

Trabajo Social Sanitario: Protocolo de intervención psicosocial por la COVID-19

Resumen

El presente documento pretende sistematizar la práctica profesional del trabajo social en FREMAP, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social, dentro de un contexto de emergencia sanitaria y social provocada por la pandemia de COVID-19.

Al inicio del mismo, se realiza una breve contextualización de lo que es el Trabajo Social Sanitario en las mutuas, con objeto de situar al lector. Posteriormente, ante la modificación del contexto por COVID-19 y tras la activación del nivel 3 del Protocolo interno de Emergencias, se da una respuesta rápida del equipo formado por 37 profesionales del trabajo social con la creación de un Protocolo de Atención Psicosocial. Éste, desarrollará la coordinación socio sanitaria necesaria para dar una respuesta inmediata a las necesidades detectadas tras el ingreso de pacientes con diagnóstico de COVID-19 en tres de los hospitales de FREMAP (Majadahonda, Barcelona y Sevilla). Finalmente, se describirán los resultados obtenidos en base al análisis de los registros que se han realizado en un proceso de intervención social, sin precedentes, a través de las TICs.

Palabras clave

Trabajo Social Sanitario. Mutua. Emergencia. COVID-19, Intervención Psicosocial.

Healthcare Social Work: psychosocial Intervention protocol caused by COVID-19

Abstract

This document aims to systematize the professional practice of social work at FREMAP, mutual insurance company which cooperates with the Social Security, within a context of health and social emergency caused by the COVID-19 pandemic.

At the beginning of the document, a brief contextualization of what Health Social Work is in the mutual insurance companies is made, in order to situate the reader. Subsequently, given the modification of the context by COVID-19 and after the activation of level 3 of the internal Emergency Protocol, a rapid response is given by the team of 37 social work professionals with the creation of a Psychosocial Care Protocol. This protocol will develop the necessary social and health coordination to provide an immediate response to the needs detected after the admission of patients diagnosed with COVID-19 in three of FREMAP's hospitals (Majadahonda, Barcelona and Seville). Finally, the results obtained will be described based on the analysis of the records that have been made in a process of social intervention, without precedent, through ICTs.

Keywords

Health Social Work. Mutual. Emergency. COVID-19. Psychosocial Intervention.

Autoras/Authors

Lourdes Belda Aparicio

Trabajadora social sanitaria y Directora Área de Trabajo Social y Readaptación Profesional.
Sede social FREMAP Majadahonda.
lourdes_belda@fremap.es

Alejandra García Fernández

Trabajadora Social. Mutua FREMAP Regional Asturias y Cantabria.
alejandra_garcia@fremap.es

Mari Carmen Moreno Castillo

Trabajadora Social
FREMAP Regional Andalucía Occidental.
maria_moreno_castillo@fremap.es

Ángela Ruiz Gómez

Trabajadora Social sanitaria.
Mutua FREMAP Regional Cataluña
angela_ruiz_gomez@fremap.es



Trabajo Social Sanitario: Protocolo de intervención psicosocial por la COVID-19

Introducción

El Trabajo Social Sanitario¹ en FREMAP: Breve contextualización

Las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social se encuentran condicionadas a la normativa de Seguridad Social, la cual regula su actividad y le otorga competencias en materia de prevención, asistencia sanitaria y gestión de prestaciones económicas derivadas de accidente de trabajo, enfermedad profesional y contingencias comunes.

Desde sus inicios, en FREMAP se ha trabajado por el desarrollo del concepto integral de accidente de trabajo, comprendiendo las necesidades e intervenciones en salud desde una perspectiva biopsicosocial. De este modo, se atiende, no sólo a los cuidados sanitarios para la enfermedad, sino también a los cuidados personales y del entorno, con objeto de estudiar y comprender la salud como una realidad compleja en la que se hace necesario un enfoque interdisciplinario.

Dicha atención integral parte desde la propia estructura organizacional de FREMAP en tanto que, dependiente de la subdirección general de gestión se encuentra la dirección de área de trabajo social, que coordina a un equipo de 36 profesionales distribuidos en diecisiete Direcciones Regionales y cuatro centros hospitalarios.

Para poder garantizar la atención integral, dentro de la red de centros sanitarios, tanto hospitalarios como asistenciales, el TSS forma parte del equipo interdisciplinar especializado, formado por los servicios de medicina, enfermería, psicología, trabajo social y administración.

En estos equipos interdisciplinares el TSS, siempre toma como punto de partida el diagnóstico médico, lo contextualiza y elabora un diagnóstico social sanitario, en torno al que se articularán los diferentes procesos de atención y apoyo, tanto al paciente, como a sus familias y/o red social (Colom, 2010).

La práctica profesional en FREMAP se sustenta en un enfoque ecléctico, en tanto que se nutre de diferentes teorías, métodos y modelos para procurar dar una respuesta óptima tanto al individuo como a su red social en relación al accidente de trabajo y las posibles consecuencias que de él se derivan, partiendo de una realidad social compleja y cambiante.

