

EL TRABAJO SOCIAL DURANTE LA CRISIS SANITARIA, COVID-19, EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE DEL HOSPITAL DR. RODRÍGUEZ LAFORA

SOCIAL WORK DURING THE HEALTH CRISIS, COVID-19, IN THE SHORT HOSPITALIZATION UNIT OF THE DR. RODRIGUEZ LAFORA

Ana Sanz de la Fuente. *Trabajadora Social Hospital Dr. Rodríguez LaFora*
 José Miguel García Sierra. *Trabajador Social Hospital Dr. Rodríguez LaFora*

Resumen: La situación de emergencia sanitaria por Covid-19, ha originado una crisis sanitaria, social y económica de características imprevisibles. Ha puesto de manifiesto la vulnerabilidad de nuestro sistema sociosanitario.

Este estudio es una iniciativa de los dos trabajadores sociales de la Unidad de Hospitalización Breve, que hemos querido estudiar la repercusión de la Pandemia, durante la primera fase comprendida entre el 15 de marzo hasta el 15 de mayo, en nuestro ámbito laboral, analizar sus efectos y reflexionar desde un punto de vista constructivo.

Palabras Clave: Covid-19, Confinamiento, Coordinación, Estigma, Digitalización, Autonomía, Continuidad, Accesibilidad, Inclusión.

Summary: The health emergency situation due to Covid-19 has caused a health, social and economic crisis of unpredictable characteristics. It has revealed the vulnerability of our social health system.

This study is the initiative of the two social workers of the Brief Hospitalization Unit, who wanted to study the impact of the Pandemic, during the first phase, from March 15 to May 15, in our work environment; analyze its effects and reflect from a constructive point of view.

Key Words: Covid-19, Confinement, Coordination, Stigma, Digitization, Autonomy, Continuity, Accessibility, Inclusion.

| Recibido: 30/09/2020 | Revisado: 29/06/2020 | Aceptado: 01/09/2020 | Publicado: 30/09/2020 |

Referencia normalizada: Sanz, A. y García, J. M. (2020). El Trabajo Social durante la crisis sanitaria, COVID-19, en la Unidad de Hospitalización Breve del Hospital Dr. Rodríguez Lafora. *Trabajo Social Hoy*, 91, 97-116. doi:10.12960/TSH.2020.0017

Correspondencia: Ana Sanz de la Fuente. Unidad de Hospitalización Breve del Hospital Dr. Rodríguez Lafora. Correo electrónico: asfuentes@salud.madrid.org

1. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) elevó el pasado 11 de marzo de 2020 la situación de emergencia de salud pública ocasionada por el COVID-19 a pandemia internacional. Las circunstancias extraordinarias que concurren constituyen, sin duda, una crisis sanitaria sin precedentes y de enorme magnitud, tanto por el elevado número de ciudadanos/as afectados/as, como por el extraordinario riesgo para sus derechos. El artículo 4, apartado b), de la Ley Orgánica 4/1981, de 1 de junio, de los estados de alarma, excepción y sitio, habilita al Gobierno de España, en el ejercicio de las facultades para proteger la salud y seguridad de los/as ciudadanos/as, contener la progresión de la enfermedad y reforzar el Sistema de Salud Pública. Las medidas temporales de carácter extraordinario, adoptadas por todos los niveles de gobierno deben intensificarse sin demora para prevenir y contener el virus y mitigar el impacto sanitario, social y económico. Se declara el estado de alarma por Real Decreto de 14 de marzo de 2020.

El estado de alarma conlleva medidas de confinamiento y un progresivo regreso a la normalidad a través de fases de desescalada que se inician desde el dos de mayo hasta el mes de junio, dependiendo de los indicadores de la pandemia en cada provincia. Medidas que conllevan restricciones en la movilidad de los/as ciudadanos/as a salir de casa con autorización expresas para necesidades básicas, como acudir al centro de salud, al trabajo, suministro de alimentos, principalmente.

Desde la Dirección General de Coordinación Sociosanitaria de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid se implantan principalmente en los Hospitales y Centros de Mayores, protocolos y procedimientos para la gestión clínica y social durante el periodo epidémico ocasionado por el Covid-19.

Los/as trabajadores/as sociales sanitarios/as hemos sido considerados/as, servicio esencial, se nos ha facilitado salvoconducto, lo que nos ha permitido la movilidad desde nuestras viviendas a los centros de empleo, en base al artículo 7, que regula la limitación de la libertad de circulación de las personas.

En la Unidad de Hospitalización Breve de este Hospital, Dr. Rodríguez Lafora, hemos podido acudir a nuestro puesto de trabajo, desempeñar nuestras funciones asistenciales/técnicas, de atención directa con los/as pacientes, ingresados/as y con las familias a través de comunicación telefónica y de coordinación con los dispositivos institucionales ambulatorios, adaptándonos a las dificultades inherentes.

2. JUSTIFICACIÓN Y METODOLOGÍA

Teniendo en cuenta la excepcionalidad de la emergencia sanitaria, hemos considerado interesante llevar a cabo este estudio basado en la repercusión de la crisis sanitaria en nuestro ámbito laboral.

Ha sido importante que los dos trabajadores/as sociales de la Unidad de Hospitalización Breve, hemos asistido con regularidad a nuestro centro de trabajo como personal sanitario adaptándonos a las condiciones especiales que ha requerido el desarrollo del COVID-19.

