: 59.
30. Benitez I, Pino O, Padilla J L, Cuevas-Parra A. Integrating Scale Data and Patient Perspectives for Assessing Functionality in Schizophrenia. *Community mental health journal*. 2016; 52(8): 914-920.
31. Cakmak S, Hüzün S, Ü T, Öztürk S, Tamam L, Ufuk B A L. The Effects of Occupational Therapy and Psychosocial Interventions on Interpersonal Functioning and Personal and Social Performance Levels of Corresponding Patients. *Noropsikiyatri Aşiv-Archives of Neuropsychiatry*. 2016; 53: 234-240.
32. Lindermayer J P, Fregenti S, Kang G, Ozog V, Ufuri I, Khan A, McGurk S R. The relationship of cognitive improvement after cognitive remediation with social functioning in patients with schizophrenia and severe cognitive deficits. *Schizophrenia research*. 2017; 01-07.
33. Lindermayer J P, Ozog V A, Khan A, Ufuri I, Fregenti S, McGurk S R. Predictors of response to cognitive remediation in service recipients with severe mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2017; 40(1): 61.
34. Brissos S, Paltava F, Marques J, G. Mexia S, Garro A L, Carvalho M, Carita A I. The Portuguese version of the Personal and Social Performance Scale (PSP): reliability, validity, and relationship with cognitive measures in hospitalized and community schizophrenia patients. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2012; 47(7): 1077-1086.
35. Pfeiffer B, May-Benson T A, Bodison S C. Guest Editorial—State of

the science of sensory integration research with children and youth. *American Journal of Occupational Therapy*. 2018; 72.

# SALUD MENTAL, UNA RESPONSABILIDAD VITAL<sup>1</sup>

Enrique González Camacho  
Presidente de AFEES Salud Mental - Santa Cruz de Tenerife  
saludmentalafes.org

Quisiera expresar mi agradecimiento por la invitación y creación de este espacio y de esta mesa de familiares y personas con experiencia propia en salud mental que somos VOZ del colectivo y del movimiento asociativo. Y quiero en primer lugar poner en valor esta presencia por la cual surgimos hace ya más de 30 años. Nuestra existencia es causa y consecuencia del lugar que ha ocupado la salud mental en nuestra sociedad, la Canaria, pero también la humana. Somos conscientes que nuestra realidad es una de las más duras e injustas.

Incomprendidos, hemos sido objeto de vulneración de nuestros derechos y de maltrato, y hoy nuestra responsabilidad es hacer consciente a toda la ciudadanía de que el cambio es absolutamente necesario. Cambios, en plural, puesto que muchas veces quien se ocupa de ayudarnos se convierte en nuestro verdugo, incluso sin quererlo.

Hoy, de nuestra salud mental se ocupa en gran medida nuestro servicio sanitario, y mejor o peor, muchas veces, sólo consiguen ser un espacio de contención, cuando no de coerción, con el objeto de parchear las situaciones de urgencia o de crisis, que cualquiera de nosotros podemos vivir.

Un escaso seguimiento por parte de las unidades de salud mental que echra el resto para que una profesional psiquiatra y un o una enfermera le vean cada tres o cuatro meses durante unos minutos. Las personas diagnosticadas de un trastorno mental grave, somos tratados bajo un modelo basado en la cronicidad de nuestra vida. Y digo vida, en primer lugar, por que yo no creo en ese modelo, pero también porque la recuperación es posible pero se da cuando se tiene en cuenta la biografía y las necesidades vitales de una persona, y no de un enfermo. La salud mental pasa por tener un proyecto de vida y unas necesidades básicas cubiertas, por el ejercicio de nuestros derechos y obligaciones como cualquier otro ciudadano. Nuestra recuperación, es decir, nuestra salud mental, tiene que ver con lo que tendria que ver con cualquier otra persona no diagnosticada. No hay diferencias entre las personas para conseguir ese estado optimo de bienestar físico y emocional, tan necesario para la vida. Sin embargo, la desigualdad, la precariedad, el estigma, la falta de tiempo de nuestra sociedad, la sobre medicación, la baja inversión en educación, la falta de profesionales de psicología, un 85 por ciento de desempleo, son elementos claves que si proporcionan un factor de riesgo en nuestra recuperación, y en ese nuevo paciente que franqueará las puertas de un hospital y unos días, o semanas más tarde saldrá con un diagnóstico en la cabeza, y sin información y sin referencias de qué debe hacer para no convertirse en ese nuevo crónico unos años más tarde. Una persona que sigue teniendo sueños, pero también derechos. Y quizás sea ahí cuando se le abran las puertas de los servicios de rehabilitación Psicosocial, unos recursos igualmente importantes desde el comienzo, pero que mal financiados, se convierten o corren el riesgo de convertirse en los recursos asistencialistas de ese modelo caído en el que la persona sólo es objeto pasivo de su vida, y no porque esté deteriorado sino porque nunca se ha confiado en su recuperación ni se le han dado las oportunidades vinculadas con el objeto de sus derechos.

La salud mental no debe ser cosa de azar, ni de dar con un buen profesional, ni de tener una familia que te apoye. Debe ser una prioridad en el desarrollo de cualquier persona que nace en este mundo. Ni la rehabilitación Psicosocial debe ser ese camino que se utiliza cuando el recurso sanitario ya no da más de sí.

Cuando decimos que nuestro modelo es biopsicosocial, estamos diciendo que la recuperación de una persona cualquiera con diagnóstico o incluso sin él pasa por integrar en la atención a la salud mental un abordaje que tenga en cuenta la parte psicológica y social de una persona, y el contexto de la recuperación debe ser ese y no otro.

También, debemos entender que los recursos no son departamentos ajenos unos de otros, porque las personas somos seres integrales. Hacerlo supone una fractura de nuestro contexto y una fractura en la persona que quizás empiece a pensar, ya compará, y en definitiva a fracturarse también, en departamentos, para adecuarse a un modelo que en realidad no le beneficia.

Partimos de la base de que una persona es responsable de su vida, y aunque en ocasiones necesitemos apoyos, los apoyos no deben convertirse en el sentido sino en el medio para la consecución de una vida plena, y para eso se hace necesario una visión unificada y horizontal que crean realmente en la responsabilidad de ella misma para salir adelante en su proyecto de vida, que apoye sus decisiones y a la que se le informe de sus derechos. El paternalismo en salud mental nunca ha funcionado y nunca funcionará. En este sentido, la figura de un psiquiatra, es igual de importante en la recuperación, que la figura de un educador o educadora social, un profesional de la psicología, un profesional del trabajo social, o uno de la enfermería.

La salud mental es a su vez parte inherente al ser humano, y el empleo, la vivienda, la educación, los cuerpos de seguridad del estado y los profesionales que trabajan en ello, son también responsables de generar un contexto social, que permitan el conocimiento, la prevención, y la información para toda la ciudadanía, y que redunde no sólo en la mejora a la atención, sino en la creación de una sociedad más empoderada y desarrollada para asumir cualquiera de los retos venideros sin poner en riesgo la salud de la población.

La red de salud mental, incluidos el movimiento asociativo, tenemos el reto de educar y visibilizar al resto de la población nuestra realidad y la realidad por la que queremos y estamos luchando por conseguir, sin convertirnos en una red que aprisione a la persona, o la haga dar tumbos de un lugar a otro como en un sistema del que si se entra ya no se puede salir.

Generar el contexto social para que la persona tenga también derecho a dejar o a enfermar, sin que sus libertades individuales se pongan en tela de juicio por ello. Perder el miedo a la locura, y entender que forma parte de la experiencia humana, para poder dar luego el mejor apoyo a nuestra comunidad en esta materia, sin utilizar el juicio al diferente o al que no se adapta como quisiéramos.

El movimiento asociativo ha venido para quedarse, porque como en mi caso, que también he pasado por la experiencia de problemas de salud mental, se ha convertido en un espacio de seguridad, visible y participativo, donde reivindicar lo necesario para poder hablar primero de integración y aceptación de la diversidad, y para luego integrarse...

Es común a la discapacidad pensar que las barreras para la integración de las personas son por motivos de la discapacidad de la persona. Para terminar quisiera hacerles la reflexión, de que esas barreras la mayoría de las veces son creadas por aquellos que creen ser normales y que deciden poner un bordillo allí donde podía haberse puesto una rampa.

Muchas gracias por vuestra escucha.

<sup>1</sup> El texto corresponde con una ponencia en el IV Congreso de la Asociación Canaria de Rehabilitación Psicosocial (ACRP), 24 Octubre 2019

# TELEASISTENCIA EN REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL (I). ...UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA UN TIEMPO DE CONFINAMIENTO POR COVID-19

TELECARE IN PSYCHOSOCIAL REHABILITATION (I).  
... A PROPOSAL OF INTERVENTION DURING THE  
CORONAVIRUS LOCKDOWN

Equipo del Centro de Rehabilitación Psicosocial, San Francisco II,  
Plan Insular de Rehabilitación Psicosocial, Gran Canaria.

Equipo profesional del Centro de Rehabilitación Psicosocial "San Francisco II"

Dr<sup>a</sup> Carolina Martel Marrero (I)  
Deseñe Alonso Ortega (I)  
Sofía A. Díaz Garrido (I)  
Sara Sánchez García (I)  
Josefa Hernández Lirio (II)  
Emesio Baena Ruiz (III)

(I) Técnico en Integración Social  
(II) Diplomada Universitaria en Enfermería. Especialista en Salud Mental  
(III) Psicólogo Clínico

Cita artículo: Martel, M.C., et al., "Teleasistencia en Rehabilitación Psicosocial (I)", 2020  
Dirección para correspondencia: carolinamartelmarrero@gmail.com

## RESUMEN:

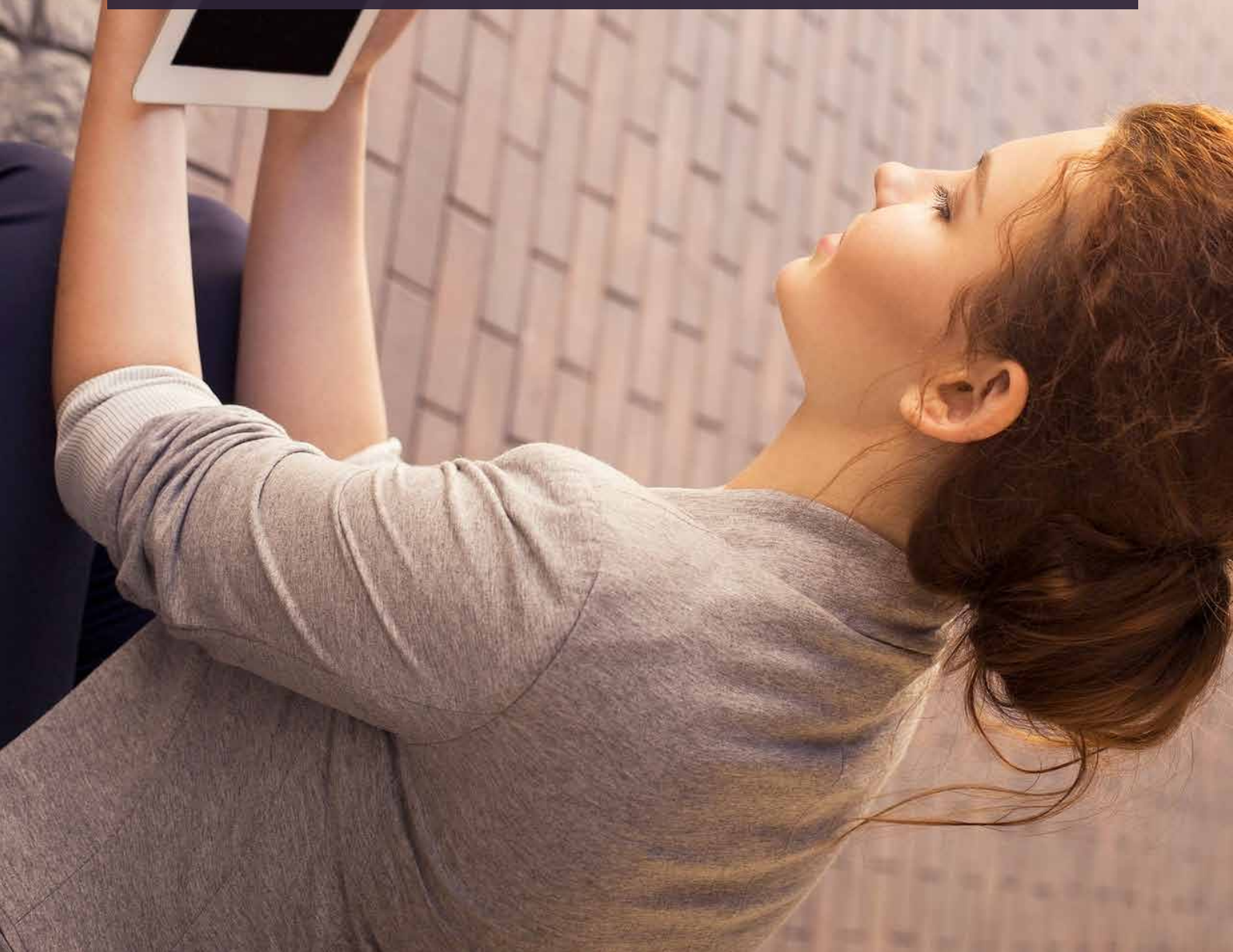
La atención del trastorno mental grave durante el periodo de alerta sanitaria por COVID-19, ha supuesto un gran reto para los dispositivos y servicios de salud mental. En el ámbito de la rehabilitación psicosocial, y por las especiales características de la intervención y contacto frecuente con usuarios/as y familias, su impacto ha sido especialmente notable. Se presenta una propuesta de intervención mediante teleasistencia realizada por el Centro de Rehabilitación Psicosocial "San Francisco II", en nuestro ámbito (Gran Canaria). El presente artículo pretende describir esta experiencia, que se irá ilustrando con alguna casuística de la práctica. Se ha dividido el artículo en dos partes (I) y (II). En esta primera entrega se aborda la teleasistencia a usuarios/as. En la segunda entrega, se aborda la teleasistencia a familias, conclusiones y reflexión final del equipo sobre esta propuesta de teleasistencia en rehabilitación psicosocial.

Palabras clave: Teleasistencia. Rehabilitación psicosocial. Trastorno mental grave.

## ABSTRACT:

The care of severe mental disorders during the COVID-19 lockdown has resulted in a great challenge for the mental health care systems and services. Within the field of psychosocial rehabilitation and due to the special characteristics of the intervention and the frequent contact with patients and family members, the lockdown has had a particularly remarkable impact. This paper is a proposal of intervention through a remote care approach that the team of the Psychosocial Rehabilitation Center "Centro de Rehabilitación Psicosocial San Francisco II" has carried out in our area (Gran Canaria). This paper aims to describe this experience, showing different situations occurred during the implementation of this intervention approach. The article has been divided into two parts (I) and (II). In this first installment, telecare for users is addressed. In the second installment, telecare will be addressed to families, conclusions and final reflection of the team on this proposal for telecare in psychosocial rehabilitation.

Keywords: Remote care. Psychosocial rehabilitation. Severe mental disorder.



## 1. INTRODUCCIÓN

“...por nuestra necesidad lo poco es mucho”.

(Francisco de Quevedo, 1580-1645)

“...si viviéramos que hablar más que escuchar, tendríamos dos bocas y solamente una oreja”

(Mark Twain, 1835-1910)

Con estas citas se intentará encuadrar la propuesta de intervención, y algunas reflexiones que el equipo del Centro de Rehabilitación Psicosocial (CDRP) “San Francisco II” fue realizando a lo largo del periodo de alerta sanitaria por COVID-19. El objetivo de este artículo es modesto. Pretende describir la experiencia del equipo durante este periodo, y que se irá ilustrando con alguna casuística de la práctica. Pero también, es una pequeña “parada reflexiva” realizada a propósito de dicho formato de teleasistencia en rehabilitación psicosocial. En primer lugar, parece confirmarse que cuando se tiene muy poco, el ingenio se agudiza, y lo que centramente señalaba Quevedo, se convierte en una realidad incontestable. Poco antes de este periodo de alerta sanitaria, el equipo profesional tenía una gran incertidumbre respecto al mantenimiento de algunas actividades realizadas con los usuarios/as en recursos externos y espacios socio-comunitarios. El dispositivo llevaba tres años sin asignación económica, y la respuesta institucional a esta delicada situación se demoraba.

La suspensión de actividades presenciales directas con los usuarios/as, unido a la necesidad de mantener su atención, y al tiempo, velar por la seguridad y protección de la salud del equipo, ha supuesto un importante cambio de rumbo. Diseñar un programa de teleasistencia para usuarios/as, encuadrado en un enfoque de recuperación centrado en la persona no resultaba sencillo. Y sobre todo, cuando solo se disponía de un móvil corporativo, sin conexión a internet, y con un saldo restante de dos euros...

En segundo lugar, y aunque la escritura activa de las dificultades que expresan los usuarios/as, de sus expectativas e intereses o de sus problemas cotidianos, es una estrategia ampliamente utilizada en la atención presencial realizada en los dispositivos de rehabilitación psicosocial, tampoco resultaba sencillo encuadrar dicha estrategia en el formato de teleasistencia. Por ello, la cita de Mark Twain, se convertía en un conveniente recordatorio y guía para la intervención.

El contacto cotidiano cara a cara con el usuario/a, en donde se puede observar las actitudes que adopta en el dispositivo, o la posible presencia de signos praxiométricos y que tanto orienta en la práctica diaria, ya no estaba disponible y por tanto debía reorientarse. En el diseño inicial no se realizaban video-llamadas, solo se disponía de la palabra, y fundamentalmente de la escucha...pero tal y como señalaba Twain, la naturaleza nos ha dado para ello dos orejas. La teleasistencia en rehabilitación psicosocial obliga, si cabe, a escuchar aún más...

## 2. INCORPORACIÓN DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS EN SALUD MENTAL

Es preciso señalar, que en las dos últimas décadas,

la atención del trastorno mental grave (TMG) y su encuadrar en el enfoque de recuperación de la enfermedad centrado en la persona, ha ido ampliando su campo e incorporando nuevas estrategias. Entre ellas, el uso de las nuevas tecnologías y el apoyo en red/internet, ha experimentado un incremento considerable. Existe al respecto un buen número de estudios de efectividad realizados desde el campo de la investigación. En el ámbito clínico, se ha señalado por ejemplo, el importante papel que puede tener el uso de estas herramientas tecnológicas en la propia evaluación de la evolución sintomática del paciente. Al respecto, cabe destacar la aportación de Kirby, D, et al. (2012)(1) Los autores revisan los beneficios de estas estrategias de recogida de datos, mediante el informe del paciente a través de su dispositivo móvil, en comparación a los formatos habituales utilizados en los servicios asistenciales. Concluyen que el uso de estas tecnologías resulta muy indicada como herramienta de evaluación, y que el creciente uso de dichas herramientas tecnológicas en todo el mundo, es probable que coloque cada vez más su importancia en la investigación sanitaria, así como en intervenciones más inmediatas en los momentos más necesarios de la vida diaria del paciente.