Teniendo en cuenta dicho contexto, los modelos que tienen una mayor influencia en el desarrollo de la práctica del Trabajo Social en FREMAP, son: el modelo sistémico, el de intervención en crisis, y el de gestión de casos.

Partiendo de que el accidente de trabajo supone una crisis sobrevenida, es decir, aquella que es inesperada y que, siguiendo a Morán (2020) es caracterizada por una desorganización emocional, perturbación y colapso en las estrategias de enfrentamiento; el modelo de intervención en crisis, cuyos autores de referencia son Caplan (1964) y Lindemann (1944), va dirigido a una persona, familia o grupo, y tiene por objeto apoyar para el afrontamiento del suceso traumático, disminuyendo la probabilidad de efectos psicológicos o físicos negativos y aumentando las posibilidades del aprendizaje de nuevas perspectivas vitales.

Asimismo, siguiendo a Viscarret (2009), *“el comportamiento, los acontecimientos, los hechos y los procesos sociales no pueden ser entendidos de*

Healthcare Social Work: psychosocial Intervention protocol caused by COVID-19

forma aislada, sino que tienen que ser tratados desde el punto de vista de la interacción". En este sentido, tras el accidente de trabajo se parte del diagnóstico clínico ya que, provoca una crisis sobreenvenida, pero el objeto de intervención del TSS será la incidencia que ésta genera en los procesos vitales y de interacción recíproca entre las personas y sus entornos físicos y sociales.

Así, se integra el modelo sistémico en la metodología de intervención del TSS teniendo en cuenta que, *"la teoría de sistemas pone especial énfasis en las interacciones, en las transacciones, en las interrelaciones, como elementos fundamentales para comprender las dinámicas complejas que se producen"* (Viscarret, 2009, p.336) y que, por tanto, cualquier circunstancia interfiere con los diferentes sistemas y subsistemas. Es decir, los diferentes fenómenos no se conciben de forma aislada, sino que interaccionan entre sí, por lo que la relación de ayuda se establecerá a través de un proceso y de una hipótesis que deberá ser relacional.

Por último, el modelo de gestión de casos permite una intervención metodológica multinivel. En palabras de Viscarret (2009), en tanto que, provee de un *servicio directo*, donde se desarrolla la relación entre la trabajadora social y el paciente; así como de un *servicio indirecto*, a través de las estructuras organizativas, de relación entre servicios y a los recursos formales existentes en la comunidad.

Partiendo de las necesidades detectadas a través de la propia práctica profesional, y sustentado en los modelos teóricos presentados, nace en 2018 el Programa de Atención Psicosocial en Emergencias por accidente de trabajo, creado por el Grupo de Emergencias e Innovación en el que se define la intervención psicosocial como *"la atención y el soporte a las personas afectadas y a sus familia-*

res, activando los recursos necesarios y dando respuestas sociales para mejorar las condiciones personales del conjunto de la población afectada, independientemente de que se haya producido o no la demanda por la parte afectada" (Belda, L; Román, A; Giralt, E, 2015, p. 134).

El programa tiene por objetivo aliviar el estrés colectivo a través de la intervención psicosocial por lo que protocoliza la organización y forma de activación de los diferentes equipos, ante tres posibles niveles de emergencia en casos de accidente, así como, desarrolla un método y técnicas de intervención. Los tres niveles posibles son:

- Nivel 1: Intervención exclusiva con personal de la empresa, tras haberse producido un accidente grave en las instalaciones de la misma.
- Nivel 2: Intervención ante un accidente múltiple en el que se producen varios fallecimientos o lesionados.
- Nivel 3: Intervención en una gran emergencia o catástrofe con multitud de víctimas.

Tal y como se recoge en dicho protocolo, y ante la situación que va a describirse en las siguientes líneas, la Dirección del Área de Trabajo Social pre-activa el nivel 3 del Protocolo de Emergencias.

Transformación del contexto: COVID-19.

Tras la declaración de pandemia internacional por parte de la OMS el pasado 11 de marzo y la

notas

¹ En adelante TSS.

Trabajo Social Sanitario: Protocolo de intervención psicosocial por la COVID-19

emergencia de salud pública ocasionada por la enfermedad COVID-19, el 14 de marzo se aprobaba el Real Decreto 463/2020, a través del cual se declaraba el estado de alarma para la gestión de la situación de la crisis sanitaria. Así, los hospitales de las Mutuas Colaboradoras con las Seguridad Social se ponían a disposición del Ministerio de Sanidad pasando a formar parte de la red pública y, por tanto, acogiéndose a las medidas sanitarias desarrolladas por el Gobierno.

Este hecho, modificaba radicalmente el quehacer cotidiano de las profesionales del trabajo social en la Mutua, por lo que tendrían que anticiparse a las necesidades que pudieran derivarse del ingreso de pacientes con diagnóstico de COVID-19. Así, parafraseando a Colom (2010) la intervención proactiva del TSS evita la improvisación y las presiones de última hora ya que toman como punto de partida el estudio social de los riesgos y sobre ellos, diagnostican la existencia de las posibles problemáticas que pudieran derivarse a través del diagnóstico de la enfermedad, así como del contexto social.