Hemos definido como tema de estudio “El Trabajo Social desarrollado en la Unidad de Hospitalización Breve (UHB), de este Hospital de Psiquiatría, comprendido entre el 15 de marzo y el 15 de mayo de 2020, periodo de inicio de la pandemia”.

La pretensión de la investigación social es conseguir un análisis y reflexión sobre la intervención social llevada a cabo durante la crisis sanitaria y social derivada del COVID-19, con la finalidad de evaluar y planificar nuevos objetivos profesionales.

Para ello, se ha seguido una metodología que ha comprendido las siguientes fases de estudio:

- Definición del tema de investigación y variables.
- Fuente de recogida de datos cuantitativos y cualitativos procedentes de las Historias Sociales informatizadas de los/as pacientes ingresados/as en el Hospital. Entendiendo las mismas como instrumento exclusivo del Trabajo Social, que contiene datos sociodemográficos, de la red de apoyo sociofamiliar, económicos, laborales y de salud. Informes Sociales con valoraciones e informaciones sobre la evolución del paciente a lo largo del ingreso.
- Recopilación y codificación de los datos obtenidos.
- Elaboración de Tablas Excel y Gráficos.
- Interpretación de Datos.
- Abordaje del Trabajo Social Aplicado.
- Reflexiones.

3. DEFINICIÓN DE VARIABLES. RECOPIACIÓN Y CODIFICACIÓN DE DATOS

Definido el tema de investigación, se seleccionan las variables, así como las Técnicas de Análisis y Recopilación de las Historias Sociales de los/as pacientes ingresados/as en la Unidad de Hospitalización Breve durante el periodo seleccionado.

Este trabajo se realiza sobre la totalidad de pacientes ingresados/as, en la Unidad de Hospitalización Breve entre el 15 de marzo al 15 de mayo y su distribución por distritos/hospitales. Obtenidos los datos cuantitativos, se codifican de modo que permiten obtener el diseño de Tablas y Gráficos.

3.1. Total de ingresos/áreas sanitarias entre el 15 de marzo y el 15 de mayo de 2020

Desde mediados de marzo hasta mediados del mes mayo en UHB, cuantificamos 151 pacientes ingresados/as, de doce áreas sanitarias.

Del total de pacientes ingresados/as el 23,84 % han correspondido al distrito de Alcobendas; el 20,53 % al distrito de Ciudad Lineal; el 10,60 % al distrito de Arganda; el 9,93 % al distrito San Blas; el 9,93 % al distrito de Hortaleza; el 7,95 % al distrito de Colmenar Viejo; el 0,66 % al distrito de Collado Villalba; el 0,66 % al distrito de Villaverde, el 6,62 % al distrito de Tetuán; el 4,64 % al distrito de Getafe; el 3,31 % al distrito de Vallecas, el 1,32 % al distrito de Fuencarral y el 0,66 % al distrito de Collado Villalba.

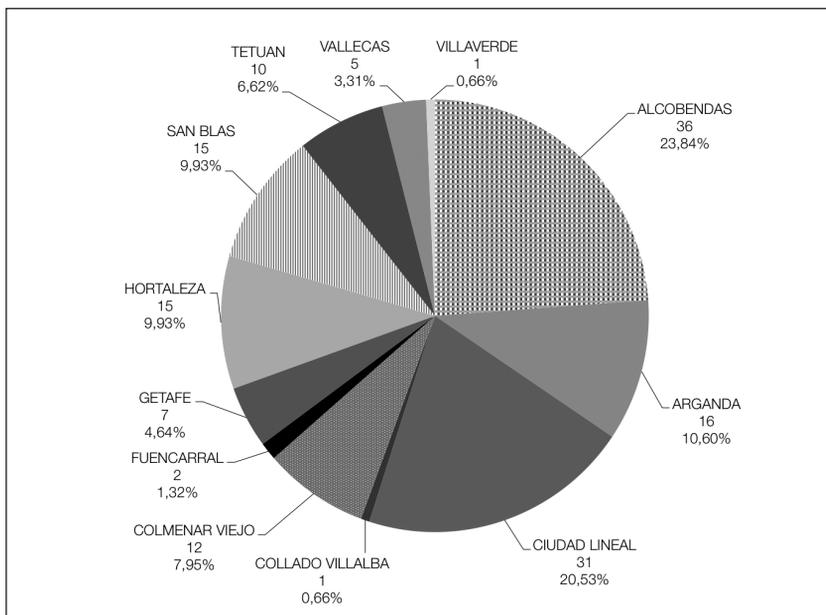


Gráfico 1. Total de pacientes ingresados/as y por distritos.

Fuente: Elaboración propia.

La Unidad de Hospitalización Breve de este Hospital, habitualmente atiende pacientes de Psiquiatría de las Áreas 4 y 5. Excepcionalmente, por la pandemia sanitaria, ha ampliado la atención a otras áreas sanitarias dentro de la colaboración intrahospitalaria protocolizada con el objetivo de aumentar las camas dedicadas a la atención por el COVID19 en los Hospitales Generales.