En la misma línea, el trabajo de Oorschot, M., et al. (2011)(2) Las autoras, inciden igualmente en el uso de estas técnicas de recogida de datos en las formas de “Diario de la Vida Real” (Experience Sampling Method, ESM) o “Evaluación Ecológica Momentánea” (Ecological Momentary Assessment, EMA), como herramienta especialmente útil en la evaluación y seguimiento clínico del paciente.

Destacan que los síntomas positivos, tales como alucinaciones y delirios, se caracterizan por un “ciclo temporal” relativamente corto, con relación al periodo de tiempo en el que una vulnerabilidad específica o factor de riesgo puede influir en la gravedad de los síntomas o en la aparición de una conducta inadecuada, y que la evaluación estándar de estos fenómenos, no permite examinar con prontitud aspectos tales como: la reactividad al estrés, cogniciones momentáneas, cambios emocionales, y otros procesos que son temporalmente muy próximos a la expresión de los síntomas. Por tanto, el uso de los dispositivos móviles por parte de los pacientes para informar de los cambios habidos, ofrece la oportunidad de la evaluación momentánea en la práctica clínica, y minimiza la inversión de esfuerzo y tiempo tanto para el paciente como para el clínico. Señalan por último, que estos procedimientos ofrecen la oportunidad de ampliar las intervenciones terapéuticas para los pacientes con psicosis más allá del ámbito clínico.

En la reciente aportación de Williams, A., et al. (2019)(3) se realiza una revisión de los estudios dedicados al uso de estas herramientas y su efectividad en las intervenciones basadas en el modelo de recuperación y autogestión de la enfermedad. Señalan igualmente, que los usuarios/as de los servicios que facilitan este tipo de herramientas, contribuyen activamente en la planificación de su tratamiento, y que también permite aumentar la posibilidad de los usuarios/as de comunicarse con los profesionales y compañeros sobre lo que es importante para ellos. Pero igualmente advierten, sobre la necesidad de definir con claridad las estrategias y “los acuerdos de uso” entre los ser-

vidos, profesionales y usuarios/as: quién va a iniciar el uso, cuál debe ser la frecuencia de uso, regulación de las intervenciones cara a cara a través de video-llamadas, las intervenciones “en línea”, etc.

En la misma línea: Ben-Zeev, D., et al. (2018)(4) En este ensayo controlado aleatorizado, se señala nuevamente la potencialidad de dichas herramientas tecnológicas en la mejora del compromiso con el tratamiento y la satisfacción general por parte de los usuarios/as.

La íntima relación de la rehabilitación psicosocial con el enfoque de recuperación centrado en la persona y con estos tiempos de empoderamiento de usuarios, debe contemplar por tanto, el uso de estas herramientas tecnológicas como una potente estrategia de intervención.

## 3. ÁMBITO ASISTENCIAL

El CDRP “San Francisco II”, es uno de los diez que actualmente componen la Red de Centros de Rehabilitación Psicosocial (CDRPs), integrada en el Plan Insular de Rehabilitación Psicosocial (PIRP), del Área de Salud de Gran Canaria.

### Ubicación:

Está ubicado en un contexto hospitalario (Hospital Juan Carlos I, Las Palmas de Gran Canaria), relativamente alejado del núcleo urbano, y con un deficiente servicio de transporte público (un autobús cada hora).

### Usuarios atendidos:

El dispositivo atiende un total de 41 usuarios/as. Sus características principales son:

- Respecto a diagnóstico principal y secundarios: Mayoría de usuarios/as con trastornos del espectro esquizofrenia. En menor medida, trastorno bipolar, trastorno obsesivo compulsivo grave, y patología dual asociada. Comorbilidad física en aproximadamente un tercio de usuarios/as.
- Respecto a sexo, edad y procedencia:
  - Sexo: Hombres= 29 / Mujeres= 12
  - Edad: <35 años= 17 / >35 años= 24
  - Procedencia: Urbana= 33 / Rural= 8

### Equipo profesional

El equipo está compuesto por cuatro técnicos en Integración Social, una Enfermera Especialista en Salud Mental y un Psicólogo Clínico que ejerce funciones de coordinación general. Cada integradora social, tutoriza a 10-11 usuarios/as:

- Psicólogo-coordinador y Enfermera Especialista en Salud Mental, con dependencia jerárquica del Servicio Canario de la Salud (SCS).
- Integradoras Sociales, con dependencia jerárquica de empresa privada concertada a por el Instituto de Atención Social y Sociosanitaria (IAS) del Cabildo Insular de Gran Canaria.

## 4. DISEÑO DEL FORMATO DE TELEASISTENCIA A USUARIOS/AS

El diseño de este formato de teleasistencia surge desde la necesidad. Por lo tanto, muchas de sus características, criterios o los propios recursos utilizados, se han ido construyendo y elaborando al mismo tiempo que la intervención se realizaba. La continuidad en la atención a los usuarios/as no admitía demoras...

El esfuerzo del equipo, la comunicación fluida entre sus miembros, sus observaciones y reflexiones, contribuyó a la revisión diaria del diseño, descartando los elementos que parecían menos eficaces y potenciando los que resultaban más adecuados. Para su descripción, se ha considerado conveniente desglosar las distintas fases o “momentos” que guió su implantación, criterios utilizados y características principales:

1. Teleasistencia a usuarios/as.
2. Organización interna del equipo e intercambio de información.
3. Coordinación con otros dispositivos o servicios.
4. Teleasistencia en incidencias especiales.
5. ¿Teleasistencia en urgencias?
6. Registro de datos y notificación de incidencias.

### 4.1 TELEASISTENCIA A USUARIOS/AS

A. Criterios utilizados para distribución y frecuencia de contactos

El primer gran obstáculo, era cómo realizar el contacto con los usuarios/as, disponiendo de un solo dispositivo móvil corporativo, sin conexión a internet, y con un saldo restante de dos euros. La solución a este problema, fue inmediatamente aportada por las integradoras sociales, que sugirieron el uso de sus propios dispositivos móviles. Se descartó su posible repercusión económica, dado que harían la intervención desde sus domicilios. Como primer paso, era preciso activar en sus dispositivos móviles, la función de llamada saliente en número privado. Ello requería igualmente, informar a cada uno de los usuarios/as de dicha estrategia, para que cuando recibirían las llamadas telefónicas, no se alarmaran ante ello.

De esta forma, se pretendía evitar la posible incidencia en su sintomatología, sospechas, ideación de perjuicio, etc. Con ello, el dispositivo móvil corporativo quedaba liberado para llamadas salientes, reservando su uso solo para llamadas entrantes. Se informó a los usuarios/as y también a sus familias, que podrían contactar con dicho móvil corporativo cuando lo precisaran (en horario laboral), quedando el psicólogo-coordinador del CDRP como responsable de la atención a estas posibles llamadas de usuarios-familias.

Pero antes de informar a usuarios-familias, del nuevo formato de teleasistencia, fue preciso establecer los criterios para la distribución y frecuencia de contac-

tos de cada integradora social, con su grupo de usuarios/as, así como de los refuerzos que la enfermera especialista y psicólogo-coordinador tendrían que realizar. El establecimiento de estos criterios resultó algo más laborioso y complejo. Había que atender a la individualidad de cada paciente y de cada familia. Eran muchos los factores a considerar:

- Disponibilidad, consentimiento y autorización de usuarios-familias, para el mantenimiento de contactos telefónicos y frecuencia de dichos contactos.
- Criterios clínicos, funcionales y competenciales.
- Mayor o menor necesidad de supervisión y apoyos requeridos.
- Convivencia familiar, estilos comunicacionales familiares, habilidades de afrontamiento.
- Convivencia no familiar: pisos tutelados con o sin compañeros, usuarios/as ingresados en unidades de larga estancia.
- Vínculos terapéuticos de equipo con usuarios-familias.

Valorado cada caso de forma individual, y atendiendo a todos estos factores, se realizó una distribución de los contactos que cada integradora social realizaría con su grupo de usuarios/as, así como de su frecuencia, que iba desde la comunicación diaria, a la semanal (una vez, dos veces, o tres veces por semana). Se informó seguidamente a usuarios-familias de todo ello, y se consultó sobre su preferencia horaria para establecer dichos contactos.

**Recopilación y selección de recursos disponibles.**  
Criterios de uso:

- Realizar rehabilitación psicosocial con este nuevo formato de teleasistencia, requería reformular las estrategias de intervención. De nuevo, y unidos por la necesidad, esta fase del diseño se tuvo que ir construyendo día a día. Había que considerar muchos aspectos. Entre ellos:
  - Disponibilidad de conexión internet de los usuarios/as y disposición que tenían para su uso.
  - Variabilidad individual en el manejo de dichas herramientas tecnológicas. Posible estrés sobrevenido por el mayor requerimiento cognitivo que podía suponer en determinados casos, el uso de estas vías de comunicación.
  - Qué tipo de cuentas de correo se utilizaría para el contacto vía e-mail.
  - Qué posibilidad existía de mantener en el hogar, las actividades que los usuarios/as realizaban habitualmente en los distintos programas y talleres del CDRP.
  - Indagación y recopilación de recursos on-line.

Había que considerar, por ejemplo, que la disponibilidad de conexión a red-Internet por los usuarios/as, no implicaba necesariamente su uso efectivo. En este sentido, algunos estudios con población psíquica, se

han centrado en la diversa aceptación de dichas herramientas. Así por ejemplo, se ha investigado las diferencias socio-culturales y geográficas, y su especial incidencia en el uso o el no uso de estas tecnologías. En esta línea, la reciente aportación de Athanassopoulou, C., et al. (2017)(5). Los autores examinan, sobre una muestra de 229 sujetos, con trastornos del espectro esquizofrenia de dos regiones europeas distantes, Finlandia (FI) y Grecia (GR), cuál era el uso que realizaban del ordenador, de la red-Internet para fines generales, relacionados con la salud, con la educación en salud o con recursos electrónicos de salud, y cuál era su actitud general hacia las nuevas tecnologías. Como era de esperar, concluyen que la mayoría de los participantes finlandeses eran usuarios actuales de Internet (FI = 111, 87%, frente a GR = 33, 33%,  $P < .0001$ ), mientras que la mayoría de los participantes griegos no utilizaban ordenadores ni Internet, fundamentalmente por su percepción de que no lo necesitaban.

Las especiales características de la población atendida en el CDRP "San Francisco II", elevada proporción de pacientes jóvenes, uso relativamente adecuado de las herramientas tecnológicas, y escasa proporción de pacientes con severos déficits cognitivos, permitió potenciar el uso de esta vía de comunicación. Sin embargo, este fue un aspecto especialmente controvertido. Había que tomar una decisión sobre qué cuentas de correo electrónico se utilizarían con los usuarios/as dispuestos a dicha vía de contacto.

Una vez más, las sugerencias y decidida implicación de las integradoras sociales del equipo, allanó el camino. Se adoptaron los siguientes criterios:

- Uso de cuentas individuales de correo electrónico no activas, o activación de nueva cuenta de correo específica para este fin.
- No se usaría esta cuenta, con ningún otro contacto propio o para otros temas.
- Cada integradora social, utilizaría su cuenta, exclusivamente para su tutoría.
- Se deshabilitaría dicha cuenta una vez terminado el periodo de alerta sanitaria.

Con el paso del tiempo, la práctica diaria colocó al equipo en la necesidad de establecer criterios algo más sólidos respecto al uso de las vías de comunicación telefónica y electrónica. Esto se produjo, tras el uso realizado por algunos usuarios de la vía mail, fuera del horario laboral.

Por ello, los criterios finalmente establecidos y comunicados a los usuarios/as fue el siguiente:

- Como norma, el horario seguiría siendo de 8,00 a 15,00 horas, tanto para contactos telefónicos, como vía mail.
- Para la comunicación vía mail, que establecerían usuarios/as con integradoras sociales se atendería a lo siguiente:

Como norma, se les advertiría que debían ajustarse a dicho horario laboral.

Para el caso, de que solicitaran o preguntaran sobre la posibilidad de realizar contactos por mail fuera del horario laboral, no se aceptaría como norma.

Pero también se les ofrecería la posibilidad de que solo de forma excepcional, si lo precisaran, y por causas especiales, podrían contactar con psicólogo-coordinador llamando al móvil corporativo, fuera de horario laboral. Quedaría a criterio del psicólogo-coordinador la actuación en estos casos.

Si a pesar de las advertencias, se produjese alguna comunicación vía mail por algún usuario/a fuera del horario laboral, las integradoras sociales no la atenderían, posponiendo su respuesta para el día siguiente y en horario laboral. Pero dado que no era posible prever las fluctuaciones clínicas de los usuarios/as, y por la eficacia de esta vía, para el vínculo terapéutico y como adecuado canal de comunicación, en la posterior respuesta no se les censuraría por ello. Solamente se volvería a recordar que intentarían ajustarse al horario laboral.

Respecto al mantenimiento en el hogar de actividades que los usuarios/as realizaban habitualmente en los distintos programas y talleres del CDRP, se intentaría potenciar su realización de forma general con todos los usuarios/as. Con el grupo más reducido de usuarios/as con menor habilidad en el manejo de este tipo de herramientas tecnológicas, menor capacidad contemplativa o mayor dificultad cognitiva, resultó especialmente útil. La indagación, recopilación y selección de los recursos on-line disponibles, también se ha ido desarrollando paralelamente a la intervención. Gradualmente, se fue reuniendo un paquete de actividades y recursos, perfectamente integrables en las diversas áreas de la rehabilitación psicosocial: Actividades físico-deportivas. Autocuidado y hábitos saludables. Habilidades domésticas. Formación-cultura. Expresión corporal y artística. Ocio. Rehabilitación cognitiva.

#### 4.2 ORGANIZACIÓN INTERNA DEL EQUIPO. INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN

También en este punto, el formato de teleasistencia supuso una reestructuración completa del funcionamiento habitual y organización interna del equipo. Unidos por la necesidad, no se dispuso de tiempo suficiente para realizar dicha organización de forma pausada. Solo transcurrió un día desde la toma de decisión por este nuevo formato, hasta su puesta en funcionamiento. Esta práctica diaria, fue modulando y construyendo la organización interna del equipo.

Previamente al periodo de alerta sanitaria por COVID-19, el intercambio de información sobre la evolución de usuarios/as, y sobre el funcionamiento de las distintas actividades y talleres del CDRP, estaba estructurado de la siguiente forma:

- Reunión semanal de equipo, para revisión de evolución usuarios/as, objetivos del Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR), actividades, talleres, etc.
- Intercambio diario de información, sobre incidencias concretas con usuarios/as, vía grupo in-

terno de WhatsApp.

Como se ha señalado, la puesta en práctica del nuevo formato de teleasistencia se realizó en un día a otro. Para ello, solo se contaba en el apoyo mutuo entre los miembros del equipo y en el "socorrido" grupo interno de WhatsApp. Pero también esto, fue modulándose en la práctica diaria. Con el paso del tiempo, se establecieron criterios algo más sólidos para la organización e intercambio de dicha información entre los miembros del equipo, y atendiendo a lo siguiente:

- A. Secuenciación de los reportes en la entrega de información.
- B. No repetición de intervenciones.
- C. Registro diario de intervenciones.

#### A. Secuenciación de los reportes en la entrega de información

El criterio se establece, tras observar algunas dificultades iniciales en el trasvase de dicha información vía WhatsApp. Como se ha señalado, cada integradora social debía realizar sus contactos telefónicos o mail, según la frecuencia que para cada usuario/a se había establecido. A dichos contactos, se añadía los que por su parte la enfermera especialista y el psicólogo-coordinador del CDRP realizaban.

En la primera fase, este intercambio de información a través del grupo interno de WhatsApp, resultó algo atropellado por, mezcla de comentarios sobre una misma intervención, cruce de información de varios profesionales a la vez, etc. Ello, no favorecía la respuesta pasada de psicólogo-coordinador y enfermera especialista, sobre las intervenciones realizadas. La teleasistencia requería una valoración individual sosegada, y con criterios técnicos de cada uno de los contactos que se iba realizando. Por todo ello, el criterio finalmente utilizado y que resultó especialmente útil fue el de la secuenciación en los reportes. Esta secuenciación se realizó así:

- Reportes de integradoras sociales: Se realizaba a lo largo de la jornada laboral, pero de una en una. Aún así, el criterio no era inflexible. Podía ocurrir, por ejemplo, que alguna de las compañeras no lograra contactar con algún usuario/a, y lo hiciera posteriormente durante el reporte de otra compañera, o que solicitara alguna indicación técnica sobre algún usuario concreto, o respuesta más inmediata respecto a algún requerimiento o pregunta de usuarios-familias.

- Reportes de enfermera especialista: Por su especial función, era necesaria la flexibilidad y fluido intercambio de la información sobre sus intervenciones al grupo WhatsApp.

- Reportes de psicólogo-coordinador: Habitualmente al término de la jornada, y también con la flexibilidad suficiente.

#### B. No repetición de intervenciones

El criterio se establece, para evitar intervenciones paralelas y contactos con usuarios-familias, repetidos y en el mismo día. Para ello, se realizó también una

distribución de los contactos de refuerzo que realizaban enfermera especialista y psicólogo coordinador con usuarios-familias. Estos contactos se realizaban de forma complementaria y no sustitutiva al que realizaban las integradoras sociales. En las ocasiones que resulto preciso realizar algún contacto adicional fuera de los espulados, se informaba previamente vía WhatsApp para conocimiento general del equipo.

### C. Registro diario de intervenciones

El nuevo formato de teleasistencia supuso igualmente la reorganización del sistema de anotación y registro de incidencias y seguimientos que el equipo realizaba en su práctica cotidiana presencial, y previamente al periodo de alerta por COVID-19.

El acceso a las historias clínicas ya no era posible, pero cada miembro del equipo conocía perfectamente y en detalle los objetivos PIR de cada usuario/a. Las historias clínicas debían permanecer en el dispositivo. Por ello, se tuvo que diseñar un nuevo sistema de registro diferenciado por profesionales:

- Las integradoras sociales; redactarían en archivo personal, sus intervenciones y contactos diarios.
- La enfermera especialista; centralizaría los contactos y seguimientos diarios del equipo, de cara a su anotación en el Registro de Casos Psiquiátricos (RECAP), que resultaría obligado hacer en nuestro ámbito asistencial.

El psicólogo-coordinador, centralizaría en archivo personal, los reportes diarios de cada miembro del equipo e incidencias especiales.

Por último, es necesario hacer una mención especial al intercambio de información que se fue realizando vía WhatsApp interno, para el propio diseño y elaboración del presente artículo. Las observaciones y reflexiones de todos los miembros del equipo sobre la evolución de este nuevo formato de teleasistencia contribuyó a ello. Pero es preciso aclarar, que para este intercambio específico de información, el equipo no ha sido muy ordenado. Tal vez, por aquello de que a veces los pensamientos van fugaces, o por la necesidad de expresarlos con rapidez para que no se pierdan en el camino, y poder organizarlos posteriormente: "...el pensamiento es el corcel, la razón el jinete". Aurore Dupin (1804-1876).