Pero las medidas iniciales de prevención, protección y contención de la enfermedad COVID-19, según el análisis realizado por Ormaetxea (2020) iban a desencadenar un fuerte impacto tanto en la interacción humana² cómo, en la autonomía vital de las personas en tanto que, las interacciones y transacciones de la persona, en el desarrollo de la vida diaria, ya fueran consigo mismas, con el medio social, familiar y/o comunitario, se encontraban condicionadas por el adecuado cumplimiento de dichas medidas.

En consecuencia, esta relación de acontecimientos generaría un desequilibrio en la estructura y en el funcionamiento social, ya que, parafraseando a Viscarret (2008), la interrupción del “normal funcio-

namiento” hace que el individuo se encuentre, de manera temporal, en un estado de desorganización ante la incapacidad de poder hacer frente a dicha situación, apareciendo frustración, preocupación y estrés.

En este contexto de crisis social y sanitaria y, ante el inminente ingreso de pacientes diagnosticados por COVID-19 en los Hospitales de FREMAP, la Dirección de área de Trabajo Social activa el nivel 3 del Programa de Intervención en Emergencias de FREMAP, siendo éste el de catástrofe al estar implicado el territorio nacional.

1. Metodología

Partiendo del propio conocimiento de la práctica profesional dentro del campo sanitario, así como de la activación del nivel 3 del protocolo interno, el Grupo de Emergencia comenzó a desarrollar el análisis de aquellas situaciones sociales que incidirían en las dinámicas individuales, familiares y sociales a raíz de la realidad sobrevenida por la COVID-19.

Una vez detectados los riesgos psicosociales que podían derivarse del ingreso y aislamiento de los pacientes ingresados, así como de sus familias y/o red social, el objetivo principal era crear un protocolo de intervención psicosocial que generara la coordinación sociosanitaria necesaria, tanto con recursos internos como externos, para dar una respuesta social inmediata, y cuyo canal de comunicación, principalmente, se establecería a través de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación.

Teniendo en cuenta las medidas de prevención y contención de la enfermedad y en consecuencia el aislamiento de la población se consideraba

Healthcare Social Work: psychosocial Intervention protocol caused by COVID-19

necesario facilitar el flujo de información entre los familiares o red social del paciente y el hospital y a su vez, proporcionar el apoyo psicosocial y gestión emocional, adecuándose cada intervención a la situación particular.

El protocolo de intervención psicosocial, por tanto, integra la profesión del trabajo social como parte activa del equipo interdisciplinar para la promoción del bienestar psicosocial de las personas enfermas y sus familiares o redes sociales; así como para la optimización y buen uso de los recursos sanitarios, lo que aporta visibilidad dentro de un contexto de emergencia.

1.1.- Protocolo de Intervención Psicosocial en FREMAP por COVID-19

El protocolo de intervención psicosocial en FREMAP por COVID-19, como todo proyecto de intervención social y, parafraseando a Aguilar, M.J (2013), sigue el esquema metodológico en trabajo social, el cual se basa en la aplicación del método científico: siendo en un primer momento de investigación, para continuar con la planificación-intervención y culminar con la evaluación. Cabe resaltar que la metodología del trabajo social en emergencias no es lineal, sino que se encuentra en un proceso dialéctico constante, en tanto que dicho servicio *“requiere de un conocimiento más completo de la realidad sobre la que se va a actuar y supondrá reajustar el programa inicial de actuación”* (Aguilar, M.J, 2013, p. 277).

Concretamente el protocolo que aquí se trata, parte de la necesidad de dotar de un servicio en un contexto de emergencia sanitaria y tras la puesta a disposición del Sistema Nacional de Salud de los cuatro hospitales con los que FREMAP cuenta en el territorio nacional, los cuales están situados en

Vigo, Barcelona, Madrid y Sevilla. El objeto de dicho servicio es el de garantizar una atención adecuada y, manteniendo las condiciones de seguridad, a la familia y/o red social de los pacientes ingresados en dichos hospitales.

Para poder cumplir con ello, el 13 de marzo, la Dirección de Área de Trabajo Social pre-activa al Grupo de Emergencias en el nivel 3, mediante videoconferencia, con objeto de estudiar la situación descrita y desarrollar el procedimiento de intervención psicosocial que contendría la reorganización del servicio de trabajo social ante la situación de emergencia por COVID-19 en FREMAP, así como la definición de los métodos y técnicas para la intervención social en dicho contexto.

1.2 Reorganización del servicio de trabajo social ante la situación de emergencia por COVID-19 en FREMAP

Las medidas de contención de la enfermedad COVID-19 influyeron, de manera directa, en el área de trabajo social ya que, por una parte, sus profesionales se encontraban en modalidad de teletrabajo y, por otra, el descenso de los accidentes laborales era notable.

Asimismo, se detectó que la estructura organizativa del área no daba una respuesta óptima a las necesidades que el contexto de emergencia había generado, por lo que exigía de su modificación en función de la red hospitalaria de FREMAP, estableciéndose de la manera de la figura 1.

