

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

TELECARE 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>a</sup> Carolina Martel Marrero (I)  
Desiré Alonso Ortega (I)  
Sofía A. Díaz Garrido (I)  
Sara Sánchez García (I)  
Josefa Hernández Lirola (II)  
Ernesto 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

## 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 esquizofrenógena: Fromm-Reichmann, F. (1948).(1) Teoría del doble vínculo: Bateson, G., et al. (1956).(2) Teoría del cisma 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 digeridas 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; Touriño, 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 vínculos previamente establecidos con las familias resultó 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 psicóticos. 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 psicóticos 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 psicóticos, 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 psicóticos, 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 admitía 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

Habrà 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; Leff, J., et al. (1982).(6); Kuipers, 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, incidiendo 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; Gingerich, S. y Mueser, KT. (2007).(9) Indican los autores, que las intervenciones de salud mental que facilitan la reciprocidad entre las personas con enfermedades mentales graves y sus familiares, 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 cónyuges 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, merecía especial consideración para este diseño de teleasistencia familiar. Como sabemos, la carga familiar se puede clasificar de dos

formas; Hoenig, J. y Hamilton, M.W. (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 “consecuencias del cuidado”. Al respecto; Van Wijngaarden, 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 compleja desde un formato de teleasistencia familiar. Pero al tiempo, se consideró 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 consideró, 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; Muela, 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 constriñen 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 interaccionando 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 de 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.

#### E. Competencia y habilidad familiar para el afrontamiento de problemas y conflictos.

Las dificultades en la convivencia de familias con pacientes que presentan Trastorno Mental Grave (TMG), suelen ser frecuentes. A todos los aspectos señalados anteriormente, se une la posible inhabilidad familiar para afrontar problemas cotidianos o gestionar conflictos. Por ello, parecía muy probable que se produjese un incremento de dichas dificultades, durante el tiempo de alerta sanitaria por COVID-19. Hubo casuística al respecto. Y ello a expensas de diversos factores:

- Factores relacionados con la pérdida de rutinas: El simple hecho de que los usuarios/as no pudiesen asistir al CDRP, provocó un impacto notable. Algunas familias informaban de; progresivo descuido del autocuidado de usuarios/as, reticencias para la toma de medicación, conflictos con otros miembros de la familia, aumento de sintomatología ansiosa, etc.

- Factores relacionados con la dificultad para afrontar dichos problemas y gestionar conflictos: Con usuarios/as que se negaban a realizar tareas, o que abordaban a sus familias insistentemente para cuestiones triviales, o con manifestaciones psicóticas francas.

Abordar todo ello desde este formato de teleasistencia, resultaba una vez más muy complejo. Pero la realidad resultaba incontestable, y también supuso para el equipo tener que realizar cierta reestructuración cognitiva, en orden a la aceptación de las consecuencias que el confinamiento doméstico por COVID-19 podría suponer, tanto para los usuarios/as como para sus familiares.

Por tanto, había que partir de la realidad y situación excepcional que suponía el periodo de alerta sanitaria, pero al tiempo tratar de integrar en la teleasistencia familiar, algunas sugerencias y estrategias sencillas dirigidas a los familiares.

Por ejemplo:

- Para la mejora de la comunicación:

- Ir al grano: Recordando a los familiares que los usuarios/as pueden tener dificultades para seguir una conversación, así que sería necesario que fueran breves y precisos sobre la cuestión que quisieran transmitir.

- Reforzar lo positivo: Recordando a los familiares que los usuarios/as, pueden sentirse desmoralizados y con baja autoestima porque pueden tener la sensación de que no hacen nada bien.

- Hacer peticiones positivas: Recordando que las peticiones percibidas como exigencias, puede despertar sentimientos de daño y desánimo en la persona que debe cumplir con la petición.

- Para la gestión de conflictos:

- Hablar con calma: Recordando que, las personas tienden a ser más receptivas cuando nos

dirigimos 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 de 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; Ingloft R., et al. (2004).(19) También en la referencia ya señalada; Touriño, 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 podría 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 convicción de empeoramiento 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 crónicas, 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 parece 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 merecía 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 impedía 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 pretende 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 prodrómicos. 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 “entrañable”. Por ello, se ha considerado conveniente ilustrar cómo 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 proveerles de ejercicios y actividades, que finalmente terminaban 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 duelen las piernas porque su integradora “le mete mucha caña...”. La integradora social pacta con ella, que en su próximo contacto le proveerá 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 oscilaciones 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 depot quincenal. Padres fallecidos. 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 atravesaba 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 citas 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 dudaremos 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 controles.

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 ventanas 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 “pérdida”. 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 “salidos 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, si 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 pudieron 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, incrementó 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 diseñaremos 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 sobre 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. BP7.  
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. Bateson, G.; Jackson, D.D.; Haley, J. y Weakland, J.H. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science*, 1: 251-264
3. Lidz, T.; Cornelison, A.R.; Fleck, S. y Carlson, D.T. (1957). The intrafamilial environment of schizophrenics patients: II. Marital schism and marital schew. *American Journal of Psychiatry*, 114(3). 241-248
4. Touriño, R.; Inglott, R.; Baena, E. y Fernández J. (2004, 1ª edición. 2007, 2ª edición). *Guía de Intervención Familiar en la Esquizofrenia*. Editorial Glosa. Barcelona
5. Onwumere, J.; Amaral, F.; Valmaggia, L. et al. (2018). Digital Technology for Caregivers of People With Psychosis: Systematic Review. *JMIR Ment Health*. Vol. 5: 3
6. Leff, 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.; Leff, J. y Lam, D. (1992, 2002). *Family work for schizophrenia: a practical guide*. London. Gaskell
8. Anderson, C., Reiss, D. y 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 Ronen, 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. Ozen, M., Hamdi, M., Kalenderoglu, A. (2018). The Burden of Schizophrenia on Caregivers. *Psychiatry and Behavioral Sciences*. 8 (3):XX-X.
12. Hoenig, 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, J. (2001). El estrés crónico en la esquizofrenia: la emoción expresada. *R.E.M.E. 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. Hahlweg, K.; Goldstein, M.J.; Nuechterlein, 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. Inglott R.; Touriño R.; Baena E.; Fernández JA. (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.; Bellver, 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