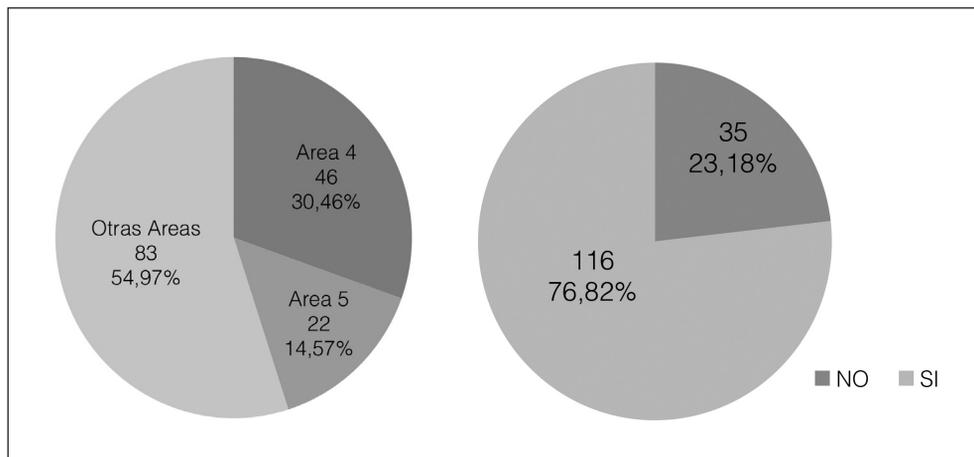


Gráfico 2. Ingresos/as por "Áreas Sanitarias".

Fuente: Elaboración Propia.

3.2. Incidencia por Covid-19

La pandemia ha incidido en la salud y la subsistencia de los/as ciudadanos/as. En entrevistas mantenidas con la totalidad de los/as pacientes, se observa que un porcentaje elevado, han presentado sintomatología más elevada asociada a factores estresantes derivada del estado de alarma decretado y de las medidas de confinamiento tales como restricciones en la movilidad y de los encuentros familiares. El incremento exponencial de personas infectadas por el COVID-19, las elevadas cifras de pacientes ingresados/as en los hospitales colapsados y de fallecimientos principalmente en residencias de mayores, ha incidido en el estado de ánimo de la población en general. Se han generalizado los niveles de ansiedad, miedo, aislamiento, distanciamiento social, incertidumbre y angustia emocional.

Tabla de Incidencia del Covid en pacientes por distrito entre el 15 de marzo y el 15 de mayo.

Área	No	Si	Total general
Alcobendas	6	30	36
Arganda	5	11	16
Ciudad Lineal	9	22	31
Collado Villalba	1	1	2
Colmenar Viejo	3	9	12
Fuencarral		2	2
Getafe	2	5	7
Hortaleza	2	13	15
San blas	5	10	15
Tetuán	1	9	10
Vallecas	2	3	5
Villaverde		1	1
Total general	36	116	152

Fuente: Elaboración propia.

3.2.1. Gráficas/Comentarios

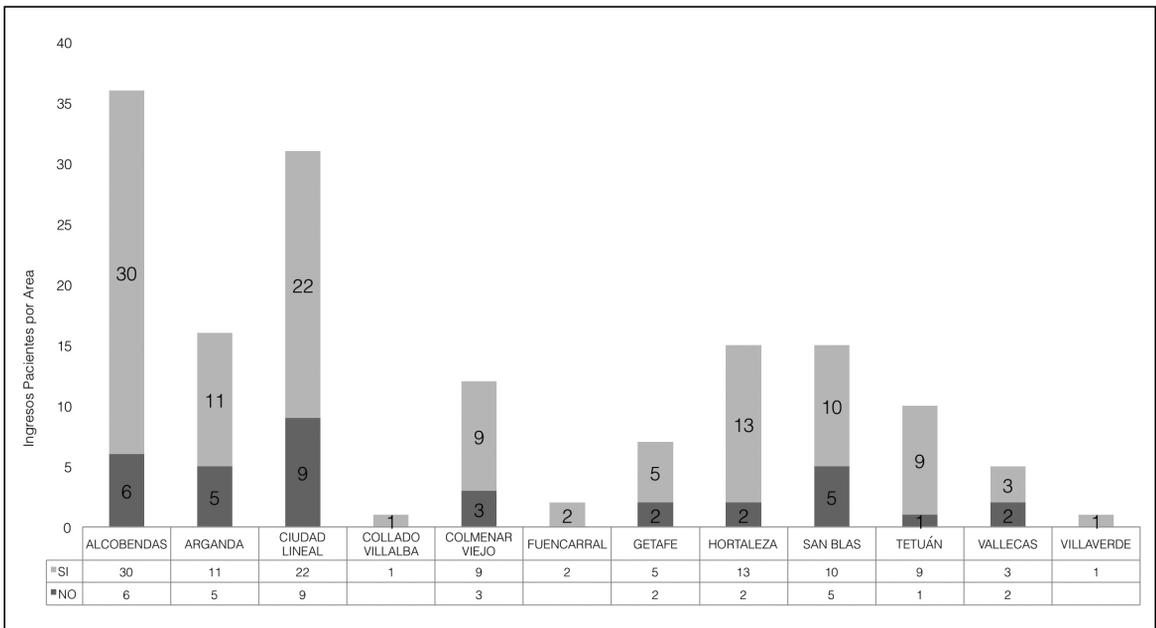


Gráfico 3. Incidencia del COVID en las doce Áreas Sanitarias de Salud.

Fuente: Elaboración propia.