NOTAS

¹ Goikoetxea, 2019, en Ormaetxea (2020): define la interacción humana como “la condición que tenemos las personas como seres vivos constitutivamente interdependientes, con necesidades de déficit y de ser, que se cubren y desarrollan en la interacción humana con las otras personas con las que convivimos y con-morimos” (Diap. 8)

Trabajo Social Sanitario: Protocolo de intervención psicosocial por la COVID-19

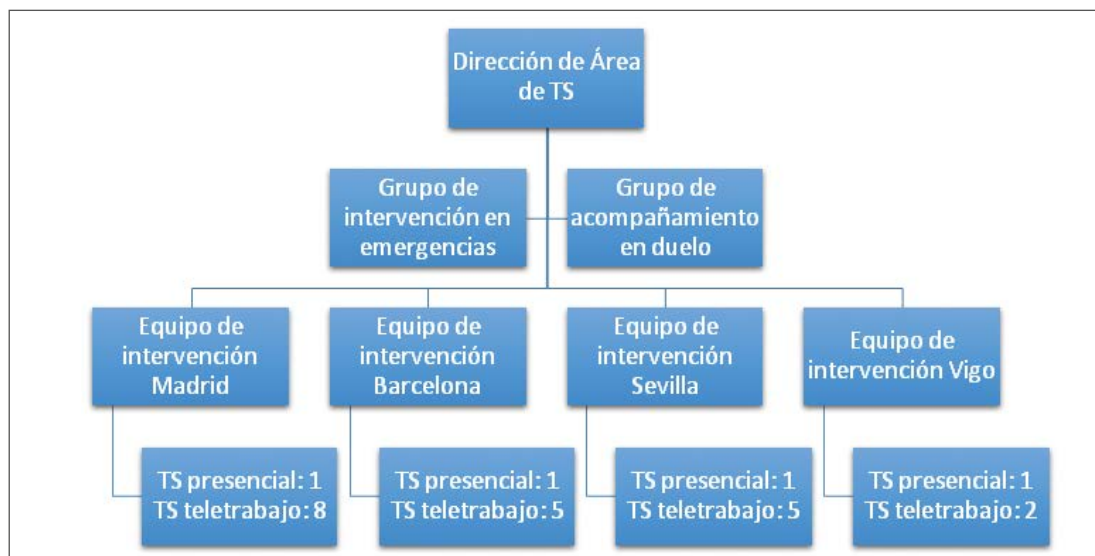


Figura 1: Estructura organizacional de FREMAP en la emergencia por COVID-19. Fuente: Elaboración propia.

Siguiendo con el Plan de Emergencias de Trabajo Social Sanitario del Consejo General de Trabajo Social, la organización estructural de la Dirección de Área y de los equipos operativos “*es clave y prioritaria a la hora de actuar en situación de emergencias, para que se optimice el flujo de tareas, información y desarrollo de las acciones que se vayan a implementar*” (Campello, L. 2020, p. 4). De esta forma, la dirección realiza una gestión global de la emergencia, estableciendo los mecanismos de coordinación y de trabajo en red, con los diferentes servicios y profesionales de la organización, así como de los grupos de trabajo especializados y de los equipos de intervención.

Por su parte, el grupo especializado de intervención psicosocial en emergencias asumiría las competencias de desarrollar el procedimiento de gestión social y el programa de acompañamiento telefónico; mientras que, de forma paralela, el grupo especializado de acompañamiento en duelo trabajaría en la elaboración de la docu-

mentación necesaria para proveer de apoyo y orientación profesional a los cuatro equipos de intervención que se activarían en el momento en el que se produjeran los ingresos hospitalarios, previa derivación del Sistema Nacional de Salud.

1.3.- Programa de intervención psicosocial ante la situación de emergencia por COVID-19 en FREMAP

Para la adecuación de la red hospitalaria de FREMAP por COVID-19, se creó una comisión interdisciplinar formada por los diferentes servicios en la que quedaba integrado el trabajo social. Ésta era dirigida por la gerencia y la dirección médica del hospital, y tenía por objeto el desarrollo de los protocolos socio sanitarios necesarios, en la fase de pre-activación; así como el seguimiento de los mismos en el momento de la activación de la emergencia.

La trabajadora social del sistema hospitalario, por tanto, tiene asignadas las funciones de:

Healthcare Social Work: psychosocial Intervention protocol caused by COVID-19

- Asistir a las reuniones interdisciplinarias que tendrían lugar diariamente, tanto en la fase de pre-activación, como en la fase de activación de la emergencia para el desarrollo y seguimiento de los protocolos socio sanitarios. Concretamente el área de trabajo social tomaba parte activa en el protocolo de fallecimiento, con objeto de procurar la atención psicosocial a los familiares y/o red social del paciente; y el protocolo de despedida al paciente muy grave, para coordinar la recepción de los familiares al sistema hospitalario.
- Participación en sesiones clínicas: para la coordinación los traslados interhospitalarios y planificación social al alta hospitalaria.
- Gestión de la información entre el grupo de intervención y el hospital, y viceversa: en relación a las demandas/incidencias que pudieran surgir por parte de la red de apoyo social del paciente.
- Dar información sobre altas hospitalarias, traslados o ingresos que pudieran producirse.
- Dar respuesta presencial para la entrega y recepción de pertenencias y atención psicosocial a familiares que así lo requirieran.
- Realizar las coordinaciones necesarias con las instituciones públicas y privadas (centros residenciales de tercera edad, TSS en atención hospitalaria, atención primaria o servicios sociales comunitarios, entidades del tercer sector...