## 4.3 COORDINACIÓN CON OTROS DISPOSITIVOS O SERVICIOS

En nuestro ámbito asistencial, la coordinación y contactos con otros servicios o dispositivos de la Red de Salud Mental (RSM), implicados en la atención a las personas con TMG, suele ser muy frecuente. Algunas de estas coordinaciones y contactos, se encuentran regulados tanto en su formato como en su frecuencia, y otros se realizan de forma más puntual, cuando las circunstancias de cada caso así lo requiere.

Respecto a los servicios asistenciales, el dispositivo de la Red de Salud Mental de Gran Canaria, que constituye el eje y primera línea de atención al TMG, es la Unidad de Salud Mental (USM). Cada usuario/a derivado al dispositivo, está adscrito a una USM de referencia. Y son las Unidades de Salud Mental (USMS),

quienes derivan principalmente a los usuarios/as.

Pero existen otros dispositivos asistenciales que igualmente pueden realizar estas derivaciones. Estos son: Unidad clínica y de rehabilitación (UCRY), hospitalaria para pacientes de larga estancia. Unidad de media estancia (UME), hospitalaria para pacientes de estancia no prolongada. Hospital de día infanto-juvenil (HDIJ). Equipo de tratamiento asertivo comunitario (ETAC).

También existe en la RSM, otros dispositivos y recursos implicados en la atención a las personas con trastorno mental grave. Estos son: Dispositivos y recursos aliativos: Plan de alojamiento alternativo (PAA), pisos tutelados compartidos, pisos tutelados individuales, miniresidencias, pensiones. Dispositivos de apoyo domiciliario y promoción de la autonomía personal (SPAP). Dispositivos de apoyo al empleo: Plan de apoyo al empleo (PAE). Dispositivos tutelares.

El periodo de alerta sanitaria, supuso una reorganización de todos estos dispositivos y servicios. Ello afectó también a la coordinación y contactos con ellos. Por ejemplo, la reunión de coordinación periódica, conjunta y presencial entre el CDRP y las USMS, en donde se realizaba una revisión pormenorizada de la evolución de todos los pacientes derivados, ya no era posible. Había que pasar a un tipo de coordinación exclusivamente telefónica y caso por caso. Este periodo de alerta por COVID-19 y sus dificultades asociadas, ha supuesto un gran reto para la RSM. Pero al tiempo se considera, que ha podido suponer una cierta revitalización del propio funcionamiento en red. La casuística ha sido diversa. Se presenta algunos casos para ilustrar cómo se realizó esta coordinación y contactos durante el periodo de alerta.

### Caso 1º (Damián):

- Descripción: Usuario diagnosticado de esquizofrenia hebefrénica, especialmente vulnerable y tendencia heteroagresiva ante situaciones de estrés ambiental. Larga historia de ingresos hospitalarios y amplio recorrido por distintos servicios y dispositivos. Se realiza contacto diario con usuario y madre. A su madre le está costando especial dificultad su contención, especialmente en horario de tarde. En contacto realizado por integradora social, la madre solicita apoyo para poder realizar alguna salida de corta duración y poder realizar un pequeño paseo con su hijo, por los alrededores. Psicólogo-coordinador realiza contacto posterior a través de móvil corporativo. Se informa a madre, que efectivamente ha salido publicada instrucción del Ministerio de Sanidad, sobre este asunto.

- Coordinación: Al día siguiente, el psicólogo-coordinador del CDRP establece contacto con su psiquiatra de referencia de USM, quien por su conocimiento del caso, considera también la conveniencia de autorizar dichas salidas y realizar certificación acreditativa. Madre y usuario comienzan a realizar paseos cercanos a domicilio.

### Caso 2º (Gloria):

- Descripción: Usuaría diagnosticada de trastorno esquizofrénico y especialmente vulnerable. Muy baja tolerancia a frustración. No es capaz de inte-

grar su situación actual de confinamiento. Precisa de frecuentes contactos y apoyos tanto sociales como profesionales. Larga historia de ingresos hospitalarios. A pesar del contacto diario que la integradora social establece con ella, vuelve a contactar y por segundo día consecutivo, con psicólogo-coordinador del CDRP. También ha intentado que su enfermera de la USM le atendiera, pero sin éxito. Durante contacto telefónico, llanto incontrolable. Muy ansiosa. Se ofrece a paciente algunas estrategias para manejo de la ansiedad (se volverá con este caso más adelante).

- Coordinación: El psicólogo-coordinador del CDRP, establece contacto telefónico con Coordinadora de su USM. Su psiquiatra de referencia se encuentra de baja laboral. Se pacta que la enfermera especialista de la USM, incrementaría contactos con la usuaria, dada su fragilidad y como refuerzo al contacto diario que ya realizaba el CDRP.

### Caso 3º (Luis):

- Descripción: Usuario muy joven diagnosticado de esquizofrenia, que vive en piso tutelado compartido. Nulos apoyos familiares y sociales. Su asistencia previa al dispositivo ha sido irregular, a pesar de los esfuerzos realizados por la supervisora del programa de alojamiento alternativo. Para la intervención con este usuario desde el formato de teleasistencia, el equipo preveía dificultades en la realización y seguimiento de las actividades que se pudiesen sugerir.

- Coordinación: Integradora social del CDRP que tutoriza, realiza coordinación con la supervisora de pisos. Cada contacto telefónico realizado con el usuario se complementaría con igual contacto con su supervisora. Se pacta que, dicha supervisora realizará apoyo diario en la realización de las actividades que se van sugiriendo al usuario. También se ha abierto otra vía de comunicación por mail, que la supervisora de pisos intentará potenciar.

## 4.4 TELEASISTENCIA EN INCIDENCIAS ESPECIALES

Durante el periodo de alerta por COVID-19, el equipo ha tenido que afrontar situaciones algo complejas y algunas incidencias especiales con usuarios-familias. Algunas de estas incidencias fueron resueltas favorablemente, otras de forma parcial, y otras no fueron resueltas. Sin pretender acotar completamente la casuística de dichas dificultades e incidencias, cabría agruparlas en las siguientes áreas:

- Dificultades por cambios sintomáticos relevantes.
- Dificultades relacionadas con el desarrollo de objetivos PIR individuales.
- Dificultades convivenciales.
- Dificultades adaptativas de usuarios-familias relacionadas con el confinamiento.
- Dificultades para la provisión de apoyos a usuarios-familias especialmente vulnerables.

Es preciso señalar previamente, que el abordaje de todas estas dificultades e incidencias especiales, fue una tarea común, de todo el equipo. En la resolución favorable de algunas, pudo influir tal vez, las intervenciones de carácter más técnico realizadas por la enfermera especialista y psicólogo-coordinador del CDRP, pero nada de ello hubiera sido posible, sin la decidida implicación de las integradoras sociales. Se ilustra cada área con algunos casos tratados de la práctica.

### A. Dificultades por cambios sintomáticos relevantes

En líneas generales, y contrariamente a lo que cabría esperar, los usuarios/as mantuvieron un aceptable nivel de estabilidad clínica durante el periodo de alerta sanitaria. Es preciso señalar también, que con la gran mayoría de ellos, los controles presenciales realizados por sus dispositivos terapéuticos de referencia (USMS), habían sido pospuestos. Por ello, fue necesario afrontar algunas dificultades en el abordaje de estos cambios sintomáticos relevantes. El formato de teleasistencia en este terreno, resultaba ineficaz para el equipo. Hay que recordar que solo se disponía del conocimiento previo de cada uno de ellos, de la palabra y de la escucha. Pero el contacto visual directo, que tanto orienta en la práctica habitual, no estaba disponible (no se realizaban video-llamadas).

Ya se ha señalado (ver Introducción), el importante papel que puede tener el uso de estas herramientas tecnológicas en el ámbito clínico y en la propia evaluación de la evolución sintomática del paciente: Kimhy, D., et al. (2012). También lo indicado por otras aportaciones, que subrayan como los síntomas positivos tales como alucinaciones y delirios, fluctúan durante periodos de minutos u horas y que por tanto, el uso de herramientas tecnológicas por parte de los pacientes para informar de los cambios habidos, ofrece la oportunidad de la evaluación momentánea en la práctica clínica: Oroschot, M., et al. (2011). Pero aún con todo ello, la forma específica de intervención con usuarios-familias, que comunicaban cambios sintomáticos relevantes, y el tipo de estrategias más adecuadas para dicha intervención, seguía siendo incógnita. La práctica del equipo, condujo a una fórmula mixta que incorporaba elementos del enfoque cognitivo-conductual y elementos de la psicoeducación.

Se pudo comprobar en la revisión bibliográfica, que desde el campo de la investigación ya se venía señalando las evidencias sobre la efectividad de estas estrategias cognitivo-conductuales dirigidas a pacientes, en el ámbito de la rehabilitación psicosocial. Así por ejemplo, la reciente aportación de: Ruegg, N., et al. (2018)(6). Los autores realizan un exhaustivo estudio y propuesta de protocolo de evaluación sobre viabilidad y eficacia de la intervención cognitivo-conductual a través de Internet, en comparación con grupo control. Como punto de partida, señalan que la puesta en práctica de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) para la psicosis en la atención clínica habitual sigue siendo un reto. Indican que las intervenciones (TCC) basadas en Internet, podrían reducir esta brecha en el tratamiento de la psicosis. Esta intervención incluye módulos sobre 11 dominios distintos. Se comparan, para ambos grupos los cambios en los síntomas psicóticos positivos (resul-

tados primarios) y se evalúan algunos predictores de los efectos del tratamiento. La intervención llamada: "Evidence-Based Selfhelp Intervention" (EVBaSI), consiste en un programa en línea basado en los principios de la TCC. También incluye componentes de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y de Entrenamiento en Metacognición (MCT). Una aplicación para dispositivos móviles, ofrecía la posibilidad al paciente de practicar estos módulos en la vida cotidiana. Esta intervención, volvía a indicar la potencialidad de dichas estrategias cognitivo-conductuales. Se presenta dos casos para ilustrar la intervención en esta área: El primero, relacionado con cambios sintomáticos relevantes comunicados por paciente (que fue abordado desde un enfoque cognitivo-conductual). El segundo, relacionado con cambios sintomáticos relevantes comunicados por familia de paciente (que fue abordado desde un enfoque psicoeducativo integrado en programa estructurado de intervención multifamiliar).

#### Caso 1º (Simón):

- Descripción incidencia: Usuario diagnosticado de esquizofrenia paranoide. A destacar su buen nivel de "empoderamiento". Está integrado en un Grupo de Escuchadores de Voces (GEV), en el que participan usuarios de distintos CDRPs de la Red. Presenta una actividad alucinatoria auditiva muy intensa. Pero a pesar de ello, el usuario dispone de un buen manejo prodrómico y conoce perfectamente como se gradúa y evoluciona dicha actividad, que va desde "murmullos" iniciales hasta la presencia de voces claras y comandatorias, que le instan a la autolisis o heteroagresividad. Ha tenido intentos autolíticos serios. Habitualmente, cuando comienza a "identificar" dichos "murmullos", acude a su USM o al servicio de urgencias hospitalario, en donde proceden a un rápido reajuste del tratamiento farmacológico. En contacto telefónico de la integradora social que le tutoriza, el usuario informa de que las voces se han intensificado y que en esta ocasión le instan permanentemente a que haga daño y mate a su madre. Conviene con padres ahosos, y es cuidador principal de ellos.

- Descripción intervención: El psicólogo-coordinador del CDRP, establece contacto telefónico con usuario. En consultas presenciales, previas al periodo de alerta sanitaria, se había tratado en detalle esta actividad alucinatoria del paciente. Por ello, se pudo realizar un abordaje más directo. El usuario informa en este contacto, que le está resultando muy difícil contener las voces que le instan a hacer daño a su madre. Se le recuerda, que el dispone de un excelente manejo prodrómico. Pero el usuario señala, que ha evitado acudir al servicio de urgencias hospitalario, como suele hacer, ante el mayor riesgo de contagio por coronavirus. En este punto, se acude a la provisión de algunas estrategias sencillas encuadradas en el enfoque de la terapia cognitivo-conductual. Se incide en que el conoce perfectamente que las voces están relacionadas con su enfermedad. Paralelamente se le ofrece algunas sugerencias para su aplicación durante la presencia de las voces, y en competencia con ellas, advirtiéndole que con ello no evitará su presencia, pero sí podrá amortiguar su intensidad.

#### Caso 2º (Pedro):

- Descripción incidencia: Usuario joven, diagnosticado de esquizofrenia paranoide. Conviene con progenitores. Resto: hermanos independizados. Sus padres de edad avanzada, participan en grupo multifamiliar del dispositivo. Este grupo de familias, actualmente paralizado, se encontraba en la tercera fase del programa de intervención familiar, módulo de resolución de problemas. Previamente al periodo de alerta sanitaria, en una sesión grupal, el resto de familias participantes seleccionó para su abordaje el problema planteado por los padres de este paciente. Uno de los elementos del problema seleccionado, se relacionaba con el nivel de sobrecarga familiar por continuos requerimientos de atención que realizaba el usuario, y reproches permanentes que hacía a sus padres, por el perjuicio que le había ocasionado que le llevaran al dentista para colocación de brackets dentales, y que realizaba en cualquier espacio de la casa (incluido el dormitorio de sus padres) y a cualquier hora (también en horario nocturno), llegando a tener conductas agresivas con su madre (lagarría violentamente por el brazo). En seguimientos posteriores y previos al periodo de alerta sanitaria, se informó de una mejora parcial con relación a este problema. En contacto telefónico que mantiene psicólogo-coordinador del CDRP con familia, durante el periodo de alerta, madre informa de un nuevo retroceso. Los requerimientos del paciente iban en aumento...

- Descripción intervención: El psicólogo-coordinador del CDRP, recuerda a su madre lo señalado tanto en entrevistas unifamiliares, como en el propio grupo multifamiliar, respecto a que esta conducta del usuario estaba directamente relacionada con su sintomatología, con su actividad delirante y la angustia psicótica que le suponía este tema de los "brackets dentales". Se le recuerda también, que intentó mantener la estrategia de solución aportada en el grupo multifamiliar y en entrevista posterior conjunta familia-usuario, respecto a atenderle en estos momentos, pero no en cualquier espacio de la casa, sino en su habitación, y que fuese el padre y no ella, quien realizara dicha atención. Se refuerza también, la mejora y adecuado afrontamiento que estaban realizando sobre otros elementos del problema tratado en el grupo multifamiliar en relación: a la potomanía del paciente y a su hábito de poner música a muy alto volumen. En intervenciones posteriores de la enfermera especialista del CDRP, se informa de algún episodio de amenaza verbal de muerte a su padre, y reiteración puntual aunque intensa de sus episodios de angustia por el tema "brackets dentales", que fueron afrontados de forma parcialmente adecuada por la familia.

#### B. Dificultades relacionadas con el desarrollo de objetivos PIR individuales

Resultaba muy probable, que el simple hecho de que los usuarios/as no pudieran asistir al dispositivo durante el periodo de alerta por COVID-19, provocara un fuerte impacto en su actividad y rutinas habituales.

Intervenir mediante teleasistencia, para que esta posible pérdida de rutinas no implicara retrocesos notables en el proceso de recuperación de los usuarios/as, y en el desarrollo de los objetivos PIR pactados con cada uno de ellos, era el objetivo básico y eje del formato de intervención.

Aunque en líneas generales, los usuarios/as mantenían un nivel aceptable de implicación para realizar actividades relacionadas con sus objetivos PIR, se presentaban dificultades con algunos, que efectivamente se cumplieron en la práctica.

La casuística fue diversa, pero de forma general se podría encuadrar en las siguientes áreas:

- Usuarios/as que no atendían a las llamadas telefónicas o mail del equipo y que convivían:
- En hogares propios con familiares que ofrecían bajo soporte.
- En pisos tutelados compartidos.
- En pisos tutelados individuales.
- Usuarios/as con tendencia al aislamiento e inactividad.

- Usuarios/as que mostraron rechazo directo a la realización de actividades en el hogar.

Abordar todo ello desde el formato de teleasistencia no fue sencillo. Nuevamente, la práctica diaria fue marcando las estrategias que resultaban más indicadas:

- Comunicación interna: El intercambio fluido de la información sobre las dificultades que se iban presentando en esta área fue fundamental. El canal interno (grupo WhatsApp) del equipo tuvo un importante papel. Ello permitió por ejemplo, que se pudiera rediseñar estrategias de contacto con pacientes reticentes, o acudir a apoyos externos de pacientes que seguían un adecuado seguimiento de los usuarios/as.

- Perseverancia en contactos: De forma menos habitual, con algunos usuarios resultaba imposible realizar el establecimiento de contactos o mantener la frecuencia de los mismos. Y ello porque: desatendían llamadas, desactivaban sus dispositivos, vivían solos, etc. Cuando el equipo informaba al respecto, la consigna básica era "Volver a llamar". Esta perseverancia en los contactos, realizados a veces incluso casi al término de la jornada laboral, resultó especialmente útil con algunos pacientes.

- Solicitud de apoyo familiar: También surgieron dificultades con otro grupo de usuarios/as tendientes a la inactividad, o reticentes a realizar actividades en el hogar. Ello dependía no sólo de las características propias de los usuarios, sino también de sus familias. Se trataba de familias que no proveían de apoyos suficientes o con estilos comunicacionales muy pasivos. Para estos casos, fue preciso redoblar esfuerzos con dichos familiares, solicitando su colaboración y señalando que la información cotidiana de los pacientes, podría repercutir en su evolución clínica y en el desarrollo de

los objetivos PIR, e incluso provocar su total desinterés para reiniciar actividades en el CDRP, cuando finalizara el periodo de alerta sanitaria.

- Solicitud de apoyo a dispositivos: En otros casos, la coordinación con los dispositivos y servicios de la Red de Salud Mental (ver Apdo. 4.3), fue el elemento clave para salvar las dificultades de algunos usuarios/as en esta área. Es preciso destacar aquí, el importante papel que desempeñó el personal asignado al programa de alojamiento alternativo, apoyando la realización de actividades de usuarios que vivían en pisos tutelados compartidos o en pisos individuales.

#### C. Dificultades convivenciales

En el formato de teleasistencia familiar, que se describirá detalladamente en la segunda parte de este artículo, se descartó inicialmente la intervención con familias de estilos comunicacionales agresivos. Pero nuevamente, la práctica colocó al equipo en la necesidad de realizar dicha intervención. Se presenta dos casos para ilustrar:

#### Caso 1º (Susana):

- Descripción incidencia: Usuaría diagnosticada de trastorno bipolar. Ella y su hermana (de alta emoción expresada) conviven juntas. Se turban en el cuidado de su madre ahosa, gran dependiente y encamada, que vive con ellas. En entrevistas previas, se señalaba que la hermana de esta usuaría tenía "sentir-odio" hacia la paciente porque le había arruinado su vida. En contacto telefónico de la integradora social, la usuaría informa de que su hermana la obligaba a realizarse pruebas de COVID-19, por simplemente haberla oído toser en el pasillo, y que estaba continuamente atosigando.