El trabajo social durante la crisis sanitaria, Covid-19, en la unidad de hospitalización breve del hospital Dr. Rodríguez Lafora

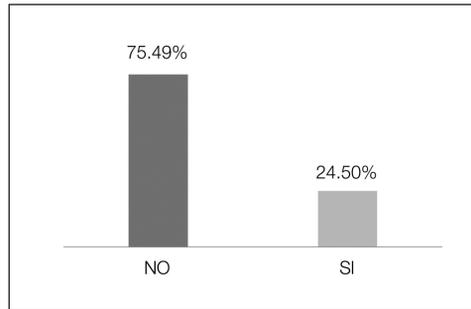


Gráfico 4. Ideación autolítica sobre total de ingresos y por Áreas Sanitarias.

Fuente: Elaboración propia.

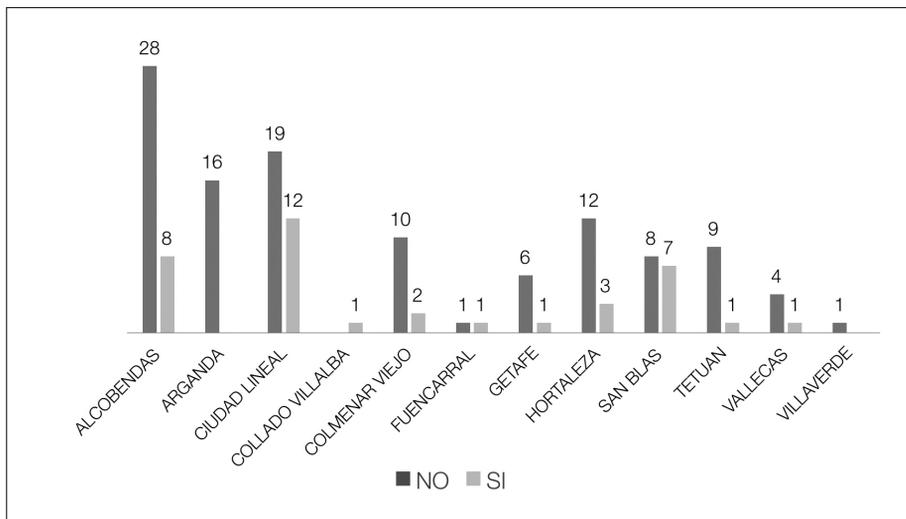


Gráfico 5. Ideación autolítica sobre total de ingresos y por Áreas Sanitarias.

Fuente: Elaboración propia.

Un 24,50 %; 37 pacientes ingresados/as presentan sintomatología autolítica.

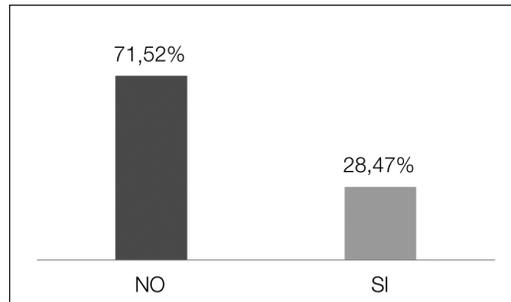


Gráfico 6. Consumo de tóxicos sobre el total de pacientes ingresados/as y por Áreas Sanitarias.

Fuente: Elaboración propia.

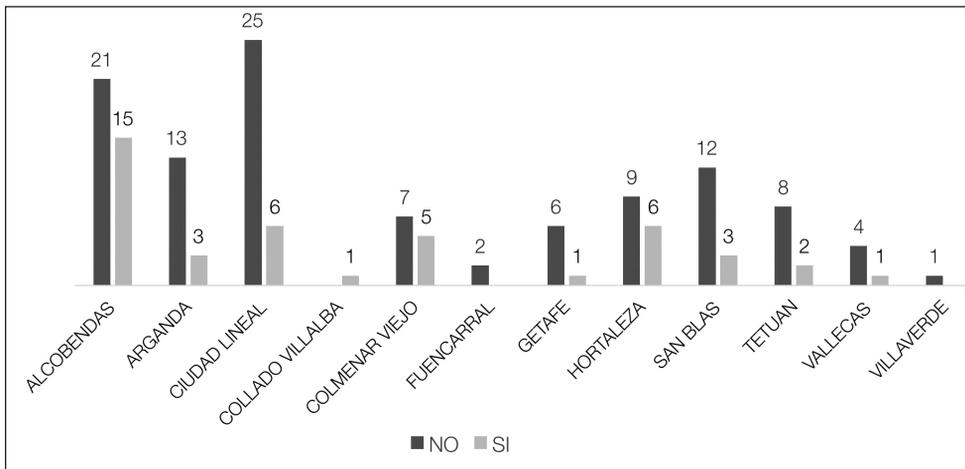


Gráfico 7. Consumo de tóxicos sobre el total de pacientes ingresados/as y por Áreas Sanitarias.

Fuente: Elaboración propia.

El 28 % presentan consumo de tóxicos.

Una encuesta de Cruz Roja¹ muestra que la pandemia afecta la salud mental en una de cada dos personas.

1 Consultar en <https://www.icrc.org/es/document/una-crisis-dentro-de-una-crisis-mental-health-distress-due-COVID-19>.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE)², 1 de cada 5 personas en España, está afectada por algún trastorno mental. Los suicidios son la primera causa de muerte no natural en este país, teniendo en cuenta que cada año se suicidan alrededor de 3 600 personas. Cifras que podrán agravarse aún más, por la crisis del COVID-19.

Hasta este momento no hay evidencias de un aumento en la conducta suicida asociada a la pandemia ni con las medidas tomadas para frenar la expansión del virus.