Como se ha descrito en las líneas anteriores, el programa de intervención psicosocial se desarrolla, por tanto, en la parte de pre-activación de la emergencia con una planificación y siendo su objetivo general el de facilitar la comunicación en-

tre familiares y/o red social de las y los pacientes ingresados con diagnóstico de COVID-19 y el sistema hospitalario, para aliviar el malestar psicosocial que genera el aislamiento devenido por las medidas de contención de la enfermedad; así como, se realizaría un triaje o valoración social, sobre la situación socio familiar para garantizar el acceso a los recursos que fueran necesarios, en aquellos casos en los que existiera tal necesidad.

Conforme se produjeron los ingresos hospitalarios, los pacientes irían siendo asignados, desde la dirección de área, a las trabajadoras sociales que formarían el equipo de intervención del hospital de referencia.

La trabajadora social de caso establecía el contacto telefónico con el familiar del paciente ingresado, o persona de referencia, con objeto de realizar el primer triaje social apoyada en un cuestionario elaborado a tal efecto, y que recogía información socio familiar, sobre necesidades básicas e instrumentales, así como, sobre las medidas de contención de la enfermedad para proporcionar la información y orientación necesaria, si esta era desconocida. Posteriormente, se crearía el registro de la intervención a través de la historia social, haciendo uso de la propia herramienta informática de FREMAP.

Las trabajadoras sociales que conforman el equipo de intervención, por tanto, desarrollarían las siguientes funciones:

- Entrevista inicial para valoración social y detección de posibles necesidades básicas o instrumentales, con objeto de movilizar los recursos que fueran necesarios.
- Intervención psicosocial de acompañamiento hasta el alta hospitalaria.

Trabajo Social Sanitario: Protocolo de intervención psicosocial por la COVID-19

- Preparación del duelo anticipado y acompañamiento al duelo en situaciones de fallecimiento.
- Registro de documentación y evolución en la aplicación corporativa de Historia Social.
- Registro en el documento compartido de incidencias y/o demandas y solicitudes de video llamada
- Realización de fichas asistenciales (equipos de Sevilla y Barcelona) en base a la tipología del paciente, las cuales ofrecían información útil y necesaria al equipo sanitario: nombre del paciente, diagnósticos clínicos, grado de dependencia y observaciones realizadas por la red de apoyo social o los centros residenciales.
- Elaboración de informes sociales de derivación cuando, al alta hospitalaria, el paciente no retornaba al centro de origen.

Cabe destacar, que el mismo programa recoge el autocuidado de las intervinientes en la emergencia, siguiendo a Paradas (2008), a través de la utilización de la técnica de *defusing*, constituyéndose un encuentro grupal breve y semiestructurado que pretende facilitar oportunidades de ventilación y recomposición profesional. Y de la técnica de *debriefing psicológico*, el cual persigue el alivio del estrés, facilitar la integración de la experiencia como un aprendizaje y, por tanto, disminuir las posibles consecuencias negativas que pueda generar la exposición a una situación de crisis.

1.4.- Gestión de la información y la comunicación digital

El contexto de la emergencia, como se ha descrito anteriormente, exigía una actitud de cambio

y adaptación en cuanto a los canales de comunicación, siendo el único medio posible el uso de las nuevas tecnologías: tanto a nivel interno en lo que respecta a la comunicación digital y gestión de la información, como a nivel externo y con los usuarios del servicio.

Se hacía necesario, por tanto, el uso de canales de comunicación y herramientas de gestión que permitieran buscar, obtener, organizar y compartir la información en tiempo real y con la seguridad necesaria que precisa el tratamiento de los datos personales.

En este sentido, FREMAP cuenta con un canal de comunicación, tanto interno como externo, que permite la realización de videoconferencias grupales. A través del cual se coordinaron, en primer lugar, los grupos especializados de intervención en emergencias y atención al duelo y, posteriormente, los equipos de intervención de los diferentes hospitales. Asimismo, se crearon grupos de mensajería instantánea específicos con objeto de potenciar la localización de las profesionales en aquellos momentos en los que pudiera ser necesario.

Cada equipo de intervención realizaba una videoconferencia diaria, aunque debido al descenso de incidencias a lo largo del tiempo, éstas fueron espaciándose a días alternos. Dichas reuniones, eran coordinadas por la dirección del área y, se realizaron un total de 66.

Asimismo, las videoconferencias también fueron utilizadas para la implementación de las técnicas del *defusing* como del *debriefing*, dejando un espacio en cada sesión para el desahogo emocional de las intervinientes con objeto de aliviar el estrés ya fuera provocado tras la vivencia de una situación

Healthcare Social Work: psychosocial Intervention protocol caused by COVID-19

crítica o devenido del propio aislamiento social. Las implementaciones de las técnicas fueron ajustadas a la demanda de las intervinientes.