- Descripción intervención: Psicólogo-coordinador del CDRP, establece contacto telefónico, al que casualmente responde dicha hermana. Su relato es muy crítico acerca de las conductas de la usuaría. Expresa también su total convencimiento de que iba a empeorar y descompensar. En este punto, se intenta desviar su discurso, hacia cómo iba viendo ella misma el confinamiento obligatorio. Ello permitió un contacto algo más sereno. Y sólo al final de la conversación telefónica, se señala la confianza del equipo en ella, y en su capacidad para afrontar la difícil convivencia con la usuaría durante el periodo de alerta. A pesar de ello, el equipo preveía nuevos conflictos, que efectivamente se produjeron con posterioridad. Pero al menos, y para esta ocasión, la intervención fue parcialmente útil.

#### Caso 2º (Ricardo):

- Descripción incidencia: Usuario muy joven diagnosticado de esquizofrenia. Hijo adoptado por padres de edad avanzada. Madre fallecida recientemente con la que tenía muy buen vínculo. La relación con su padre, siempre fue tensa. Su padre (de alta emoción expresada), censura y critica frecuentemente las conductas de su hijo, y ocasionalmente le ha agredido.

Todo ello, había sido confirmado por el padre en entrevistas presenciales previas al periodo de alerta sanitaria, habiendo establecido pactos con él para la evitación de dicha conducta. En contacto telefónico de la enfermera especialista del CDRP, el usuario informa de que últimamente se han incrementado los episodios agresivos de su padre hacia él.

- Descripción intervención: Enfermera especialista del CDRP, le recuerda algunos contenidos abordados en un programa individualizado de afrontamiento y manejo de la ansiedad-estrés, que el usuario realizaría previamente al periodo de alerta sanitaria. Centra su intervención en algunas sugerencias que fueron indicadas en la primera sesión de dicho programa. El usuario cree que el aumento de la tensión, también se debe a que su padre está más nervioso por no poder salir de casa. Enfermera especialista del CDRP le recuerda también, otras estrategias que el usuario había comenzado en consultas presenciales y que le ayudaba a mejorar la convivencia con el padre, como por ejemplo: solicitarle que le hiciera relatos sobre su abuela paterna y sobre su infancia.

#### D. Dificultades adaptativas de usuarios-familias relacionadas con el confinamiento

El periodo de confinamiento doméstico obligatorio durante la alerta sanitaria por COVID-19, no ha sido sencillo para la población en general, y ha supuesto un fuerte impacto en múltiples aspectos de sus vidas. Para colectivos especialmente vulnerables, este impacto se preveía mayor aún. Las personas con trastorno mental grave y sus familiares, es uno de estos colectivos.

Pero cabrían algunas reflexiones previas y a modo de interrogantes. Por ejemplo, ¿realmente eran más vulnerables al confinamiento obligatorio las personas con trastorno mental grave, que de por sí, suelen presentar tendencia al aislamiento social (auto-confinamiento doméstico), o ¿eran más vulnerables sus familias, de las que se sabe también que suelen estar hasta diez veces más aisladas socialmente que la población general?. Con relación a este último aspecto: Onwumeme, J., et al. (2018). (7) Tal vez tras este periodo de alerta, se pueda ir despertando alguna de estas incógnitas.

En las conclusiones del presente artículo, que se presentarán en la segunda entrega del mismo, se tratará todo ello con mayor detalle. Para el abordaje de algunos problemas, que el equipo tuvo que afrontar con usuarios-familias que presentaban dificultades adaptativas al confinamiento obligatorio, resultó igualmente útil, las estrategias de reestructuración cognitiva, que ya se han venido señalando. Se presentará casos para ilustrar, y que se han descrito anteriormente:

#### Caso 1º (Gloria):

- Descripción incidencia: Usuaria con diagnóstico de trastorno esquizoafectivo y especialmente vulnerable. Muy baja tolerancia a frustración. No es capaz de integrar su situación actual de confina-

miento. Precisa de frecuentes contactos y apoyos tanto sociales como profesionales. Larga historia de ingresos hospitalarios. A pesar del contacto diario que la integradora social establece con ella, vuelve a contactar y por segundo día consecutivo con psicólogo-coordinador del CDRP, a través del móvil corporativo.

- Descripción intervención: Psicólogo-coordinador del CDRP, responde a su llamada telefónica. La usuaria informa de que ha intentado que su enfermera de la USM le atendiera, pero sin éxito. Durante contacto telefónico, llamo incontinente. Muy ansiosa. Se le recuerda algunos señalamientos realizados en consultas presenciales previas. Para la intervención se acude a la provisión de estrategias sencillas encuadradas en el enfoque de la terapia cognitivo-conductual, ofreciéndole algunas sugerencias para aplicación durante sus episodios de ansiedad y en competencia con ello. En contacto posterior que establece con ella la integradora social que le tutoriza, comenta que la aplicación de dichas sugerencias le había resultado de utilidad en esta ocasión.

#### Caso 2º (Danián):

- Descripción incidencia: Madre de usuario diagnosticado de esquizofrenia hebreñrica, especialmente vulnerable y con tendencia heteroagresiva ante situaciones de estrés ambiental. Larga historia de ingresos hospitalarios y amplio recorrido por distintos dispositivos. Se realiza contacto diario con usuario y madre. En contacto realizado por integradora social que le tutoriza, la madre solicita apoyo para poder realizar alguna salida de corta duración con su hijo.

- Descripción intervención: El psicólogo-coordinador del CDRP contacta posteriormente con esta madre. La intervención se realiza a dos niveles:

- En primer lugar, respondiendo a su petición de apoyo para poder salir con su hijo. Fruto de esta intervención y posterior coordinación con USM de referencia, al día siguiente se acredita al paciente para que pudiera realizar salidas diarias.

- En segundo lugar, indagando sobre su personal vivencia del confinamiento. En este punto, comenta que dicho confinamiento le supone una especial dificultad para la contención del paciente (y especialmente en horario de tarde), pero señalando al tiempo que la dificultad no era solo por su hijo, sino también por ella misma, se ha señalado, que determinadas características anocionales de los familiares de personas con IMAG, pueden influir en su capacidad y competencia para el afrontamiento de dicha enfermedad; Sanger, L. (1997). (8) En este caso, se trata de una madre con alto nivel de formación, con tendencia social expansiva y amplia red de contactos sociales. Suele viajar frecuentemente por motivos laborales, y ha ido extendiendo en torno a su hijo toda una amplia red de soportes y recursos que le apoyan. Se preveía que el periodo de confinamiento iba a resultar especialmente difícil para esta madre. No se realizó una intervención estructurada, ni se efectuó ninguna provisión de estrategias específicas. Se mantuvo

una conversación distendida, sobre todos estos aspectos. Y se le expresó la confianza del equipo en ella, y en su capacidad para ir adaptándose progresivamente al confinamiento. La acreditación que la USM realizó autorizando las salidas puntuales del usuario en compañía de su madre, mejoró notablemente la situación.

#### E. Dificultades para la provisión de apoyos a usuarios-familias especialmente vulnerables

Algunas de las dificultades surgidas en esta área, resultan especialmente penosas para el equipo, por la imposibilidad de proveer a estos usuarios-familias de apoyos sólidos. Se traen dos casos para ilustrar.

#### Caso 1º (Encarnación):

- Descripción incidencia: Madre intervenida poco antes del periodo de alerta sanitaria por proceso oncológico. Durante la convalecencia de esta madre, su hija sufre descompensación psicótica, que precisó ingreso hospitalario. La madre no puede visitarla en la Unidad de Agudos, dado su fragil estado de salud. Tampoco dispone de otros apoyos familiares. Al tiempo, recibe la noticia de que a ella misma, le deberán reintervenir de su tumor que tiene mal pronóstico. En contacto telefónico que establece con ella el psicólogo-coordinador del CDRP, se muestra tremendamente abatida, muy desesperanzada con respecto al tiempo de vida que le puede quedar, y muy preocupada por su hija, también ingresada, a la que no puede visitar, y no sabe si volverá a ver.

- Descripción intervención: La conversación telefónica gira en torno a ella. No se aborda directamente ningún aspecto relacionado con la usuaria. Esta, madre sencillamente, necesitaba hablar. Se realiza una intervención de apoyo emocional, y se le expresa total comprensión sobre lo que estaba sufriendo, ofreciéndole la posibilidad de que contactara con el equipo cuantas veces lo precisara. Finalmente se señala, que no debía perder la esperanza y que tal vez las cosas podrían mejorar.. (poco tiempo después se produjo el fallecimiento de esta madre).

#### Caso 2º (Bridgida):

- Descripción incidencia: Paciente esquizofrénica y oncológica (linfoma) reactivado poco antes del periodo de alerta). Se encontraba ingresada en unidad hospitalaria de larga estancia. Por su alto riesgo, la unidad hospitalaria decide su exteriorización temporal. A su madre le resulta complejo su contención doméstica, por sintomatología psicótica activa y conductas desajustadas de la usuaria. En contacto que establece psicólogo-coordinador del CDRP, se mantiene conversación con la usuaria y con su madre. Se observa en ambas, cierto desánimo e incredulidad por lo que podría ocurrir. La usuaria, comentando que en las sesiones de quimioterapia que recibe actualmente, tras reactivada de su proceso oncológico, a veces se mareaba... y expresando también su deseo de no ser reintegrada un la unidad de larga estancia cuando acabase el periodo de confinamiento. La madre, comentando que va afrontando las cosas como

puede... y que la convivencia no es fácil.

- Descripción intervención: Se realiza una intervención de apoyo. Con usuaria, recordando que intenta seguir en lo posible, las actividades que le fuera sugiriendo su integradora social cuando contactara periódicamente con ella. Con su madre, señalándole total confianza en ella, y en su paciencia habitual. Se ofrece a ambas, total disponibilidad para que contactaran cuando les fuera preciso.

#### 4.5 ¿TELEASISTENCIA EN URGENCIAS?

En la Red de Salud Mental, la atención realizada a personas con trastorno mental grave en los CDRPs, se considera una actuación de tercer nivel. Por tanto, no se interviene en situaciones de urgencia. Ello queda reservado a otros dispositivos y servicios. La función de los CDRPs es otra. Sin embargo, y dado el frecuente contacto que se mantiene con los usuarios/as, y por el conocimiento que se posee de cada uno de ellos, el papel de los dispositivos de rehabilitación psicosocial, en la prevención de recaídas y posibles reingresos hospitalarios de los usuarios/as, ocupa un lugar destacado. En ello intervienen diversos factores:

- Contacto frecuente con usuarios-familias.
- Vínculos terapéuticos establecidos.
- Conocimiento de signos prodromicos, por su observación directa, por la propia información de los usuarios/as, o por comunicación y advertencias de familiares.
- Posibilidad de coordinación y comunicación inmediata con dispositivos terapéuticos de referencia, para reajustes de tratamiento, adelanto en citas, etc.

- Intervención directa en prevención de recaídas: a través de programas estructurados al efecto

En el diseño inicial del formato de teleasistencia, no se contempló en modo alguno la intervención en situaciones de urgencia. Y aún así, el equipo sigue teniendo muchas dudas sobre ello. De ahí el título en interrogante para este apartado. Pero el periodo de alerta sanitaria, como se ha venido señalando, supuso un impacto notable en la posibilidad de acceso presencial a los dispositivos asistenciales de referencia. Igualmente acudir a los servicios de urgencias hospitalarios no estaba recomendado. Para algunos de los usuarios-familias atendidos, el canal de comunicación más directo que tenían ante situaciones de este tipo, era el propio CDRP, dado el estrecho vínculo del equipo con ellos, y la oferta realizada para que pudieran contactar si lo precisaban, a través del móvil corporativo (incluso fuera de horario laboral). Se presenta un caso muy concreto para ilustrar, y descrito con anterioridad:

- Descripción caso (Pedro y familia): Usuario joven diagnosticado de esquizofrenia paranoide. Convive con progenitores. Hermanos independizados. Padres de edad avanzada, participan en grupo multifamiliar del dispositivo. Este grupo de familias,

actualmente paralizado, se encontraba en la tercera fase del programa de intervención familiar: módulo de resolución de problemas. Previamente al periodo de alerta sanitaria, en una sesión grupal, el resto de familias participantes seleccionó para su abordaje el problema planteado por los padres de este usuario. Uno de los elementos del problema seleccionado, se relacionaba con el nivel de sobrecarga familiar, por continuos requerimientos de atención que realizaba el usuario, y reproches permanentes que hacía a sus padres, por el perjuicio que le había ocasionado que le llevaran al dentista para colocación de brackets dentales, y que realizaba en cualquier espacio de la casa (incluido el dormitorio de sus padres) y a cualquier hora (también en horario nocturno), llegando a tener conductas agresivas con su madre (agarrarla violentamente por el brazo). En seguimientos posteriores y previos al periodo de alerta sanitaria, se informó de una mejora parcial con relación a este problema.

- Incidencias e intervenciones posteriores: Madre informa de un nuevo retroceso. Los requerimientos del paciente iban en aumento. Se informa de algún episodio de amenaza de muerte al padre, y reiteración puntual pero muy intensa y duradera de sus episodios de angustia por el tema "brackets dentales", y que fueron afrontados de forma parcialmente adecuada por la familia. Se recuerda a su madre que podría contactar al móvil corporativo si le fuera preciso.

- Descripción situación de urgencia e intervención: Se recibe llamada telefónica a móvil corporativo siendo las 16:00 horas. Realiza la llamada el padre del usuario. Posteriormente, a las 17:30 horas se produce un 2º contacto. Ambas llamadas son atendidas por psicólogo-coordinador del CDRP.

- 1º Contacto familiar: Padre con lenguaje entrecortado...se oían gritos detrás. Se le pregunta si el ambiente está tenso. Contesta afirmativamente. Informa de que el paciente estaba gritando y amenazaba con tirarse por el balcón. Se le pregunta si creía que el usuario se podría poner al teléfono y contesta negativamente. Se oyen más gritos...en ese momento el padre angustiada, refiere que el usuario estaba agrediendo a su madre. Se escuchaba perfectamente los gritos a distancia de la madre. Se indica al padre que llame inmediatamente al 112, y que señale que seguramente sería preciso presencia policial. Se le indicó finalmente que volviese a contactar con equipo para informar, en cuanto le fuera posible...

- 2º Contacto familiar: En contacto posterior, padre informa de que el paciente se había tranquilizado algo, y que por ello no habían llamado al 112. El padre refiere, que creía que su hijo ahora estaría dispuesto a hablar. El usuario se pone al teléfono, y comienza disculpándose porque se había puesto muy nervioso. Se le señala que no puede agredir a su madre...Hace autocritica de ello, y se indaga sobre si efectivamente tenía deseos de tirarse por el balcón. Contesta que no. Se centra la intervención en el motivo de su angustia. Los diéresis, contesta...se señala que su angustia y el sentimiento de haber sufrido algún daño puede relacionarse con la enfermedad. Confirma que le pasa eso, y

que cree que sus padres le hicieron daño cuando le llevaron al dentista para colocar los brackets. Se señala aquí, que esa convicción que tiene es muy real para él, pero no para los demás. Y se le indica que llame a su padre para que traiga bolígrafo y papel. Acude su padre, se pone al teléfono, y se le solicita que se siente al lado del paciente (... al lado?, responde algo temeroso). Se explica que el motivo de señarse al lado, era para que fuera anotando lo que al tiempo se le decía a su hijo. Con ello se pretendía que lo que el paciente sentía de forma tan angustiosa y solo sabía transmitir a sus padres desde el reproche o la agresividad, pudiera expresarse de otra forma. El contenido era el siguiente: "La angustia se relaciona con mi idea de haber sufrido un daño. Creo que mis padres me hicieron daño cuando me llevaron al dentista. Pero este pensamiento que me angustia puede estar relacionado con mi enfermedad" (...el padre iba escribiendo a su lado). Después se indica al usuario que lo lea de vez en cuando. Que hoy se dedicara a su música, y a sus videojuegos. Pactamos, conjuntamente la actuación que se seguiría, si acaso se volvía a poner muy nervioso o agresivo.

Aceptó que sus padres llamaran al 112, y soliciten si fuera preciso presencia policial. Se le indica igualmente, que se realizaría contacto con su USM para informar de lo sucedido. lo que acepta también. Se le emplaza para un nuevo contacto al día siguiente. Concluida conversación con usuario, se pone el padre. Refiere que seguramente esta intervención le frenará. Se señala que no hay ninguna seguridad de ello. Refiere por último, que también se habían retenido un poco, porque había mucho tiempo en parecida situación, solicitaron servicio al 112, que realizó intervención pero sin trasladar a urgencias, y que cuando se marcharon, el paciente reaccionó de forma mucho más agresiva con ellos. Vuelve a referir que creía se tranquilizará tras esta intervención, y se le reitera que no había seguridad de ello, que estuvieran atentos, y utilizarán 112 si fuera necesario. Al día siguiente, se realiza coordinación con USM y se informa de lo sucedido. Terapeuta de referencia realizará seguimiento más estrecho del caso. Se contacta nuevamente con familia-usuario. Situación más estabilizada.

- La intervención en este caso, está llena de incertidumbres. Y resulta complejo valorar, si la atención que se realizó podría encuadrarse como una intervención de teleasistencia en urgencias. Son diversas las incógnitas: ¿qué decisión habrían tomado sus padres si no hubiesen dispuesto de la posibilidad de contactar con el equipo, a través del móvil corporativo y fuera de la jornada laboral?, ¿cómo pudo influir el vínculo terapéutico establecido por el equipo con este usuario-familia en su decisión de contactar?, ¿se trataba de otra incidencia más relacionada con la angustia psicótica habitual del usuario, o realmente revestía carácter de verdadera situación de urgencia?. El equipo no tiene respuestas muy claras. Tal vez el tiempo contribuya a encuadrarlo mejor.