El impacto podría concentrarse en: Confinamiento (problemas de convivencia, violencia de género, y adicciones. Soledad y aislamiento. Angustia, temores al contagio. Situación de duelos.

Los datos de suicidio son difíciles de recopilar en tiempo real.

La información sobre las urgencias hospitalarias relacionadas con las drogas en España proviene del Plan Nacional sobre Drogas³, que realiza un seguimiento de las urgencias hospitalarias causadas directamente por el consumo no médico de sustancias psicoactivas entre adultos de 15 a 54 años. En 2016, se notificaron 4 565 urgencias relacionadas con el consumo de drogas, el nivel más bajo registrado en los últimos doce años. La cocaína fue la sustancia más frecuentemente notificada como la causa de los episodios de urgencias, seguida del cannabis. La proporción de urgencias relacionadas con la heroína se redujo a una cuarta parte desde 2000. Las anfetaminas y el MDMA/éxtasis fueron causas menos comunes de urgencias hospitalarias relacionadas con las drogas en España en 2016.

La prevalencia del consumo de sustancias ilícitas en España se ha mantenido relativamente estable a lo largo de los últimos años: alrededor de un tercio de la población adulta admite haber consumido en algún momento de su vida alguna sustancia ilícita. El cannabis es la droga más común y su consumo se concentra entre los/as adolescentes y los/as adultos/as menores de 35. La prevalencia de consumo de las drogas ilícitas más consumidas (cannabis y cocaína) mostró una tendencia decreciente hasta 2017, cuando se registró un incremento en ambas sustancias. El consumo de sustancias ilícitas sigue siendo más común entre hombres que entre las mujeres.

2 Se puede consultar en https://www.ine.es/covid/covid_inicio.htm

3 Consultar en: (pag. 19). https://pnsd.sanidad.gob.es/delegacionGobiernoPNSD/relacionesInternacionales/unionEuropea/docs/20190725_InformeDrogasEspana2019_EMCCDDA_DGPNSD.pdf

3.3. Red sociofamiliar/economía

Del total de los/as pacientes ingresados/as se desprende que un 68,21 %, cuentan con escasos apoyos, en lo relacionado a los familiares que prestan los cuidados en el domicilio, dificultades en el ámbito familiar, económico, laboral, sin red de apoyo. El 31,79 %, corresponde a pacientes con patologías, con escasa red de apoyo sociofamiliar, en situaciones vulnerabilidad, con adherencia irregular a tratamiento, en la red de personas sin hogar, situación de calle, mayores de 65 años con patología mental, solos, aislados.

Es importante destacar que los cuidados recaen principalmente en las familias, las cuales en el tiempo acusan sobrecarga y precisan de soportes en el área clínica y social, para afrontar la tarea de cuidar, atender sus propias necesidades y cuidar su propia salud.

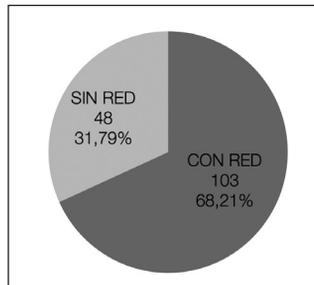


Gráfico 8. Red de apoyos sociofamiliar en los/as pacientes ingresados/as y por distritos.

Fuente: Elaboración propia.

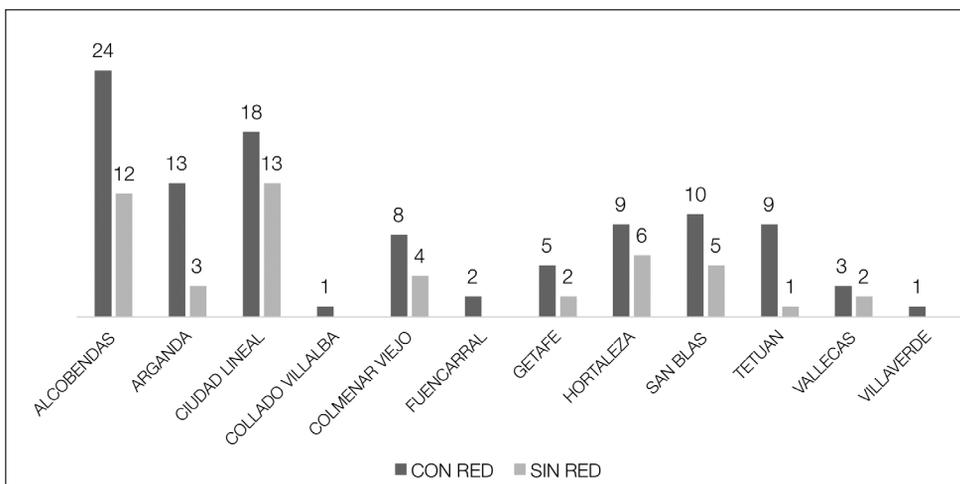


Gráfico 9. Red de apoyos sociofamiliar en los/as pacientes ingresados/as y por distritos.

Fuente: Elaboración propia.

Los primeros datos oficiales del INE, sobre el impacto que ha tenido la crisis del coronavirus en el mercado laboral, según la Encuesta de Población Activa que publica el INE, la tasa de paro en España ha subido en el segundo trimestre del año, en pleno confinamiento, hasta situarse en el 15,33 %, lo que se traduce en 3,36 millones de desempleados/as.