Por otra parte, en cuanto a la gestión de la información, se cuenta con una plataforma de documentos compartidos que permitiría la creación y consulta de la base de datos, en la que se encontrarían los documentos elaborados por los equipos especializados, así como los específicos de cada grupo de intervención en los que constarían los protocolos sanitarios de cada hospital; un registro de los pacientes ingresados, y un documento de incidencias y demandas específicas de los familiares y/o red social del paciente. De esta forma las herramientas generadas permitirían, por una parte, garantizar a todas las trabajadoras sociales del territorio nacional el acceso a la información, y por otra, nos permitiría, en la fase de evaluación, cuantificar los datos.

En cuanto a la comunicación externa y medios de comunicación se creó, en colaboración con el departamento de relaciones institucionales, el canal “No estás solo/a” en redes sociales, así como un buzón de correo electrónico. Este canal, tenía por objeto hacer llegar mensajes de apoyo al equipo de sanitarios, así como disminuir el aislamiento social de los pacientes ingresados. En total, se recibieron 182 correos electrónicos válidos, con contenido en diferentes formatos: 93 cartas, 148 dibujos, 39 imágenes y 10 videos/audios.

Por último, se dotó a cada hospital de dos dispositivos electrónicos (smartphone y Tablet) para que fueran ubicados en las zonas de aislamiento de las plantas COVID-19. Dichos dispositivos cumplían con el objetivo de acortar las distancias, utilizando el sistema de video llamadas, entre pacientes ingresados y sus familiares y/o red social.

2. Resultados y discusión

Las instalaciones hospitalarias de FREMAP utilizadas en la emergencia han sido tres. Siguiendo el orden cronológico, el primero en activarse fue el Hospital de Majadahonda 19 de marzo; siguiéndole el Hospital de Barcelona el 30 de marzo, y siendo el último el Hospital de Sevilla el 14 de abril. El Hospital de Vigo, finalmente no fue activado al no haber sido requerido por las instituciones públicas.

El número de pacientes atendidos en los tres centros hospitalarios asciende a un total de 197, siendo el 57% de los ingresos mujeres y el 42% hombres., mientras que el número total de Historias Sociales abiertas con diagnóstico de COVID-19 es de 191. Correspondiendo 66 al hospital de Majadahonda; 104 al hospital de Barcelona y 21 al de Sevilla. Por tanto, el alcance total de la intervención es del 96,95% del total de ingresos.

Siguiendo el gráfico 1, se puede observar el número de evoluciones registradas en las Historias

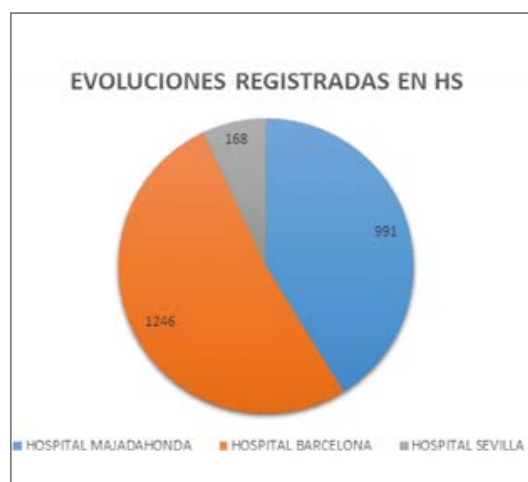


Gráfico 1: Evoluciones registradas en las Historias Sociales por hospital. Fuente: Elaboración propia.

Trabajo Social Sanitario: Protocolo de intervención psicosocial por la COVID-19

Sociales, siendo un total de 2.405 registros, las cuales han sido divididas por Hospital. Cada evolución refleja la realización del seguimiento, ya sea telefónico, por mensajería instantánea o por video llamada, con la red social del paciente. La diferencia cuantitativa de seguimiento social se debe, principalmente, a tres variables: el número de ingresos producidos en cada hospital, el tiempo que ha permanecido activado, y la tipología de pacientes ingresados.

El perfil de pacientes ingresados en la red hospitalaria de FREMAP ha sido diverso debido las necesidades de cada provincia donde se encuentran ubicados. El Hospital de Majadahonda recibió pacientes en fase aguda derivados del Sistema Público de Salud siendo el perfil de los ingresados el más heterogéneo de los tres hospitales, ya que, tanto el Hospital de Barcelona como el de Sevilla, recibieron principalmente ingresos de personas residentes en centros de tercera edad, así como sirvieron de dispositivo de evacuación de la red pública hospitalaria para aquellas personas que no podían realizar de forma óptima el aislamiento en domicilio.

En cuanto a la edad de los pacientes el gráfico 2 muestra cómo, del total de los 197 pacientes, el 57,36% son mayores de 80 años; el 30,45% tienen

edades comprendidas entre los 60 y los 79 años; siendo el porcentaje más bajo, de un 12,18% el de edades inferiores. Existe una correlación positiva entre la edad de las personas ingresadas y la brecha digital, por lo que muchas de las personas ingresadas no portaban teléfono móvil. En esos casos, el seguimiento de la trabajadora social de caso era crucial, ya que constituía la principal vía de comunicación entre la familia y/o red social, la institución hospitalaria y el paciente, disminuyendo la sensación de aislamiento y proporcionando el apoyo emocional necesario.