#### 4.6 REGISTRO DE DATOS Y NOTIFICACIÓN DE INCIDENCIAS

Por la premura del diseño y rápida implantación del

formato de teleasistencia, la decisión inicial que se adoptó fue recoger toda la información diaria de la actividad asistencial del equipo, a través de los reportes realizados en el grupo interno WhatsApp, y en la forma ya descrita (ver 4.2). Por la diversa participación institucional y gestión de los CDRPs en nuestro ámbito asistencial (Ayuntamientos, Cabildo, SCS), cada dispositivo tuvo que diseñar su propio modelo de intervención para la continuidad de la atención a usuarios/as. No se dispónia de directrices específicas, sobre cómo abordar este registro. La situación era muy cambiante y tensa en aquellos momentos. También lo fue para la Dirección del Plan Insular de Rehabilitación Psicosocial (PIRP). El criterio básico que guio al equipo, fue el de conservar toda la información para su traslado a las historias clínicas, en cuanto fuera posible. Poco después, y desde la Dirección del PIRP se establece un doble criterio de registro y notificación:

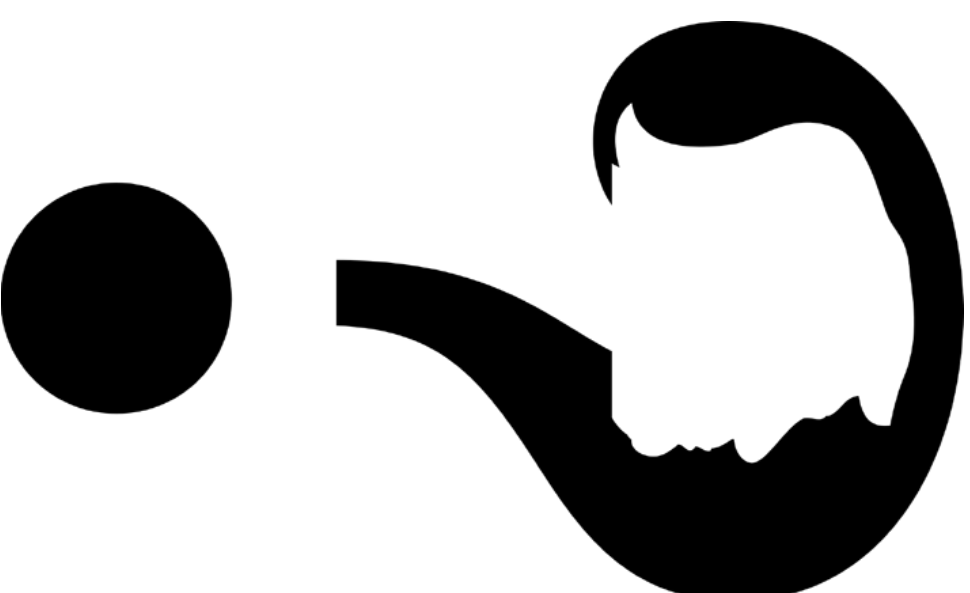
- Cuantitativo: Mediante el volcado en base de datos diseñada al efecto, de la intervención diaria realizada por cada CDRP

- Cualitativo: Mediante el traslado a dicha Dirección, de las incidencias especiales que fueran surgido en la práctica cotidiana, al objeto de complementar la información recogida en la base de datos, y de cara a una valoración posterior más pausada sobre el trabajo realizado en la Red de CDRPs, durante el periodo de alerta sanitaria por COVID-19

Como se señaló al comienzo, el presente artículo se ha dividido en dos partes. Su segunda parte: Teleasistencia en Rehabilitación Psicosocial (II) estará centrada en la teleasistencia a familias. Se presentará también, las conclusiones y reflexión final del equipo sobre esta propuesta de teleasistencia en rehabilitación psicosocial.

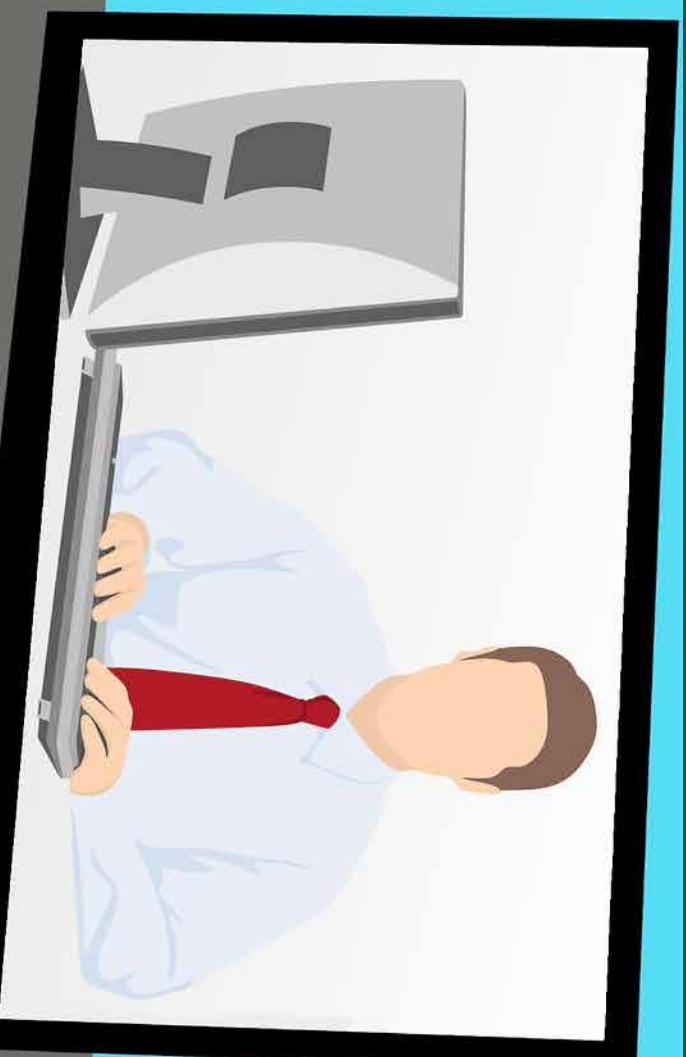
## BIBLIOGRAFÍA

1. Kimhy, D.; Myrin-Germey, I.; Palmier-Claus, J.; Swendsen, J. (2012). Mobile Assessment Guide for Research in Schizophrenia and Severe Mental Disorders. *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 38 n.º 3, pp. 386-395
2. Oroschot, M.; Latascer, T.; Thewissen, V.; et al. (2011). Mobile Assessment in Schizophrenia: A Data-Driven Momentary Approach. *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 38 n.º 3, pp. 405-413
3. Williams, A.; Farhall, J.; Fossey, E. y Neil, T. (2019). Internet-based interventions to support recovery and self-management: A scoping review of their use by mental health service users and providers together. *BMC Psychiatry*, 19:191
4. Ben-Ze'ev, D.; Brian, R.M.; Jonathan, G.; et al. (2018). Mobile Health (mHealth) Versus Clinic-Based Group Intervention for People With Serious Mental Illness: A Randomized Controlled Trial. *Psychiatric Services*, 69:9
5. Athanasopoulou, C.; Valimäki, M.; Kourta, K.; et al. (2017). Internet use, eHealth literacy and attitudes toward computer/internet among people with schizophrenia spectrum disorders: a cross-sectional study in two distant European regions. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 17:136
6. Ruegg, N.; Moritz, S.; Berger, T.; et al. (2018). An internet-based intervention for people with psychosis (EIMBAS): study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 18:102
7. Onwumere, J.; Amari, F.; Valmaggia, L.; et al. (2018). Digital Technology for Caregivers of People With Psychosis: Systematic Review. *JMIR Ment Health*, Vol. 5: 3
8. Sanger, L. (1997). Personality characteristics associated with the expressed emotion in family members of schizophrenic individuals. *Dissertation Abstracts International*. Section B: The Sciences and Engineering, 58 (4-B): 2137-2152



# TELEASISTENCIA EN REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL (II). ...UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA UN TIEMPO DE CONFINAMIENTO POR COVID-19

TELEGARE IN PSYCHOSOCIAL REHABILITATION (II).  
... A PROPOSAL OF INTERVENTION DURING THE CORONAVIRUS LOCKDOWN



## RESUMEN:

La atención del trastorno mental grave durante el periodo de alerta sanitaria por COVID-19, ha supuesto un gran reto para los dispositivos y servicios de salud mental. En el ámbito de la rehabilitación psicosocial, y por las especiales características de la intervención y contacto frecuente con usuarios/as y familiares, su impacto ha sido especialmente notable. Se presenta a continuación, una propuesta de teleasistencia dirigida a familiares, realizada en nuestro ámbito (Gran Canaria), por el Centro de Rehabilitación Psicosocial "San Francisco II", durante el periodo de alerta por COVID-19, y que se irá ilustrando con alguna casuística de la práctica. Se ofrecen también, las conclusiones y reflexión final del equipo sobre dicha experiencia. Palabras clave: Teleasistencia. Rehabilitación psicosocial. Trastorno mental grave.

Palabras clave: Teleasistencia. Familias. Rehabilitación psicosocial. Trastorno mental grave.

## ABSTRACT:

The care of severe mental disorders during the COVID-19 lockdown has resulted in a great challenge for the mental health care systems and services. Within the field of psychosocial rehabilitation and due to the special characteristics of the intervention and the frequent contact with patients and family members, the lockdown has had a particularly remarkable impact. The following is a proposal for telecare aimed at family members, made in our area (Gran Canaria) by the Psychosocial Rehabilitation Center "San Francisco II", during the alert period by COVID-19, and which will be illustrated with some casuistry of practice. The conclusions and final reflection of the team on said experience are also offered. Keywords: Remote care. Psychosocial rehabilitation. Severe mental disorder.

Keywords: Remote care. Families. Psychosocial rehabilitation. Severe mental disorder.

Equipo del Centro de Rehabilitación Psicosocial "San Francisco II".  
Plan Insular de Rehabilitación Psicosocial. Gran Canaria.

Equipo profesional del Centro de Rehabilitación Psicosocial "San Francisco II":  
M<sup>c</sup> Carolina Mariel Marrero (I)

Destre Alonso Ortega (I)  
Sofía A. Díaz Garrido (I)  
Sara Sánchez García (I)  
Josefa Hernández Lirio (II)  
Ernesto Baena Ruiz (III)

(I) Técnico en Integración Social  
(II) Diplomada Universitaria en Enfermería. Especialista en Salud Mental  
(III) Psicólogo Clínico

Cita artículo: Mariel, M.C., et al., "Teleasistencia en Rehabilitación Psicosocial (II)", 2020  
Dirección para correspondencia: carolinamarielmarre@mgmali.com

## 1. INTRODUCCIÓN

El papel atribuido a las familias en el trastorno mental grave, ha experimentado muchos cambios a lo largo del tiempo, y habitualmente a criterio de los profesionales. Así, en la década de los 50, las familias fueron consideradas causantes de la enfermedad, por distintas teorías que aparecieron en aquella época. Entre ellas, Teoría de la madre esquizofrénica: Fromm-Reichmann, F. (1948),(1) Teoría del doble vínculo: Bateson, G., et al. (1956),(2) Teoría del clima y sesgo marital: Lidz, T., et al. (1957),(3)

Después fueron consideradas responsables de las recaídas de los pacientes, para terminar siendo tenidas en cuenta como colaboradoras en el proceso terapéutico. Causantes, responsables de recaídas, colaboradoras. Tal vez sean demasiadas etiquetas para ser dadas por las familias, en tan poco tiempo. Y quizás también, con las familias podría existir una especie de deuda histórica. Además en el marco actual de atención comunitaria, y tras los procesos de desinstitucionalización psiquiátrica, la atención y apoyo a las familias no sería sólo una cuestión de carácter estratégico. También tendría que ser un deber ético por parte de los profesionales. Al respecto, Tourinho, R., et al. (2004-2007),(4) Las familias van a tener un papel fundamental en todo el proceso de rehabilitación y recuperación del usuario/a. Por ello, es importante intentar establecer una relación cálida y fluida con los familiares, en el dispositivo, los contactos con familiares, tanto de forma presencial como telefónicamente, suelen ser habituales. Se realiza también, una intervención familiar estructurada en formato multifamiliar, que queda paralizada durante el periodo de alerta por COVID-19.

Para el nuevo formato de teleasistencia, estos virtuales previamente establecidos con las familias resulto especialmente útil, tanto para el establecimiento de pactos sobre frecuencia de contactos, como para su colaboración en la realización de actividades cotidianas por parte de los usuarios/as, o comunicación de posibles incidencias.

## 2. DISEÑO DEL FORMATO DE TELEASISTENCIA A FAMILIAS

Para este apartado, se desglosa:

- Teleasistencia a familias.
- Teleasistencia conjunta usuarios/familias.

### 2.1 TELEASISTENCIA A FAMILIAS

En la revisión de la literatura, no se ha encontrado diseños específicos de programas de teleasistencia a familias de personas con trastorno mental grave, para situaciones de obligado confinamiento doméstico por alerta sanitaria. En algunos trabajos, y para la práctica clínica realizada habitualmente, si se ha revisado la eficacia de este tipo de estrategias e intervenciones: digitales dirigidas exclusivamente a cuidadores de pacientes psíquicos. Al respecto, la reciente aportación de: Onwumere, J., et al. (2018), (5) Las autoras, realizan una revisión sistemática mediante búsquedas múltiples en diversas bases de

datos, de los estudios de resultados más relevantes. Los resultados de esta revisión indican que se está lejos de poder ofrecer datos definitivos sobre el uso e impacto de dichas intervenciones en cuidadores. La mayoría de estos estudios se centran en la viabilidad y facilidad de uso de estas estrategias, y en general, se focalizan hacia el desarrollo y uso de la herramienta digital para la provisión de información relevante acerca de la psicosis, entregada habitualmente como parte de programas psicoeducativos estructurados, o a través de módulos independientes. De forma preliminar, los resultados sugieren que los familiares de pacientes psíquicos podrían beneficiarse del uso de las tecnologías digitales y que el enfoque podría ser aceptable, pero también se advierte una falta de uniformidad en cuanto a las áreas clave para medir como resultados. Por ejemplo, las medidas de apoyo social y las redes sociales de los cuidadores estaban ausentes en estas intervenciones en red. Nos recuerdan las autoras, que los cuidadores de pacientes psíquicos, se encuentran hasta diez veces más aislados socialmente que la población general, y que por ello es importante extender la literatura sobre resultados de la tecnología digital más allá de los simples índices de aceptación o satisfacción. Concluyen las autoras, que la contribución potencial de estas intervenciones digitales para los cuidadores de pacientes psíquicos, y su papel en el afrontamiento de sus necesidades específicas de información y apoyo, merece mayor interés clínico y de investigación.

Para el diseño del formato de teleasistencia familiar, parecía conveniente acudir a la experiencia de atención a familiares realizada en la Red de Centros de Rehabilitación Psicosocial (Gran Canaria), en estos últimos veinte años. Y al tiempo, revisar brevemente lo indicado por la literatura.

Algunos elementos y "constructos" frecuentemente utilizados en los modelos de intervención familiar tendrían que ser reorientados, dada la excepcional situación de confinamiento doméstico obligatorio, y por su posible impacto en la convivencia cotidiana familia-paciente. El mantenimiento de la atención a las familias, en el periodo de alerta por COVID-19, tampoco admita demoras.

Se realiza a continuación, una explicación más detallada de algunos de estos elementos:

- A. Tiempo de contacto familia-paciente y posible influencia estresora.
- B. Carga familiar.
- C. Emoción expresada familiar.
- D. Estilos comunicacionales familiares.
- E. Competencia y habilidad familiar para el afrontamiento de problemas y conflictos.
- F. Reestructuración cognitiva de familiares.
- G. Familiares en situación de especial vulnerabilidad.

### A. Tiempo de contacto familia-paciente y posible influencia estresora

Habría que recordar en este punto, el importante peso que algunos modelos clásicos de intervención familiar, y fundamentalmente del ámbito anglosajón, asignan a la reducción del contacto familia/paciente. Así, en: Lefk, J., et al. (1982),(6); Kulpers, L., et al. (1992-2002),(7); Anderson, C., et al. (1988),(8) En estos modelos, se consideraba que la reducción del contacto familia/paciente, era un componente importante por su posible influencia estresora. Estos autores, hablaban del contacto cara a cara de familia/paciente, y sugerían que no debía superar las ocho horas diarias.

Es evidente que en nuestro ámbito latino, las cosas son bien distintas, y que el tiempo que pasan los pacientes con sus familias es superior. Por tanto no cabe asignar el mismo peso a este componente de la "reducción del contacto". Pero además, el periodo de alerta sanitaria por COVID-19 y confinamiento doméstico obligatorio, imposibilitaba realizar ninguna recomendación a los familiares en este sentido. Por tanto, dicho elemento debía ser reorientado, incluyendo más en otros componentes, como la mejora de la comunicación y gestión de conflictos o la reestructuración cognitiva de familiares.

### B. Carga familiar

El importante papel de la familia, en el apoyo a las personas con enfermedades mentales graves en su proceso de recuperación, ha sido señalado ampliamente. Así en: Gingeirón, S. y Mueser, KT. (2007),(9) Indican los autores, que las intervenciones de salud mental que facilitan la reconciliación entre las personas con enfermedades mentales graves y sus familias, pueden contribuir a un doble propósito: ayudar a las personas con trastorno mental grave a participar en actividades significativas de la vida, y al mismo tiempo reducir los sentimientos de carga subjetiva y la promoción de sentimientos de crecimiento personal entre los miembros de la familia que cuidan de ellos. En consecuencia, los cuidadores de personas con enfermedad mental van a necesitar más apoyos, y centrados principalmente, en el alivio de la carga emocional y en la resolución de conflictos de interacción con los pacientes. En esta línea: Bauer, R., et al. (2013),(10) Otras aportaciones más recientes, abordan específicamente la relación carga familiar-sintomatología, Ozen, M., et al. (2018),(11) En este trabajo, se realiza un estudio descriptivo y transversal sobre la presencia de la carga familiar en una muestra de 100 cuidadores de pacientes con esquizofrenia. Utilizan la escala Zarit para evaluar dicha carga familiar. Los autores constatan altos niveles de sobrecarga en padres y conyuges de pacientes con esquizofrenia. Igualmente señalan, una mayor relación de la sobrecarga de cuidadores de pacientes con la sintomatología positiva. Concluyen, que los servicios asistenciales deben diseñar intervenciones específicas dirigidas a la reducción de la carga por la atención del paciente, para familiares y cuidadores principales, por su repercusión en el afrontamiento de la enfermedad y en la propia calidad de vida de las familias. Por lo tanto, la "carga" por el cuidado del paciente y su repercusión en los familiares, merece especial consideración para este diseño de teleasistencia familiar. Como sabemos, la carga familiar se puede clasificar de dos

formas; Hoenig, J. y Hamilton, MW. (1966) (12) :

- Objetiva: Lo que los familiares deben hacer por el paciente en su tarea como cuidadores: supervisión, control, gastos económicos, los trastornos que supone en su vida, ocupación del ocio, relaciones sociales, y los impedimentos para el desarrollo de la vida profesional y la práctica de aficiones.

- Subjetiva: Modo en el que la familia experimenta y sufre esta carga objetiva, se adapta y reacciona ante ella.

Hay que considerar también, que el propio concepto de "carga" puede tener un matiz peyorativo, por centrarse habitualmente en los aspectos negativos del cuidado, cuando no todos los familiares experimentan su papel de cuidadores como algo negativo o pesado. Cabe recordar en este punto, que algunos autores prefieren el término más neutral de "cuentas del cuidador". Al respecto, Van Wilffigenaerden, B., et al. (2000),(13) Pero aún atendiendo a todo ello, se consideraba muy probable que el confinamiento doméstico obligatorio por la alerta sanitaria, podría incrementar los niveles de carga familiar. La intervención en esta área resultaba completa desde un formato de teleasistencia familiar. Pero al tiempo, se considero también, que la reorientación era posible. Para ello, el equipo se basó en la propia experiencia en intervención familiar. Igualmente, se atendió a lo señalado en algunas aportaciones. Así, la ya citada de: Bauer, R., et al. (2013). Este estudio, evaluó los beneficios de la prestación de cuidados, en cuidadores de pacientes con una enfermedad mental grave. Se realizó un análisis de 413 declaraciones de familiares, acerca de las recompensas que obtenían por el cuidado del paciente. Sus respuestas fueron asignadas a seis categorías. Las más relevantes fueron, la gratitud y afecto del paciente, y el afrontamiento activo orientado a los problemas. Los autores concluyen que estos aspectos positivos relacionados con la carga, deben ser considerados en las intervenciones familiares. Por ello se considero, que señalar a los familiares la conveniencia de, compartir tareas en el hogar y reforzar positivamente la implicación del paciente en dichas tareas, u ofrecer sugerencias para la reestructuración cognitiva y sugerencias para la mejora de la comunicación, podría al menos parcialmente, contribuir a sobrellevar de forma más adecuada dicha carga familiar

### C. Emoción expresada familiar

Se ha señalado, que la emoción expresada (EE) es un potente predictor de recaídas en el trastorno mental grave, siendo posible que concretamente la alta EE familiar sea una causa de las recaídas: Brown, M., et al. (1962),(14) De esta forma, la emoción expresada adquiere un valor heurístico: si una alta EE provoca recaídas, disminuir el nivel de EE conlleva una reducción en la tasa de recaídas. En esta línea: Mulela, J. y Godoy, J. (2001),(15)

Cabe señalar también, que gran parte de los programas clásicos de intervención familiar, con resultados de efectividad sostenidos por las pruebas de la investigación, se basaban en la hipótesis de que la disminución de EE conlleva una reducción de la tasa de recaídas.