Este incremento de la inactividad se debe fundamentalmente a que el confinamiento y el cierre de empresas han impedido a 1 628 500 personas buscar empleo, a pesar de estar disponibles para trabajar.

Si miramos la evolución de los principales sectores de actividad, descubrimos que el más afectado entre abril y junio ha sido el de servicios (-816 900 ocupados), seguido de la industria (-127 000), la construcción (-108 700) y la agricultura (-21 400). En el último año se mantiene ese orden en lo que se refiere a la caída de ocupados: a cierre de junio, en los servicios hay 922 200 ocupados/as menos que el año pasado; en la industria 122 300 menos, en la construcción 107 300 menos, y en la agricultura, 45 900 menos.

Desde el Ministerio de Asuntos Económicos⁴ explican que “la caída de la ocupación en el segundo trimestre sigue concentrándose en los/as trabajadores/as con contrato temporal. Mientras que la contratación indefinida se redujo en 361 400 personas, lo que supone una reducción del 2,91 %, la contratación temporal lo hizo en 671 900, con una caída del 16,22 %”, un patrón que se repite en el balance anual, “con una disminución de 929 100 trabajadores/as temporales y de 23 200 trabajadores/as con contrato indefinido”.

La organización Oxfam Intermón⁵ ha alertado de que el impacto socioeconómico de la pandemia podría aumentar en más de 1,1 millones las personas en situación de pobreza en España, hasta alcanzar los 10,9 millones, el 23,07 % de la población.

Sólo el 11 por ciento de las personas que viven bajo el umbral de la pobreza en la Comunidad de Madrid se benefician de la Renta Mínima de Inserción (RMI), según la Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales⁶.

4 Consultar en: <https://www.mineco.gob.es/portal/site/mineco/menuitem.ac30f9268750bd56a0b0240e026041a0/?vgnnextoid=c4d46e9dd5493710VgnVCM1000001d04140aRCRD&vgnnextchannel=864e154527515310VgnVCM1000001d04140aRCRD>

5 <https://www.oxfamintermon.org/es/nota-de-prensa/pobreza-en-espana-podria-aumentar-mas-de-1-millon-por-pandemia>

6 <https://directoressociales.com/menos-del-8-de-la-poblacion-que-vive-bajo-el-umbral-de-la-pobreza-en-espana-se-beneficia-de-las-rentas-minimas-de-insercion-rmi/>

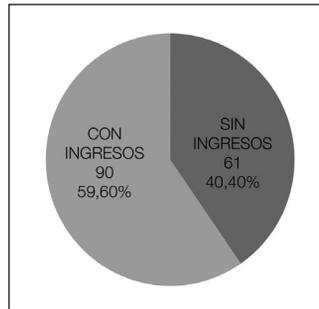


Gráfico 10. Pacientes ingresados/as según su situación económica; total y por distritos.

Fuente: Elaboración propia.

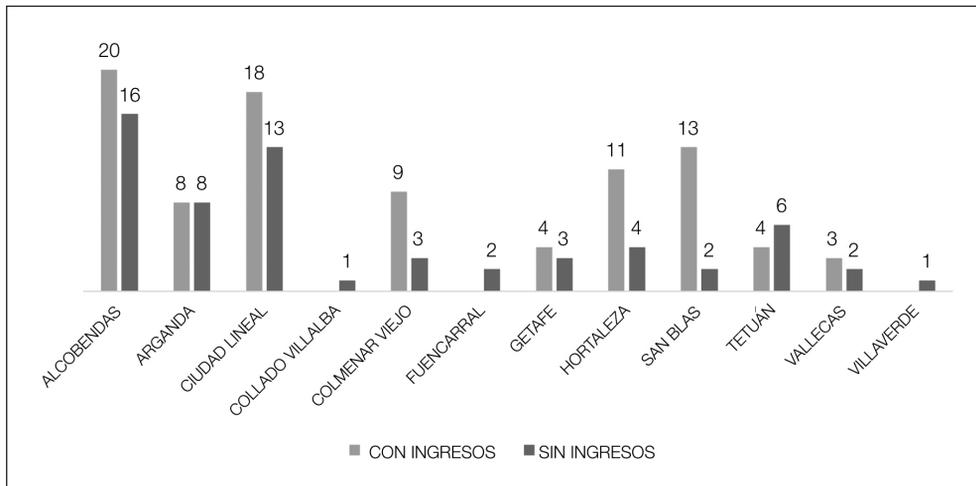


Gráfico 11. Pacientes ingresados/as según su situación económica; total y por distritos.

Fuente: Elaboración propia.

3.4. Conciencia enfermedad/vinculación Servicio Salud Mental

En Tabla y Gráficos adjuntos, se pueden observar los porcentajes de pacientes vinculados/as terapéuticamente a los centros de Salud Mental, en las diferentes áreas sanitarias. Únicamente el 31 % de los/as pacientes registrados/as tienen conciencia de enfermedad, acuden a su Centro de Salud Mental con regularidad y toman la medicación. El porcentaje mayor corresponde a pacientes con escasa adherencia al tratamiento y a su centro de salud mental de referencia y no son cumplidores/as con el tratamiento.

Tabla de Pacientes ingresados/as según nivel de conciencia y seguimiento en CSM.

Ingresos Totales	
C. Enfermedad	Total
Escasa/No	120
Si	31
Total General	151
Ingresos	
CSM-Seguimiento	Total
Irregular/No	84
Si	67
Total General	151

Fuente: Elaboración propia.