En cuanto al número de fallecimientos el Hospital de Barcelona presenta un total de 17, Majadahonda registra 15, mientras que en el hospital de Sevilla no se registran. Cabe destacar en este punto, que la trabajadora social de caso que realiza el seguimiento telefónico a los familiares y/o red social del paciente ha tenido que realizar intervención en duelo, así como en aquellos casos en los que se prevía el fallecimiento se han utilizado técnicas de duelo anticipado.

En cuanto al cómputo de las incidencias/demandas realizadas a la trabajadora social de caso, tal y como puede apreciarse en el gráfico 3, la solicitud de video llamada es la demanda más registrada, ascendiendo a un 40%. Le sigue, en un 23%, la

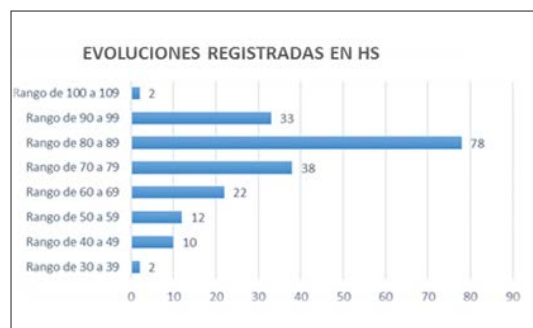


Gráfico 2: Total de pacientes ingresados distribuidos por edad. Fuente: Elaboración propia.

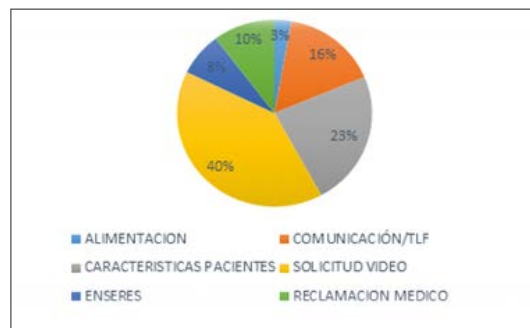


Gráfico 3: Cómputo de las incidencias/demandas de la red hospitalaria. Fuente: Elaboración propia.

Healthcare Social Work: psychosocial Intervention protocol caused by COVID-19

necesidad de comunicación de aspectos relativos a la diversidad funcional del paciente ya sea física, psíquica y/o sensorial; y en un 16% comunicación de incidencias por imposibilidad del contacto directo entre la red social y el paciente ingresado.

En porcentajes inferiores se puede observar que un 10% se corresponde con incidencias relacionadas con la llamada diaria del servicio médico; en un 8% con la comunicación del tipo de alimentación que requiere el paciente; y en un 3% con la recepción y entrega de enseres personales.

3. Conclusiones

Vivimos en un escenario de sociedad globalizada, postindustrial y líquida (Bauman, 2004) donde los problemas se individualizan y el mecanismo de inclusión social principal es el consumo (Sánchez y Jiménez, 2013) de bienes, servicios, información y nuevas tecnologías. Sin embargo, la declaración de pandemia por COVID-19 ha supuesto, durante cuatro meses, una ruptura de esa cotidianeidad para pasar a poner el foco de las necesidades en aquellas que son básicas como los medios de subsistencia y las interacciones humanas.

Teniendo en cuenta esta modificación del contexto social, y partiendo del conocimiento, tanto teórico como práctico, de las profesionales del TSS de FREMAP, se puede realizar un diagnóstico social precoz como forma de anticiparse a la emergencia, el cual nos permitiría el desarrollo del protocolo de intervención psicosocial creado por el Grupo de Emergencias durante la fase de pre-activación.

La implementación de dicho protocolo, ya en la fase de activación y teniendo en cuenta los tres hospitales, ha posibilitado que 191 familias, o per-

sonas de referencia, del paciente ingresado recibieran un acompañamiento diario, que facilitara el flujo de información con el hospital y proporcionara el apoyo psicosocial y la gestión emocional que fuera precisa teniendo en cuenta dos factores principales: la imposibilidad de visitar al familiar ingresado y el propio aislamiento social.

Asimismo, a través de la valoración social inicial se han movilizado aquellos recursos que han sido necesarios para aliviar los factores de riesgo detectados en el domicilio a través de la coordinación con servicios sociales comunitarios y/o especializados o entidades del tercer sector.

Cabe destacar que, coincidiendo con Pérez, Sarasola y Balboa (2012), las tecnologías de la información y la comunicación han sido el único canal disponible para la investigación, el diseño, la gestión, y la evaluación del protocolo, así como para la recogida de datos y el procesamiento de la información a través de plataformas digitales. De la misma forma, han posibilitado el desarrollo de estrategias de intervención, como las videollamadas o la comunicación a través de mensajería instantánea, ante la imposibilidad de poder estar de forma presencial. Asimismo, han permitido la coordinación interdisciplinar con otros equipos de respuesta, tanto a nivel interno en la propia organización, como a nivel externo en aquellas situaciones en los que se han realizado informes de derivación ya sean interhospitalarios, a servicios sociales comunitarios o de atención primaria. En síntesis, hemos sido capaces de integrar nuevos procesos de comunicación en la intervención social a través de las nuevas tecnologías que han proporcionado un soporte psicosocial necesario a la población afectada.