Así, en aportaciones ya clásicas y señaladas hace décadas, se indicaba que: "la emoción expresada y carga familiar son procesos interactivos que conducen a un frecuente círculo vicioso, en donde la conducta alterada y sintomática del paciente aumenta la posibilidad de que los familiares respondan con comunicaciones estresantes, que a su vez puede empeorar las conductas y sintomatología del paciente". Mueser, K.T. y Bellack, A.S. (1995).(16)

La alta EE en los cuidadores, se debería al contexto relacional en que los miembros de la familia construyen o promueven las conductas positivas o negativas de otros miembros de la familia. En esta línea, y también ya señalado hace décadas, Hahlweg, K., et al. (1989).(17) Los autores, observaron a padres e hijos esquizofrénicos interactuando para la resolución de un problema y encontraron que, cuando el familiar era de baja EE, lo resolvían entre ambos de un modo colaborativo; mientras que si el progenitor era de alta EE, ambos comenzaron un intercambio prolongado y crecientemente negativo que no concluía necesariamente en la resolución del problema.

Otros trabajos posteriores, se centraron en las características emocionales de los familiares. Al respecto, Sanger, L. (1997).(18) En esta aportación, se indica que los familiares de alta EE tienden a ser socialmente osados, expansivos, ansiosos, vigilantes, orientados hacia el grupo e independientes, mientras que los familiares de baja EE tienden a ser reservados, introvertidos, relajados, acomodaticios y confiados.

Abordar la emoción expresada familiar, desde un formato de teleasistencia también resultaba complejo. Cabría esperar por ejemplo, que aquellos familiares de alta EE con las características emocionales, descritas por Sanger (1997), expansivos, ansiosos, orientados hacia el grupo, e independientes, pudieran vivir su confinamiento doméstico obligatorio y el contacto permanente con el paciente de forma especialmente negativa, siendo probable un incremento en su nivel de emoción expresada, ya de por sí alto, y que por tanto pudieran reaccionar con comunicaciones muy estresantes hacia los pacientes, comentarios críticos u hostilidad.

El equipo consideró, que la clave para el abordaje de la emoción expresada familiar desde el nuevo formato de teleasistencia, podría estar en, la provisión a familiares de sugerencias y estrategias de reestructuración cognitiva, provisión de sugerencias para la mejora de la comunicación y del clima familiar, y en la provisión de sugerencias para la gestión de conflictos.

#### D. Estilos comunicacionales familiares

Resultó necesario también, valorar cada familia individualmente, utilizando los conocimientos que el equipo disponía sobre los peculiares estilos comunicacionales que presentaban. Se consideró, que los contactos debían centrarse especialmente en aquellas familias de estilos comunicacionales pasivos o pasivo-agresivos. Se estimó que dicha intervención era posible, y se descartó inicialmente por su imposibilidad, el abordaje con familias de estilos comunicacionales agresivos. Con familias de estilo comunicacional asertivo, la frecuencia de contactos fue menor.

dirigirnos a ellas con un tono de voz calmado, antes que con un tono severo o enfadado.

- Centrarse en la situación actual y en conductas específicas: Recordando que la personalidad individual, o los sentimientos propios son difíciles de cambiar. Sin embargo, las personas aún siendo difícil, pueden intentar modificar sus conductas. Y que los usuarios/as se desaniman rápidamente con las críticas, sobre todo si se sienten descalificados como personas "en general". Y que esto, no solo no ayuda, sino que provoca sentimientos negativos y desvía la atención del problema a solucionar.

Este tipo se sugerencias, han sido integradas y señaladas en el Programa de Apoyo y Colaboración Familiar (PACF), que fue implementado durante cierto tiempo, en los dispositivos de nuestra Red de Salud Mental (RSM). Al respecto: Ingótt R., et al. (2004).(19) También en la referencia ya señalada: Tourinho, R., et al. (2004-2007)

#### F. Reestructuración cognitiva de familiares

La reestructuración cognitiva de los familiares, se ha considerado un componente importante de cara a la mejora de la comunicación y estilos comunicacionales. Al respecto: Montero, I., et al. (2001).(20) Los autores señalan que este tipo de intervención, contribuye además, a la disminución de la morbilidad física y psicológica de los familiares.

Pero la literatura dedicada a la investigación sobre el uso de estas estrategias de reestructuración cognitiva con familiares, mediante el uso de tecnologías digitales, apoyo en red-internet, móviles, etc., resulta muy escasa, al menos hasta donde resulta conocida.

Para este formato de teleasistencia familiar, dichas estrategias resultaron especialmente útiles. La casuística ha sido variada, pero se podrá condensar en las siguientes áreas:

-Provisión de estrategias de reestructuración cognitiva dirigidas a familiares:

- Para su adaptación al confinamiento propio durante la alerta sanitaria.

- Para el manejo de pensamientos inquietantes o distorsionados relacionados con la convivencia de emparentamiento clínico de los usuarios/as. Algunos pensamientos de este tipo se incrementaron durante el periodo de alerta.

Por ejemplo:

El pensamiento polarizado y la visión extremista de las cosas: en donde no hay lugar para el término medio.

La sobre-generalización: en donde se tiende a pensar que si alguna vez ocurrió algo malo, volverá a ocurrir.

-Provisión de estrategias conjuntas de reestructuración cognitiva familias-usuarios/as:

- Para su apoyo mutuo durante el periodo de confinamiento; señalando la importancia de

respetar los espacios de unos y otros.

- Para la gestión de posibles conflictos: señalando la importancia de no retrasar su afrontamiento, por la repercusión y negativas consecuencias para unos y otros.

#### G. Familiares en situación de especial vulnerabilidad

Durante el periodo de alerta por COVID-19, el equipo tuvo que realizar teleasistencia a algunos familiares, que se encontraban en situación de especial vulnerabilidad y ello con relación a:

- Presencia de enfermedades orgánicas crónicas previas o sobrevenidas.

- Atención que precisaban algunos familiares de hijos cuidadores con TMG.

En la población atendida por el CDRP "San Francisco II", la morbilidad física de sus familiares no resulta irrelevante. Algunos de ellos ya presentaban patologías orgánicas cronificadas, y previas al periodo de alerta sanitaria. Pero en otros casos dichas patologías se presentaron paralelamente a dicho periodo de alerta o muy poco después. La casuística durante este periodo ha sido muy escasa, pero merece especial atención por la dificultad que supuso proveer apoyos sólidos a estos familiares.

Se tuvo que afrontar por ejemplo, el caso de una madre intervenida poco antes del periodo de alerta sanitaria por proceso oncológico. Durante la convalecencia de esta madre, su hija sufre descompensación psicótica, que precisó ingreso hospitalario. La madre no podía visitarla en la Unidad de Agudos, dado su frágil estado de salud. Tampoco disponía de otros apoyos familiares. Y al tiempo, recibe la noticia de que a ella misma, le iban a reintervenir de su tumor con mal pronóstico (poco tiempo después se produjo su fallecimiento). Realizar teleasistencia familiar a esta madre, no podía ir más allá del simple apoyo emocional que se ofrecía en los contactos telefónicos.

Desde hace décadas, se ha señalado que las personas con TMG, pueden ser una fuente importante de apoyo para su familia, colaborando en las tareas domésticas y proporcionando compañía. Al respecto: Greenberg, J.S., et al. (1994).(21) Este hecho puede ser particularmente importante en la reducción de la carga y puede servir para promover ganancias personales, siendo los padres testigos de cómo su hijo/a, con una enfermedad mental asume responsabilidades dentro del rol familiar. En la población atendida por el CDRP "San Francisco II", la proporción de familiares con edad avanzada y que depende de hijos cuidadores con TMG es muy baja, pero también merece especial atención en el nuevo formato de teleasistencia familiar.

Las propias condiciones de salud de este pequeño grupo de progenitores: encamados, con gran dependencia, o con pérdida de audición bilateral que impida contacto telefónico, hizo dirigir la teleasistencia familiar hacia los propios usuarios cuidadores y a la repercusión que les podría estar ocasionando el cuidado de sus padres, a causa del confinamiento

obligatorio por alerta sanitaria. Dos de estos usuarios cuidadores, presentaban una intensa actividad alucinatoria auditiva. Y en uno de los casos, las voces comandatorias e intensificadas durante el periodo de alerta sanitaria, instaban al paciente a hacer daño y matar a su madre, a la que cuidaba.

## 2. TELEASISTENCIA CONJUNTA USUARIOS-FAMILIAS

Hay que señalar previamente, que este tipo de intervención no fue contemplada en el diseño inicial de teleasistencia. Su inclusión posterior surgió desde la práctica diaria, y tras la observación de su potente impacto y beneficios para usuarios-familias. Lo que señalaban, Bauer R., et al. (2013), en el trabajo ya citado, sobre los beneficios potenciales del cuidado de pacientes para algunos familiares, venía a confirmarse en la práctica.

A criterio del equipo, la potencialidad de este tipo de intervención conjunta, tenía también una íntima relación con lo señalado en algunos estudios. Así por ejemplo, en la reciente aportación de Harvey, C. 2018.(22) Aunque el trabajo se aleja del tema que nos ocupa, y se centra en la descripción de los principios comunes y técnicas habituales de la psicoeducación familiar, en la evidencia de sus beneficios para familiares, y sus beneficios en la reducción de las tasas de recaídas, merece especial atención la reflexión que realiza esta autora sobre el concepto de psicoeducación familiar: "El propósito de compartir información es reconocer y compartir el conocimiento y la experiencia de todas las partes implicadas; la persona con trastorno mental, la familia y el clínico".

Señala la autora, que las familias tienen a menudo una gran cantidad de conocimientos y experiencia sobre la enfermedad del paciente y sobre la naturaleza de sus recaídas. Por ello, el objetivo primario no debe ser "proveer información" sino "compartir información". Y es esta reflexión que realiza la autora sobre el concepto de psicoeducación familiar. Y que se adopta en su literalidad, desde donde se pretenden encuadrar la potencialidad de esta teleasistencia conjunta usuarios-familias.

Efectivamente los familiares conocen muy bien a los usuarios/as, porque conviven diariamente con ellos, y porque también son buenos conocedores de sus signos prodromicos. El periodo de alerta sanitaria por COVID-19 y el confinamiento obligatorio, podría tener un impacto notable en la convivencia paciente-familia, pero al tiempo, también podría suponer una oportunidad para el desarrollo de todas las potencialidades familiares, en la mejora del clima familiar y apoyo a los usuarios/as.

Pero como se ha señalado, esta teleasistencia conjunta no fue diseñada inicialmente. Se fue construyendo poco a poco y día a día. La casuística también ha sido diversa. Y podría calificarse de "ventratable". Por ello se ha considerado conveniente ilustrar como se fue realizando dicha teleasistencia, con algunos casos y situaciones concretas, que surgieron al hilo de contactos telefónicos o vía mail con los usuarios/as, para promover de ejercicios y actividades, que finalmente venían siendo realizados conjuntamente por usuarios-familias.

Se presenta algunos casos de la práctica:

**Caso 1º (Raquel y Ana):** "La usuaria y la madre que realizan el taller de baile Juntas..."

- Se trata de una usuaria con diagnóstico de esquizofrenia paranoide y larga evolución en la enfermedad. A nivel sintomático, destaca una franca y cristalizada actividad delirante. Padres separados. Convive con su madre. Desde su integración inicial en dispositivo, mostró especial interés por el taller de baile y expresión corporal.

- En contacto telefónico que establece la integradora social que le tutoriza, la usuaria informa de que su madre y ella han realizado los ejercicios indicados por la integradora, y que han bailado juntas el fin de semana, que se lo ha pasado muy bien, pero que...le daban las piernas porque su integradora "le mete mucha caña...". La integradora social pacta con ella, que en su próximo contacto le proveyerá de ejercicios de estiramientos en suelo, acompañados de música relajante. La madre, que tiene buen vínculo con el CDRP, suele entablar conversaciones con la integradora social cuando esta realiza sus contactos, y ha seguido apoyando la realización de actividades de la usuaria.

**Caso 2º (Carlos y Federico):** "El hermano que empieza a cumplir funciones de integrador social..."

- Usuario con diagnóstico de esquizofrenia paranoide y larga evolución en la enfermedad. Presenta intensa actividad alucinatoria auditiva. Sus orientaciones clínicas son bruscas y frecuentes. Tuvo ingreso hospitalario previo al periodo de alerta sanitaria. Su esquizofrenia es refractaria y resistente al tratamiento, que recibe en fórmula deopt quincenal. Padres fallidos. Convive en domicilio familiar con hermano menor soltero, profesional liberal y bastante ocupado. El hermano de usuario, tiene muy buen vínculo con el CDRP. Para él, la asistencia del paciente al dispositivo suponía un "especial respiro", dada la carga relacionada con la sintomatología muy activa del paciente. Contrariamente a lo que cabría esperar, durante el periodo de alerta sanitaria, el paciente ha presentado un nivel de estabilidad clínica inusual. El equipo considera muy probable, que en ello haya contribuido el fortalecimiento del vínculo con su hermano, que ha empezado a supervisar y realizar conjuntamente con el paciente, tareas sugeridas por la integradora social. Con el paso del tiempo, el hermano asume decisiones propias en la provisión de tareas y actividades al usuario, y que este realiza con agrado. La integradora social sigue sus contactos, pero el hermano del usuario, en cierta medida se ha convertido en un potente colaborador y casi "nuevo integrador social del CDRP".

**Caso 3º (Maribel y Estrella):** "La madre que traslada el CDRP a su hogar..."

- Usuaria con diagnóstico de esquizofrenia paranoide, larga evolución en la enfermedad y escasa conciencia de la misma. Integrada en el dispositivo desde hace años. Es hermana de paciente psicótico, que acude a otro CDRP. Ambos conviven con la madre, que presenta algunos achaques de salud y

que tiene edad muy avanzada (80 años). Aunque el equipo conocía el buen manejo de esta madre en el afrontamiento de la enfermedad de sus hijos, se preveía que el periodo de alerta sanitaria por COVID-19, podría resultarle especialmente penoso por tener que afrontar el confinamiento doméstico obligatorio, con dos hijos psicóticos, y sin el "respiro" que para ella suponía la asistencia de los mismos a los CDRPs.

Pero una vez más, la práctica diaria corrige. Parecía volver a confirmarse, lo señalado por, Bauer R., et al. (2013), sobre los beneficios potenciales del cuidado de pacientes para algunos familiares.

- En contacto que establece la integradora social que tutoriza a la usuaria, observa que su madre ya había iniciado por propia iniciativa un plan de actividades diarias con ella, dedicándole tiempo, a pesar de todas sus obligaciones cotidianas. También esta madre, tiene un excelente vínculo terapéutico con integradora social y resto del equipo del CDRP, y tuvo una implicación decidida en la aportación de soluciones a las serias dificultades económicas que el CDRP atraviesa previamente al periodo de alerta sanitaria, ofreciéndose en una asamblea informativa conjunta usuarios-familias, a formar parte de un comité de seguimiento. La especial consideración de este caso, sitúa con precisión la potencialidad de esta teleasistencia conjunta usuarios-familias. Esta madre, en cierta medida ha trasladado a su hogar una especie de CDRP para la atención de sus dos hijos psicóticos, para el seguimiento de las indicaciones que van realizando las integradoras sociales de los dos CDRPs a los que acuden sus hijos, y que además debe combinar con su frágil estado de salud, edad avanzada, múltiples obligaciones domésticas, e intentar mantener un clima y ambiente familiar calmado. Para el equipo, esta madre ha sido todo un ejemplo.

### 3. CONCLUSIONES Y REFLEXIÓN FINAL

En la introducción de la primera parte de este artículo: "Teleasistencia en Rehabilitación Psicosocial (I)", utilizamos dos ritas para intentar encuadrar nuestra propuesta. Y deseamos concluirlo de la misma forma.

"...por nuestra necesidad lo poco es mucho" decía Quevedo. Debemos reconocer, que difícilmente habríamos pensado en este formato de teleasistencia, si la necesidad no nos hubiera colocado en ello. Una compañera reflexionaba en el grupo WhatsApp: "quien nos iba a decir que llegaríamos a este modo de trabajar...". Y efectivamente creemos que es así. Toda la preocupación e incertidumbre del equipo, por la delicada situación económica que atravesamos previamente al periodo de alerta sanitaria, parece ahora menos relevante. Y aunque no dejamos de dar importancia a la adecuada dotación económica de los dispositivos de rehabilitación psicosocial, creemos que el uso final de dichos recursos económicos, debe ser reorientado. Si tuviéramos que decidir en este momento, entre disponer de dinero para su uso en bonos de transporte de las integradoras sociales a actividades externas, o para su uso en la provisión de dispositivos móviles corporativos para todos los

miembros del equipo con conexión a red-internet y posibilidad de realizar videollamadas, no dudáramos en optar por lo segundo. Pero también creemos, que la intervención psicosocial en un formato de teleasistencia no tiene que realizarse desde la necesidad, como ha sido en nuestro caso, sino que debe ser contemplada como potente herramienta de intervención para las personas con enfermedad mental grave, en las estrategias y políticas asistenciales en materia de salud mental.

Es preciso señalar previamente, que el presente artículo se ha elaborado en pleno periodo de alerta sanitaria por COVID-19 y que por tanto este formato de teleasistencia es "una propuesta en camino". Una compañera relataba: "...pueden surgir situaciones que nos obligue a dar una vuelta importante al modo de trabajo que estamos realizando". Por ello, las conclusiones que se ofrecen deben ser consideradas con cautela y como apuntes para un debate y reflexión, sobre una propuesta que sigue en camino.

Una tarea futura de especial consideración, podría dirigirse a la evaluación del criterio y percepción subjetiva de usuarios-familias, sobre este formato de teleasistencia.

Ello nos podrá permitir realizar una primera aproximación de la satisfacción de usuarios-familias con dicha teleasistencia, pero no nos indicará absolutamente nada sobre la efectividad de la misma. Para ello sería necesario realizar estudios de investigación y ensayos controlados aleatorizados con grupos control.