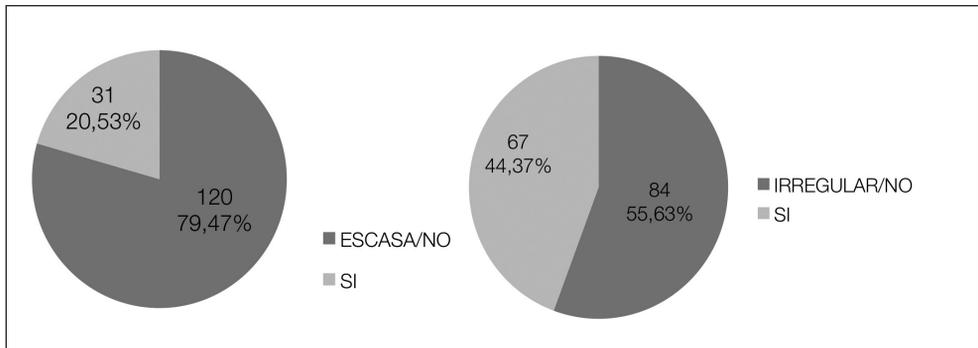


Gráfico 12. Pacientes ingresados/as según nivel de conciencia y seguimiento en CSM.

Fuente: Elaboración propia.

4. ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS

De la recopilación de datos obtenida en el estudio, podemos concluir:

- La totalidad de los/as pacientes ingresados/as en la Unidad de Hospitalización Breve han procedido de diversas áreas sanitarias, dentro del Convenio de colaboración intrahospitalario por Covid-19. Se observa que ha habido un porcentaje mayor de ingresos de las áreas sanitarias que no son las áreas habituales asistenciales.
- Un porcentaje elevado de las personas ingresadas, se han visto afectadas por Covid-19. Las consecuencias de la pandemia, la gravedad de las personas afectadas ingresadas en Hospitales ingresadas en UCIS, el elevado número de

fallecidos/as, el aislamiento de las personas por las restricciones de movilidad, etc., han incidido a nivel emocional en los/as ciudadanos/as y de manera más acusada en las personas con patología mental. El COVID-19 ha repercutido en mayor medida en las personas vulnerables.

- Los apoyos familiares e institucionales con los que cuentan los/as pacientes ingresados/as son escasos y la situación socioeconómica/laboral inestable y precaria. Todo ello agravado por las dificultades para el acceso a los servicios institucionales, centros sanitarios, de servicios sociales e instituciones como la Seguridad Social, SEPE, que han estado cerrados, o con reducciones en la atención presencial y que han repercutido de manera negativa en los/as ciudadanos/as.

El Ingreso Mínimo Vital ha sido una prestación aprobada durante la pandemia, dirigida a prevenir el riesgo de pobreza y exclusión social de las personas que viven solas o están integradas en una unidad de convivencia y carecen de recursos económicos básicos para cubrir sus necesidades básicas. Su gestión ha dependido de las entidades de la Seguridad Social, las cuales han estado saturadas por el volumen de solicitudes y las reducciones en la atención presencial.

- La mayoría de los/as pacientes ingresados/as, cuentan con escasa adherencia al tratamiento y seguimientos irregulares en los Centros de Salud Mental. Las necesidades de apoyo psicosocial en materia de Salud Mental han aumentado. Es necesario abordar su vinculación en una estructura, en red con los dispositivos ambulatorios de Salud Mental, Servicios Sociales, con el objetivo de garantizar la continuidad en el tratamiento y favorecer la estabilidad clínica y social de los/as pacientes.

Conseguir que los/as pacientes con enfermedad mental tomen conciencia de enfermedad y adopten una actitud responsable en relación con su tratamiento, es el objetivo esencial para alcanzar por parte de los equipos multidisciplinares de los centros/hospitales que componen la Red de Salud Mental. Logrado dicho objetivo, es viable abordar la autonomía y habilidades personales que favorezcan la integración a nivel clínico y social.

En la Unidad de Hospitalización Breve de este Hospital, ingresan pacientes con enfermedad mental, desconectados/as de los dispositivos de atención, constituye un espacio importante de conexión entre la hospitalización y el seguimiento ambulatorio con los dispositivos externos de Salud Mental y Servicios Sociales.

La experiencia nos indica que cuando desde la Unidad de Hospitalización Breve se realizan seguimientos post-alta, con pacientes sin conciencia de enfermedad y sin adherencia al tratamiento en coordinación con Salud Mental/Servicios Sociales, se obtienen resultados positivos en cuanto a la vinculación del/de la paciente en el tratamiento ambulatorio.

5. TRABAJO SOCIAL EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE (UHB)

La intervención del Trabajo Social en Salud Mental se centra en el individuo principalmente, sobre su persona, tratando de que alcance los más altos niveles de funcionamiento e integración posibles. Para ello el objetivo de la intervención es abordar de modo global e integral los diferentes ámbitos, Biopsicosocial, trabajando desde las potencialidades y capacidades personales, favoreciendo procesos de inclusión social. El Trabajo Social desarrolla sus funciones integrando: prevención, promoción, asistencia y rehabilitación.

El estudio desarrollado pone de manifiesto la importancia de la profesión de Trabajo Social, la adecuación durante la pandemia, reflejado en nuestras funciones en el día a día, como profesionales sanitarios que intervenimos con personas con patología mental, dentro del Servicio Madrileño de Salud.