De la misma manera, las TICs han permitido la implementación de técnicas, que en inicio re-

Trabajo Social Sanitario: Protocolo de intervención psicosocial por la COVID-19

quieren de presencia, tales como el defusing y el debriefing para el apoyo psicológico de las trabajadoras sociales, las cuales han servido para “*dar legitimidad de las reacciones de estrés; expresar sentimientos y emociones; neutralizar la falacia de la anormalidad o locura; favorecer el consuelo mutuo; fomentar el apoyo intergrupal; y ensalzar la cooperación y cohesión grupal*” (Paradas, 2008, 583) ¿estaríamos ante un cambio de metodología en el desarrollo de la técnica de debriefing? ¿Es necesaria la presencia física o a través de las TICs hemos obtenido el mismo efecto?

Queda patente la proactividad del trabajo social sanitario a la que hacía referencia Colom (2010) en la búsqueda de recursos y herramientas que sean necesarios para el establecimiento de la relación de ayuda y el fomento del bienestar social. Este hecho ha sido posible debido a la participación de la profesión del trabajo social como parte activa y necesaria en la emergencia, e integrado en el equipo interdisciplinar como profesional sanitario.

Han sido muchos los aprendizajes que el contexto de emergencia ha traído consigo en tanto que han adquirido valor social aquellas profesiones de las que éramos conocedores y se han conocido aquellas profesiones que eran invisibilidades; el sistema hospitalario, como estructura, ha sido capaz de ver la parte social del ser humano y de su interacción con el entorno.

Siguiendo a Colom (2010) una de las razones por las que el sistema sanitario cambia su funcionamiento son las tendencias sociales. ¿Crearé esta pandemia una nueva tendencia social que cambie por completo nuestro sistema sanitario? ¿podría quedar evidenciado el trabajo social como profesión sanitaria?

BIBLIOGRAFÍA

- Bauman, Z. (2004). *Modernidad Líquida*. Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- Belda, L.; Roman, A.; Giralt, E. “El treball social i l’atenció psicosocial en emergències. Accident aeri.” *Revista de Treball Social*. Col.legi Oficial de Treball Social de Catalunya, agost 2015, p. 131-138. ISSN 0212-7210.
- Campello, L. (2020). *Plan de Emergencia de trabajo social sanitario. Gestión social sanitaria COVID-19*. Grupo estatal de intervención en emergencias sociales. Consejo General de Trabajo Social.
- Caplan, G (1964). *Principios de psiquiatría preventiva*. Buenos Aires: Paidós.
- EKANIA, DOLORS COLOM MASFRET. El trabajo social sanitario en el marco de la optimización y sostenibilidad del sistema sanitario. Institut de Serveis Sanitaris i Socials (ISSIS) JUNIO 2010)
- IDÁÑEZ, M. J. A. (2013). *Trabajo social: concepto y metodología*. Editorial Paraninfo.
- Lindemann E. (1994). *Symptomatology and management of acute grief*. Boston: The American Journal of Psychiatry. 101: 148-1. [Consultado 11/06/2020] <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ajp.101.2.141>
- Morán, J.M (2020). Buenas prácticas para Trabajadoras/es sociales. Intervención psicosocial, despedida y duelo ante la presencia del COVID-19. GISE-COTSS
- Ormaetxea, I, (2020). *Terminología y criterios comunes del Trabajo Social en la valoración de la emergencia social generada por el COVID-19*. PPT en Webinar del 20 de abril de 2020 del Consejo General de Trabajo Social.
- Paradas, E. (2008). *Psicología y Emergencias. Habilidades psicológicas en las profesiones de socorro y emergencia*. Editorial Desclee de brouwer
- Pérez-Lagares, M., Sarasola-Sánchez-Serrano, J. L., & Balboa-Carmona, M. (2012). Trabajo Social y nuevas tecnologías. *Portularia*, 12, 57-60. [consultado 04/06/2020] http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/5934/Trabajo_social_y_nuevas_tecnologias.pdf?sequence=2
- Pérez-Lagares, M., Sarasola-Sánchez-Serrano, J. L., & Balboa-Carmona, M. (2012). Trabajo social y nuevas tecnologías. *Portularia*, 12, 57-60.
- Sánchez Alías, A.; Jiménez Sánchez, M. (2013). *Exclusión Social: Fundamentos teóricos y de la intervención*. Trabajo

Healthcare Social Work: psychosocial Intervention protocol caused by COVID-19

Social Global. Revista de Investigaciones en Intervención Social, 3 (4), 133-156

Viscarret, J. J. (2009). Modelos de intervención en Trabajo Social. TF Garcia, Fundamentos del Trabajo Social, 292-344.