Por ahora, solo cabe aportar la apreciación del equipo, y que basamos en la corta experiencia de intervención desde este nuevo formato de teleasistencia. Como observación inicial, se señala el beneficio que, a criterio del equipo profesional, ha supuesto dicho formato de teleasistencia en el fortalecimiento de los vínculos con usuarios-familias. Y aunque no podemos evidenciarlo con datos, ese es el sentir y criterio general del equipo. En ello ha influido, las múltiples muestras de gratitud de usuarios-familias, y que nos iban realizando en los contactos que manteníamos con ellos. También por su especial implicación en las actividades y sugerencias que íbamos aportándoles. Una compañera relataba en el grupo WhatsApp: "...estaba pensando hoy, que este tipo de intervención que hacemos todos los días aunque sea por teléfono, reforzará más aún el vínculo con los usuarios porque se les nota muy agradecidos en cada llamada".

Este fortalecimiento que se ha observado en el vínculo con usuarios-familias, se produjo igualmente entre los propios miembros del equipo. Tampoco quedamos ajenos al contexto social general de aquel periodo, en donde la población salía a las ventanillas y balcones de sus casas para aplaudir a las 20.00 horas (19.00 horas en Canarias...), por los esfuerzos de los profesionales sanitarios durante el periodo de alerta sanitaria. Se observaba una corriente creciente de empatía y solidaridad entre las personas. Pero los miembros del equipo, no eran simples vecinos que empezaban a conocerse cuando salían a los balcones a aplaudir. Había un cierto sentimiento de "perdida". Una compañera relataba en el grupo WhatsApp: "...echo de menos nuestros croissants del desayuno".

Ya no podíamos vernos, y solo podíamos compensar esa imposibilidad del contacto "cara a cara", con el socorrido grupo WhatsApp.

El uso de esta vía, no fue solamente para el intercambio de intervenciones profesionales, también lo fue para comentar aspectos de la vida cotidiana, situaciones anecdóticas, o reflexiones sobre este formato de teleasistencia. Y hasta la habitual frivolidad asignada al uso de emoticonos, resultaba reforzante en muchas ocasiones.

Por ejemplo, en una intervención que resultó especialmente tensa y compleja, las respuestas de los miembros del equipo por WhatsApp, no contenían demasiadas palabras, pero sí contenían muchos emoticonos como "saludos del alma" de cada uno de ellos. Esto resultaba muy alentador. Ver apartado 4.5 en: "Teleasistencia en rehabilitación psicosocial (I)". En las dos primeras semanas, tras la implantación del nuevo formato de teleasistencia, se contabilizó 1.050 WhatsApp intercambiados. Después paramos de contar...ya no se consideró necesario. Por la experiencia del equipo, y a pesar del breve tiempo transcurrido, sí podemos afirmar que la teleasistencia en rehabilitación psicosocial es posible, y seguramente necesaria. Podemos afirmar igualmente, que se puede intervenir en las diversas áreas que la integran, y que es posible desarrollar objetivos PIR individualizados. Pero como también se ha señalado, esta misma experiencia solo nos permite afirmar la "posibilidad" de realizar dicha teleasistencia. Y no nos permite, al menos por ahora, confirmar "la efectividad" de la misma. Ello tal vez sea un próximo foco de interés.

El equipo se ha preguntado, qué factores pudieran ser más determinantes en el desarrollo de este formato de teleasistencia, y si estos factores estaban relacionados con la propia intervención o con otras variables. Algunas de las preocupaciones previas a la implantación de dicho formato, fueron corroboradas en la práctica, pero otras no lo fueron. Por ejemplo:

- Comprobar cómo un paciente con esquizofrenia refractaria y bruscas oscilaciones clínicas, mantenía una inusual estabilidad sintomática durante el periodo de alerta sanitaria, resultaba sorprendente para el equipo.
- Observar cómo un paciente que reside en piso tutelado compartido, con asistencia muy irregular al dispositivo, y escasa implicación en actividades, incremento significativamente la realización de las mismas en su hogar, también resultaba de difícil encaje.
- Comprobar que las previsiones sobre el fuerte impacto que podría suponer para algunos usuarios-familias el confinamiento obligatorio por alerta sanitaria no se confirmaba de forma general, también resultaba sorprendente.

No hay claras respuestas a todo ello. Creemos que, en algunos casos los vínculos terapéuticos previos de usuarios-familias con el equipo del CDRP, o el fortalecimiento posterior de los mismos durante el periodo de alerta por COVID-19 pudo tener influencia.

En otros casos, fue la estrecha coordinación con los distintos dispositivos y servicios el factor determi-

nante. Establecer con exactitud cuál fue el impacto del confinamiento durante el periodo de alerta en los usuarios y en sus familiares, no parece posible por ahora. Las características de la población que atendemos son muy especiales. En algunos casos, dichas características habrán incidido negativamente, pero en otros puede que incluso haya tenido un efecto modulador en la capacidad de usuarios-familias para adaptarse a dicho periodo de confinamiento. En este punto, nos hemos preguntado si realmente eran más vulnerables al confinamiento obligatorio las personas con trastorno mental grave, que de por sí suelen presentar tendencia al aislamiento social y auto-confinamiento doméstico, o si eran más vulnerables sus familias, de las que sabemos también que suelen estar hasta diez veces más aisladas socialmente que la población general.

Otra reflexión, a la que nos ha llevado esta experiencia en teleasistencia, se relaciona con la oportunidad que supuso el periodo de confinamiento, para que muchos familiares desarrollasen todas sus potencialidades, en el afrontamiento de la enfermedad y mejora de la convivencia y clima familiar. La teleasistencia conjunta usuarios-familias, fue un buen ejemplo de ello.

También nos hemos preguntado, qué impacto puede ocasionar este nuevo formato de teleasistencia en la práctica cotidiana, una vez concluya el periodo de alerta sanitaria por COVID-19. ¿volveríamos al formato anterior o cambiaríamos definitivamente de rumbo?, ¿cómo diseñaríamos las actividades rehabilitadoras?, ¿cabría extensión de la atención habitual presencial que realizamos en horario laboral, para que los usuarios/as, y fuera del horario laboral, pudiesen seguir desarrollando actividades rehabilitadoras de refuerzo relacionadas con sus objetivos PIR?.

Como respuesta a ello, y por la experiencia en este corto espacio de tiempo, creemos que la teleasistencia en rehabilitación psicosocial "tiene un brazo muy largo". Y que por ejemplo, la provisión de actividades rehabilitadoras de refuerzo para objetivos PIR, en horario de tarde o fines de semana sería perfectamente posible y complementario, a la realización presencial de dichas actividades en el dispositivo. Pero en este punto, solo cabe aportar el criterio del equipo basado en la corta experiencia y escaso recorrido de esta "propuesta en camino" de teleasistencia en rehabilitación psicosocial. La decisión sobre la incorporación definitiva de este tipo de estrategias, en nuestro ámbito asistencial, no nos corresponde.

Es obligado señalar, que la puesta en práctica de este formato de teleasistencia no hubiese sido posible, sin la decidida implicación de todo el equipo. Como sabemos, la rehabilitación psicosocial requiere no solo una específica capacitación técnica, sino también una especial "disposición actitudinal" de los profesionales que la ejercen. Creemos que esta especial disposición e implicación, es un elemento clave para realizar teleasistencia en rehabilitación psicosocial.

Como ya se señaló, deseamos concluir el presente artículo como lo iniciamos y con las citas utilizadas en la introducción, de su primera entrega: Teleasistencia en Rehabilitación Psicosocial (I).

Por ello, y como última reflexión recordamos nuevamente a Mark Twain: "...si tuviéramos que hablar más que escuchar, tendríamos dos bocas y solamente una oreja".

Realizar teleasistencia en rehabilitación psicosocial, precisa lógicamente de la palabra: para saludar a usuarios-familias, para indicar sugerencias, para proveer actividades relacionadas con los objetivos PIR, para preguntar sobre el seguimiento y cumplimiento de las mismas, o sencillamente para entablar una simple conversación informal. Para ello la naturaleza nos ha dado una boca.

Pero creemos también, que realizar teleasistencia en rehabilitación psicosocial supone todo "escuchar". Y para ello, la naturaleza nos ha dado dos orejas. El equipo del CDRP "San Francisco II", ha aprendido a escuchar más y mejor a los usuarios y a sus familiares, en el periodo de alerta sanitaria por COVID-19.

"No podemos estar juntos,  
pero debemos seguir cerca"

RECOMENDACIÓN COVID-FEARP B/P7.

Versión 25/03/20

Federación Española de Asociaciones de

Rehabilitación Psicosocial (FEARP)

## BIBLIOGRAFÍA

1. Fromm-Reichmann, F. (1948). Notes on the development of treatment of schizophrenics by psychoanalytic psychotherapy. *Psychiatry*, 11: 263-273
2. Bateman, G.; Jackson, D.D.; Harley, J.; Weakland, J.H. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science*, 1: 251-264
3. Lidz, T.; Cornelison, A.R.; Fleck, S.; Carlson, D.T. (1957). The intrafamilial environment of schizophrenic patients. II. Marital schism and marital schew. *American Journal of Psychiatry*, 114(3), 241-248
4. Tourinho, R.; Ingjott, R.; Baena, E.; y Fernández, J. (2004, 1ª edición, 2007, 2ª edición). *Guía de Intervención Familiar en la Esquizofrenia*. Editorial Glosa. Barcelona
5. Onwumene, J.; Amara, F.; Valmaggia, L., et al. (2018). Digital Technology for Caregivers of People With Psychosis: Systematic Review. *JMIR Ment Health*, Vol. 5: 3
6. Lefl, J., Kuipers, L., Berkowitz, R., et al. (1982). Life events, relatives expressed emotion, and maintenance neuroleptics in schizophrenic relapse. *Psychological Medicine*, 13: 799-806
7. Kuipers, L.; Lefl, J.; Lam, D. (1992, 2002). Family work for schizophrenia: a practical guide. London: Gaskell
8. Anderson, C.; Reiss, D.; Hogarty, G. (1988). Esquizofrenia y familia. *Guía práctica de psicoeducación*. Buenos Aires: Amorrortu (publicación original de 1986)
9. Gingerich, S.; Y. Mueser, K.T. (2007). Family intervention for severe mental illness. En: *Cognitive Behavior Therapy in Clinical Social Work Practice*. Edited by Rones, T., y Freeman, A. New York: Springer.
10. Bauer, R.; Sterzinger, L.; Koepke, F.; Spiessl, H. (2013). Rewards of Caregiving and Coping. *Strategies of Caregivers of Patients With Mental Illness: Psychiatric Services*, 64(2), 185-188.
11. Ozon, M.; Hamdi, M.; Kalenderoglu, A. (2018). The Burden of Schizophrenia on Caregivers. *Psychiatry and Behavioral Sciences*, 8 (3):XXX.
12. Hoengig, J. y Hamilton, M.W. (1966). The schizophrenic patient in the community and the effect on the household. *International Journal of Social Psychiatry*, 26: 165-176
13. Van Wijngaarden, B.; Schene, A.H.; Koeter, M.; et al. (2000). Caregiving in schizophrenia: development, internal consistency and reliability of the Involvement Evaluation Questionnaire-European Version. *Epsilon Study 4*. European Psychiatric Services: Inputs Linked to Outcome Domains and Needs. *British Journal of Psychiatry*, suppl. 39: 21-27
14. Brown, M.; Monck, E.; Carstairs, G.; y Wing, J. (1962). Influence of family life on the course of schizophrenia illness. *British Journal of Preventive and Social Medicine*, 16: 55-67
15. Muela, J.; y Godoy, I. (2001). El estrés crónico en la esquizofrenia: la emoción expresada. *REME. Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, vol 4, nº 7
16. Mueser, K.T.; y Bellack, A.S. (1995). *Psychotherapy for Schizophrenia*. En: Hirsch, S.R. y Weinberger, D.R., Editores. Oxford: Blackwell
17. Hahnweg, K.; Goldstein, M.J.; Nuachtstein, K.H.; et al. (1989). Expressed Emotion and patient-relative interaction in families of recent onset schizophrenics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57: 11-8
18. Sanger, L. (1997). Personality characteristics associated with the expressed emotion in family members of schizophrenic individuals. *Disertation Abstracts International*. Section B: The Sciences and Engineering. 58(4-B): 2137-2152.
19. Ingjott R.; Tourinho R.; Baena E.; Fernández A. (2004). Intervención Familiar en la Esquizofrenia: su diseminación en un área de salud. *Revista AEN* 2004: 92: 9-23.
20. Montero, I.; Asencio, A.; Hernández, I.; Masanet, M.I.; Lacruz, M.; Belver, F.; et al. (2001). Two strategies for family intervention in schizophrenia: a randomized trial in a Mediterranean environment. *Schizophrenia Bulletin*, 27(4): 661-670
21. Greenberg, J.S.; Greenley, J.R.; y Benedict, P. (1994). Contributions of persons with serious mental illness to their families. *Hospital and Community Psychiatry*, 45: 475-480
22. Harvey, C. (2018). Family psychoeducation for people living with schizophrenia and their families. *BjPsych Advances*, Vol. 24, 9-19





## EL IMPACTO DEL ESTADO DE ALARMA POR LA CRISIS SANITARIA COVID-19 EN LA ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

### ÍNDICE

1. DESCRIPCIÓN DEL INFORME
2. COMO NOS HEMOS ADAPTADO
  - 2.1. CAMBIOS DEL MARCO ORGANIZATIVO
  - 2.2. ADAPTACIONES REALIZADAS EN LA MANERA DE TRABAJAR DE LA RED ASISTENCIAL DE REHABILITACION PSICOSOCIAL
    - ¿Cómo se han adaptado los usuarios?
    - ¿Cómo se han organizado los equipos?
    - ¿Cómo se ha adaptado la actividad?
    - ¿Se ha mantenido adecuadamente la coordinación?
    - ¿Qué ha ocurrido en las residencias?
    - ¿Y los recursos de vivienda y apoyo en el entorno de vida?
    - ¿Se ha mantenido el apoyo a la inserción laboral?
3. APORTACIONES PARA EL TIEMPO QUE VENDRÁ

## 1. SOBRE EL INFORME

El objetivo de este informe es recoger, de manera cualitativa y sintética, algunas de las adaptaciones que, para adaptarse al estado de alarma, se han operado en los servicios relacionados con la atención en rehabilitación psicosocial.

Se ha realizado a partir de los informes remitidos por las asociaciones federadas a FEARP y elaborados con fecha 27/04/2020. Se ha contado con informes correspondientes a las siguientes comunidades autónomas: Aragón, Canarias, Castilla León, Catalunya, Extremadura, Madrid, Murcia, País Vasco y Comunidad Valenciana.

Los contenidos del informe se organizan en tres apartados:

1. CAMBIOS DEL MARCO ORGANIZATIVO: Se detallan los cambios determinados por la Administración o por los gestores de servicios, tales como criterios de actividad de servicios, adaptaciones de las plantillas, seguridad y riesgos laborales, dotaciones de material, etc. Estos cambios condicionan las variables con que cada servicio se ha podido organizar.

2. ADAPTACIONES REALIZADAS EN LA MANERA DE TRABAJAR DE LA RED ASISTENCIAL DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL: Se explican alguna adaptaciones organizativas y técnicas realizadas por los propios servicios de RPS, en cualquiera de sus ámbitos (Servicios de Rehabilitación Psicosocial / Servicios Y programas de inserción laboral / Recursos de vivienda y apoyo domiciliario).

3. CUALES DE ESTOS CAMBIOS / INNOVACIONES PODRIAN TENER CONTINUIDAD TRAS EL PERIODO DE CONFINAMIENTO?: Definir cuáles de las transformaciones realizadas y de las innovaciones incorporadas durante este periodo, tiene posibilidades de mantenerse y desarrollarse en el futuro, no solo determinadas por la urgencia y la excepcionalidad, sino porque permiten realizar la atención con mayor eficacia.

## 2. ¿CÓMO NOS HEMOS ADAPTADO?

### 2.1. CAMBIOS DEL MARCO ORGANIZATIVO

Los dispositivos que trabajan en el ámbito de la rehabilitación psicosocial suelen estar encuadrados en las consejerías de salud o de bienestar social de los gobiernos autonómicos. En menor medida tiene también vinculación con Diputaciones, Cabildos o ayuntamientos. La prestación de los servicios, que en todos los casos son públicos, se realiza mediante entidades públicas o entidades concertadas.

La modificación del marco normativo, operado a partir de la promulgación del Decreto de estado de alarma en respuesta a la epidemia de coronavirus, significó para todos un cambio repentino, drástico y, por tanto, con mucha improvisación.

Estos factores han hecho que no hayan existido directrices concretas sobre pautas de actuación. No ha habido criterios homogéneos, incluso dentro de territorios correspondientes a una misma administración, sobre como reorganizar la actividad de cada servicio. A pesar de ello, parece existir una gran coin-

cidencia en las orientaciones, medidas y procedimientos implantados.

Los servicios de RPS, al estar encuadrados en actividades sanitarias o de servicios sociales, se han considerado actividades esenciales que se debían por tanto seguir prestando durante el confinamiento. El criterio transmitido desde la administración ha sido reducir la asistencia presencial a lo mínimo imprescindible (excepto en las residencias), y por tanto introducir de forma masiva el teletrabajo. También se establece la suspensión de formación continua y las reuniones de equipos presenciales.

El marco regulador del estado de alarma presenta traslados de personal a dispositivos no de salud mental, tanto sanitarios como sociales, en los que se necesitara refuerzo profesional. Esta situación se ha dado en dispositivos de hospitalización, pero ha sido escaso fuera de ese ámbito.

La aplicación de medidas de protección y la disposición del material necesario para la realización del teletrabajo ha corrido a cargo de cada institución, e incluso de los mismos profesionales, que han trabajado desde medios propios. Solo los dispositivos sanitarios han tenido mayor acceso a medidas de protección, aunque de forma escasa.

En algunos casos se han improvisado sistemas de registro de la actividad de los servicios, que se añaden a los ya existentes. Se han ido haciendo seguimientos más específicos por parte de las administraciones de los casos de covid-19 en residencias.

De entrada se garantiza, independientemente del tipo de actividad realizada, el pago de los salarios de los trabajadores públicos y de los contratados de entidades concertadas. En caso de subvenciones suscitadas, la legislación garantiza el pago de indemnización.

### 2.2. ADAPTACIONES REALIZADAS EN LA MANERA DE TRABAJAR DE LA RED ASISTENCIAL DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

Las adaptaciones llevadas a cabo desde los servicios han priorizado el acompañamiento telefónico y telemático a cada uno de los usuarios según su situación social, laboral y familiar, con el objetivo de que se mantenga la continuidad de la atención y que esta sea percibida por los usuarios.

#### ¿Cómo se han adaptado los usuarios?

Existía una incógnita sobre cómo iba a ser la adaptación de los usuarios y usuarias a la situación de confinamiento. Como iban a ser las convivencias familiares intensivas o las soledades permanentes.Cuál sería el impacto de la pérdida de la relación presencial con los servicios. El riesgo de crisis y descompensaciones se podía ver agravado por la falta de accesibilidad profesional y por la situación de riesgo que suponía acudir a centros hospitalarios en caso de urgencia (además de la reducción de camas psiquiátricas, que se habían destinado a atención al covid-19).

A pesar de estos temores, la impresión general es que la adaptación de los usuarios a la nueva situación ha sido buena. La mayoría de los usuarios han

mantenido la vinculación por las vías que se les podía ofrecer y han participado de las actividades que se iban progresivamente programando.

De todos modos, es prematuro hacer un balance de la situación de los usuarios y del impacto real provocado por el periodo de confinamiento. Será un balance a hacer a medio plazo, sobre todo a partir de poder recuperar el contacto presencial.

#### ¿Cómo se han organizado los equipos?

La atención presencial ha quedado prácticamente suspendida en los servicios de rehabilitación, inserción laboral o de ocio, quedando restringida a casos excepcionales según criterios de vulnerabilidad de la persona atendida (riesgos a nivel psicopatológico, emocional, de características del entorno o dificultades en la gestión de las AVD).

Se han suspendido las primeras consultas debido a que se han interrumpido las derivaciones de los circuitos asistenciales y a que la excepcionalidad del formato asistencial no hacía posible una vinculación al servicio.

La principal adaptación en la forma de trabajar en los centros ha sido sustituir la atención presencial por asistencial, sobre todo, telefónica, y también telemática. Se han usado diferentes plataformas on line o aplicaciones (skype, whatsapp, zoom, class room, meet, etc.). Se ha recurrido también a la visita domiciliaria en casos en que la atención telemática no es posible. La falta de medios informáticos o las dificultades de manejo de muchos usuarios (y profesionales, que no se habían preparado para un uso intensivo de estos medios) ha primado el uso del teléfono. La llamada brecha digital se ha hecho más evidente en zonas de menos recursos económicos, donde los usuarios tienen menos acceso a estos medios.

Los equipos que han mantenido presencia en los centros han reestructurado horarios y tareas. Se han organizado en turnos con algún criterio de rotación, para proteger mejor de contagio a los profesionales. El trabajo de teleasistencia en los centros se ha en contrado también con la escasez de medios técnicos (terminales móviles u ordenadores con sistemas de conectividad y de imagen y sonido) para poder realizarse con fluidez. Los profesionales que no estaban en el centro, hacían sus turnos de trabajo en teletrabajo desde el domicilio (con medios personales).

#### ¿Cómo se ha adaptado la actividad?

Como consecuencia de la carencia de una planificación previa, la adaptación de las actividades se ha realizado con amplia libertad por parte de cada organización, cada servicio e incluso cada profesional. Esta variabilidad en la respuesta ha facilitado la activación de alternativas, pero generando iniquidad en la respuesta entre diferentes servicios.

En una primera fase la atención se ha centrado en dar acompañamiento a los usuarios, valorar su situación psicosocial, reforzar las medidas de protección sanitaria y contrastar como se estaban adaptando a la nueva situación. Con el paso de las semanas se ha podido pasar del "valorar el estado de las personas" a retomar de forma adaptada los planes individuali-

zados de rehabilitación de cada individuo.

Se han ido progresivamente recuperando los temas y las actividades clásicas de cada servicio. Se han elaborado materiales específicos que se han hecho llegar a los usuarios (telemáticamente, en domicilio o por correo postal incluso). Las temáticas han sido muy variadas: afrontamiento emocional, hábitos de autocuidado, alimentación, actividades de la vida diaria, información sobre covid-19, actividades cognitivas, actividad física, entretenimiento, etc.) Se han elaborado horarios especificando actividades según las necesidades de cada usuario y atendiendo al plan individual de rehabilitación, para dar continuidad de cuidados. Se ha elaborado también material relativo a actividades rehabilitadoras para que los usuarios pudieran trabajar en sus domicilios.

De la atención individual (y familiar) inicial, se ha pasado a incorporar actividades grupales realizadas también con medios telemáticos, que han permitido además del trabajo rehabilitador, promocionar el contacto de los usuarios entre sí. En toda esta adaptación, por pragmatismo, no se ha seguido un cumplimiento riguroso de los controles que exige la protección de datos y se han tenido que usar aplicaciones no plenamente seguras.

#### ¿Se ha mantenido adecuadamente la coordinación?

La coordinación entre los diferentes servicios ha sido en general fluida debido a que ha podido adaptarse con facilidad a medios telemáticos. Todos los servicios con los que se necesitaba establecer coordinación estaban también en esta modalidad de trabajo. Además de la coordinación con los dispositivos de salud mental, especialmente centros de salud mental, se ha intensificado en algunos casos la coordinación con servicios sociales, para cubrir necesidades de los usuarios en este ámbito (atención domiciliaria, comidas a domicilio, atención a personas sin hogar, fundaciones tutelares, etc.). En las residencias ha sido relevante la coordinación con los servicios de salud general para la gestión de los casos de coronavirus o sospecha.

#### ¿Qué ha ocurrido en las residencias?

Las residencias han continuado con las mismas plantillas en trabajo presencial, incluso con algún refuerzo en residencias de tercera edad, lo que ha permitido una gestión más sossegada de la situación y un mayor mantenimiento de las plantillas.

Las residencias para personas con trastorno mental han tenido que afrontar retos extras:

- Implementación de medidas preventivas del contagio (toma de temperatura, rutinas de higiene, limpiezas extra de espacios, reordenación de los espacios, etc.)
- La atención a afectados por covid-19 o sospechosos, para los que se han habilitado espacios de aislamiento en las propias residencias y medidas adicionales de seguridad, dada la carencia de pruebas PCR.

- Afrontar el confinamiento de los residentes, sin contacto con el exterior durante semanas y con restricción para el seguimiento médico y psiquiátrico.

• Contener en lo posible situaciones de descompensación, ante el riesgo que suponía acudir a urgencias hospitalarias.

Todo ello ha ralentizado el funcionamiento diario y ha aumentado la intensidad de trabajo.

### ¿Y los recursos de vivienda y apoyo domiciliario?

Los servicios que implican atención domiciliaria (plazos asistidos o supervisados, servicios de atención domiciliaria) han mantenido la atención presencial en los lugares de vida, pero en todos los casos en que ha sido posible se ha realizado seguimiento telefónico para reducir en lo posible las acciones presenciales, dado que ni siquiera se disponía de EPIS en condiciones. Se han organizado también turnos de los equipos y se ha flexibilizado los criterios de atención de acuerdo a las nuevas necesidades generadas por el confinamiento.

Se han utilizado algunas apps relacionadas con el seguimiento de actividades de la vida diaria, pero de forma improvisada.

### ¿Se ha mantenido el apoyo a la inserción laboral?

Se ha trabajado esencialmente en teletrabajo y atención no presencial. La intensidad del soporte se ha adaptado a las necesidades de la persona.

Se ha hecho un trabajo más específico con las personas insertadas que han quedado en paro o en ERTE. Se ha dado apoyo e información en la gestión de baja médica, ERTEs, despidos y/o permisos retribuidos recuperables. Además de los temas relacionados con preparación y apoyo laboral, se han incluido contenidos dirigidos a afrontar el confinamiento.

En los centros especiales de empleo, los ERTE han sido habituales, excepto en aquellos que realizan actividades de primera necesidad y que se han mantenido (limpieza, lavandería, distribución, fabricación de productos de protección, alimentación).

### 3. APORTACIONES PARA EL TIEMPO QUE VENDRÁ

Del análisis de las respuestas al punto 3 de los informes, surgen una serie de propuestas que permitirán preparar para el tiempo que viene, para la fase post estado de alarma y postcovid.

En lo más inmediato habrá una fase de transición marcada por la progresiva puesta en marcha del funcionamiento económico y social, que dependerá de la evolución de la pandemia. Requerirá también la aplicación de medidas de flexibilización, en las que vayamos incorporando progresivamente los elementos "tradicionales" de nuestro trabajo asistencial basado en la actividad presencial.

Pero la pregunta clave que se plantea es como será nuestro trabajo en el momento en que ya no esté condicionado por los factores de la protección frente al contagio. En el momento en que podamos recu-

perar los procedimientos del trabajo presencial, añadiendo a la vez los medios y las adaptaciones metodológicas que hemos incorporado de una manera inopinada y en gran medida improvisada.

No se trata solo de incorporar tecnología, sino de incorporar las maneras de trabajar que pueden acompañar (o no) este cambio y de revisar algunos axiomas sobre los que reposa nuestra práctica. Son cambios que se apuntaban en el horizonte, pero que ahora se han visto acelerados y generalizados, permitiendo una especie de ensayo general al que habrá que escribirle ahora el guión.

A continuación se detallan algunas de estas propuestas:

#### • Planes proactivos de reactivación para "salir de casa"

Señalamos que en general la adaptación de los usuarios al confinamiento ha sido buena. Ahora se trata de que no sea demasiado buena. La norma no será ya el confinamiento, aun cuando el temor a la prevención al contagio condicione mucho durante tiempo las pautas de vida y de relación. La comunidad deberá de ser exclusivamente virtual.

Recuperar el valor de lo "presencial" (incorporando las aportaciones de la relación telemática, exitosamente ensayada estas semanas) requerirá una actitud proactiva de los equipos.

#### • Diseño de protocolos de actuación ante una emergencia sanitaria y realización de adecuaciones estructurales y organizativas

El riesgo de nuevos rebrotes o la necesidad de aplicar medidas preventivas durante largos periodos de tiempo, hacen necesario que los servicios (no solo las residencias) se doten de protocolos, basados en la experiencia de estas semanas, que preparen a usuarios, profesionales, servicios y gestores para afrontar la situación de manera más controlada. Han de prever diferentes niveles en la evolución hacia lo que se ha dado en llamar, la nueva normalidad.

Será necesario tener previsto un plan de actuación ante este tipo de situaciones, acordado con la Administración, que establezca mecanismos de actuación y de intercambio, y que sean un instrumento integrador de los servicios sociales y sanitarios.

Es necesaria también una planificación estructural centrada en mantener las normas de prevención a la exposición y para garantizar la distancia social: Distribución de mobiliarios y uso de estancias, tiempos de horarios de atención y rutinas de limpieza y actividades que aseguren que no haya riesgo de contagio.

La implantación del teletrabajo permite más margen en las políticas de conciliación de vida personal y laboral (flexibilización de horarios, equipos por turnos, teletrabajo desde el domicilio, etc.). A su vez, esta flexibilización permite replantear los horarios de atención de los servicios, facilitando franjas horarias que permitan, por ejemplo entre-

vistas con familias fuera de sus horarios laborales.

#### • Utilización de la relación telemática con los usuarios

La realización de la asistencia por medios telemáticos (telefonía u ordenadores) es un complemento de la asistencia presencial que permite un seguimiento más frecuente y continuado, que puede adaptarse a las necesidades particulares de aquellos usuarios que lo necesitan de manera habitual o esporádica. Permite el vínculo con usuarios que tienen dificultad para acceder a los servicios (por legítima física, por problemas orgánicos o por vulnerabilidad psicopatológica). Algunas personas se han podido acomodar a estar confinadas, aumentando la apatía, sedentarismo, desmotivación, por lo que les va a costar esfuerzo retomar asistencia presencial, junto al miedo al contagio.

Ofrece una mayor accesibilidad de los familiares, que pueden tener dificultad para compatibilizar su actividad laboral o doméstica con los horarios de los servicios. La realización de actividades grupales con familiares suele hacerse difícil por estas cuestiones logísticas de horario y desplazamiento, que deja fuera habitualmente a los que tienen actividad laboral.

Pero su aplicación también exige algunos requisitos:

- Hay que usar sistemas accesibles a la mayoría de los usuarios (el móvil es más generalizado).

- Se ha de garantizar que las plataformas garantizan la protección de datos. - Los servicios han de contar con los medios tecnológicos adecuados para el teletrabajo de los profesionales.

- Los profesionales han de estar capacitados en la utilización de estas herramientas. - Los usuarios también necesitarían formación para maximizar el uso de sus tecnologías.

#### • Elaboración de materiales de RPs para trabajar fuera del servicio

La facilitación de material que pueda usarse individualizadamente para realizar actividades fuera del horario del recurso permite dar continuidad al trabajo realizado en el servicio.

Es un formato que se continuará desarrollando. Los profesionales se orientarán a la creación de materiales adaptados al trabajo telemático con usuarios, tipo tutoriales, que permitan un uso remoto, y a los formatos individualizados (telmáticos o en papel) de tareas rehabilitadoras. Existen también materiales ya publicados y aplicaciones que pueden incorporarse al trabajo rehabilitador.

#### • Potenciación del trabajo rehabilitador en el entorno de vida de la persona

La atención domiciliaria rehabilitadora ha sido un complemento de la atención telemática. Ha sido una alternativa asistencial para usuarios que no disponen de conexiones telemáticas o lo será en los que sean reacios a acudir nuevamente al servi-

cio (en el periodo de transición). En muchos casos, las pantallas han sido ventanas en las que ver por primera vez fragmentos de los lugares de vida de las personas usuarias.

Conocer los contextos de vida de las personas usuarias, respetando por supuesto su derecho a la privacidad, permite un conocimiento más completo y vivencial de la realidad de las personas usuarias. Trabajar habilidades en el propio contexto de vida, garantiza la generalización de lo ensayado en el centro asistencial.

#### • Incorporación los medios telemáticos como herramienta de empoderamiento de los usuarios:

Los mismos medios que permiten la conexión con los profesionales, pueden servir a los usuarios para incrementar el contacto entre ellos, desarrollando actividades de apoyo mutuo, de peer support, o simplemente hablando con un amigo. Si bien se parte de una actividad mediada por profesionales, gradualmente pueden ir diluyendo su papel y empoderando a los participantes, de manera que en un futuro sea un grupo de contacto entre ellos.

Pero no se trata de empoderar solo para el contacto entre usuarios. La participación comunitaria y la vida social, pantalla mediante, también se ha generalizado con el confinamiento. Por tanto, es un promotor instrumento de participación ciudadana.

#### • Proactividad de los profesionales en mantener el vínculo con los usuarios con más dificultades:

En este periodo de confinamiento los profesionales han desarrollado mayor sensibilidad por los "no contesta" o por las "desapariciones temporales", que ahora preocupan, pero que en otras ocasiones se relativizan o soslayan.

#### • Utilización de medios telemáticos en la coordinación y organización profesional:

La eliminación de los tiempos de desplazamiento y las distancias facilita la participación de profesionales en las reuniones de coordinación on line. Hasta cierto punto, el formato on line obliga a más concreción y puede hacer más eficientes las reuniones.

Como en el caso del trabajo con usuarios, exige dotarse de la tecnología necesaria, de las competencias de manejo adecuadas y garantizar la seguridad de las comunicaciones.

#### • Transformación de modelos residenciales en sistemas de apoyo domiciliario:

El modelo basado en residencias estaba en revisión para transformarse en un modelo de apoyos comunitarios, en lo que representaría la puesta en marcha de un nuevo proceso de desinstitutionalización.

La crisis sanitaria ha hecho que algunas residencias que no hayan podido proteger a sus residentes (ni profesionales). Este hecho puede reforzar

las políticas de apoyos en los domicilios de las personas y la promoción de viviendas supervisadas más reducidas.

Se reforzará así mismo la conexión entre los dispositivos residenciales y los sanitarios, especialmente con las áreas básicas de salud.

En el ámbito de la asistencia domiciliaria, también se incorporaran los seguimientos telemáticos y la utilización de instrumentos tales como apps específicas de salud o AVD.

• **Impulso a la digitalización en los programas de inserción laboral**

Quizás era el ámbito de la inserción laboral el que estaba haciendo un uso más amplio de los seguimientos telefónicos y del uso de TIC (por ejemplo, de páginas web, apps de búsqueda de empleo o uso de redes sociales como LinkedIn). Estos sistemas permiten el acceso en cualquier momento y lugar a los recursos formativos y de búsqueda de empleo, así como a los profesionales de acompañamiento y de formación.

Es también evidente como la formación en TIC para los usuarios pasa a ser una de las formaciones competenciales más necesarias para conseguir una inserción laboral.

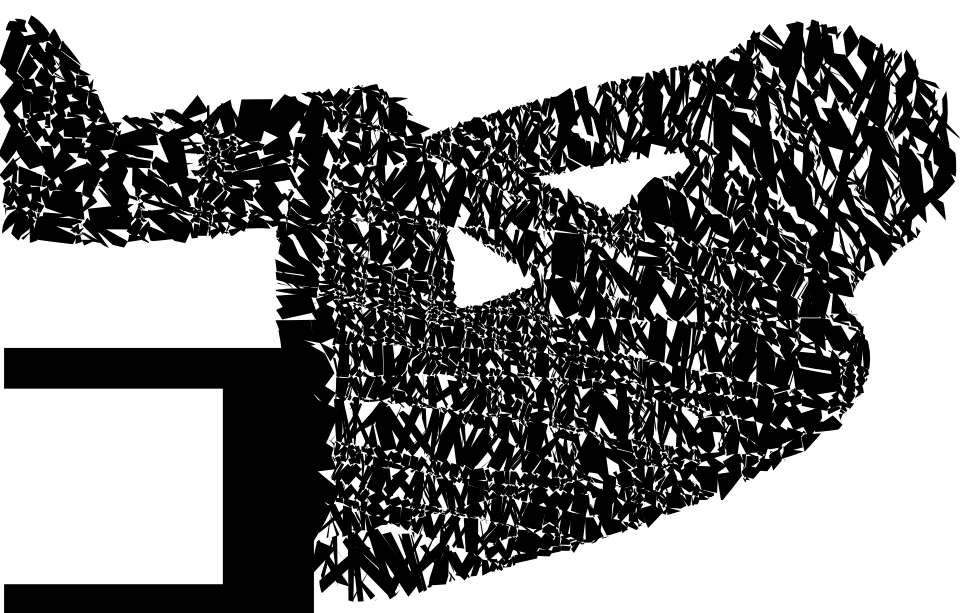
En los tiempos más inmediatos, los servicios de inserción laboral tendrán que focalizarse de manera intensiva en la atención a personas que hayan perdido su puesto de trabajo y en como reorientar, en un contexto de fuerte alza del paro, sus itinerarios. Será necesario también reorientar las acciones de prospección de empleo a detectar las actividades emergentes en cada territorio (por ejemplo, trabajos de distribución, cuidado de personas, servicios on line, etc.).

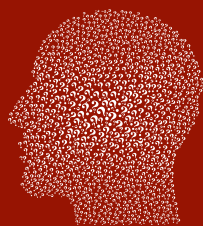
• **Aplicación de modelos de formación on line para la formación continuada de profesionales:**

La formación on line elimina el problema de la distancia entre profesor y alumnos. Permite combinar profesionales de diferentes territorios, contar con profesorado independientemente de su ubicación, eliminando los costes de desplazamiento, e integrar mayor número de alumnos.

La utilización de plataformas específicas para formación cuenta con una acreditada experiencia en ámbitos docentes y ofrecen muchos instrumentos facilitadores de los aprendizajes.

Será necesaria la formación a los profesionales en el manejo de las tecnologías utilizadas, pero también en la gestión relacional que suponen las nuevas fórmulas.





# Rehabilitación Psicosocial

PUBLICACIÓN OFICIAL DE LA FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE ASOCIACIONES DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL (FEARP)  
[www.fearp.org](http://www.fearp.org)