“CONTINUIDAD” DE FUNCIONES A LO LARGO DE LA PANDEMIA. Durante la crisis sanitaria, hemos seguido desempeñando nuestras funciones en la Unidad de Trabajo Social de Hospitalización Breve, debidamente acreditados/as por el Hospital que nos ha considerado profesionales necesarios/as para el mantenimiento de los servicios esenciales. Hemos atendido a pacientes ingresados/as, según línea de colaboración establecida por la Consejería de Salud, para mejorar la asistencia a las personas afectadas por el Covid.

“AUMENTO” DE LAS INTERVENCIONES DE APOYO INDIVIDUAL/FAMILIAR Y DE COORDINACION, con las Unidades de Trabajo Social de Hospitales/Servicio de Salud Mental (SSM) favoreciendo un mejor abordaje en el tratamiento y seguimiento ambulatorio.

Considerando la elevada sintomatología y vulnerabilidad apreciada en los/as pacientes ingresados/as, desde la Unidad de Trabajo Social se han intensificado las intervenciones de apoyo a nivel individual dentro del Hospital y de Seguimiento ambulatorio con los/as pacientes tras ser dados/as de alta, así como con las familias, principalmente en pacientes mayores de 65 años.

Teniendo en cuenta la escasez de red de apoyo sociofamiliar y de contención reflejada en el estudio, la crisis económica aguda generada, con cierres de instituciones esenciales, las dificultades de acceso para los/as pacientes, ha sido necesaria una adecuación en las intervenciones individuales y familiares post-alta y las coordinaciones con recursos específicos según protocolos por el Covid-19, conllevando intervenciones y gestiones excepcionales de primera necesidad que han estado condicionadas a la paralización generalizada del país.

Una intervención conjunta y coordinada, es la única alternativa posible, distribuyendo acciones o incluso el seguimiento de los casos entre los/as trabajadores/as sociales de los sistemas sociosanitarios.

GESTIÓN DE RECURSOS ESPECÍFICOS AJUSTADOS A PROTOCOLOS POR COVID. Se han efectuado derivaciones a centros sanitarios medicalizados en pacientes con patología mental, en situación de vulnerabilidad/exclusión social: personas solas y mayores, tanto sin hogar; personas que pernoctan en “Albergues, con dificultades para cumplir la cuarentena reglamentaria según protocolos específicos por el Covid.

Algunas derivaciones han sido rechazadas por comprender enfermedad mental.

El estigma es una barrera que impide el acceso a la salud mental, ya que no se pide ayuda y se desconoce la red sociosanitaria.

SEGUIMIENTO POST-ALTA CONEXIÓN SERVICIO SALUD MENTAL Y SERVICIOS SOCIALES. A lo largo de la pandemia hemos realizado intervenciones post-altas, manteniendo seguimiento con los/as pacientes y sus familias, realizando visitas a los domicilios, mediando en las dinámicas familiares disfuncionales, favoreciendo el cumplimiento del tratamiento y la vinculación a los centros de referencia, Servicio Salud Mental (SSM) y Servicios Sociales.

Para los/as trabajadores sociales de la UHB es objetivo prioritario conseguir la vinculación de los/as pacientes desde la hospitalización con los dispositivos externos, para garantizar la continuidad en el tratamiento, por lo que podemos concluir la importancia de añadir las intervenciones post-alta dentro de las funciones desarrolladas en la Unidad de Hospitalización Breve.

De la experiencia desarrollada durante la pandemia, reforzando los seguimientos y acompañamientos post-alta, podemos afirmar que los resultados han sido satisfactorios. Nos ha permitido comprobar que las intervenciones post-altas, en pacientes con escasa conciencia de enfermedad, adherencia al tratamiento, personas mayores solas, hasta favorecer la integración en SSM/Servicios Sociales, han resultado positivos. Los contenidos de los seguimientos post-alta han comprendido, intervenciones individuales con los/as pacientes, familiares en los domicilios y reuniones con equipos interdisciplinares de SSM/Servicios Sociales.

Destacar la intervención en los domicilios de personas con enfermedad mental, sería necesario dotar de más Equipos de Apoyo Sociocomunitario.

LA DIGITALIZACIÓN. Las nuevas tecnologías han sido una aportación importante, que hemos aprendido a mejorar durante la pandemia.

Han constituido un afianzamiento definitivo de nuevas formas de intercomunicación, intervención, atención entre pacientes, familiares y las coordinaciones entre profesionales.

6. CONCLUSIONES

Con anterioridad al Covid-19, era evidente la necesidad de reforzar los equipos de apoyo socio-comunitario y, de rehabilitación psicosocial en Salud Mental, así como de atención a personas mayores a través de la Ley de Dependencia. Con la pandemia las deficiencias existentes en el Sistema Sanitario y Social se han incrementado, así como la desigualdad social.

La coordinación e integración de los aspectos sociales en los sanitarios se hace necesaria para subsanar las debilidades existentes en nuestro Sistema Sanitario y Social.

A nivel mundial ha habido una repercusión sanitaria, económica y social sin precedentes.

El estigma es una barrera que ha sido más evidente durante este periodo. Se han apreciado dificultades de acceso a los recursos públicos en las personas vulnerables. Durante la pandemia en este Hospital, los/as trabajadores/as sociales, nos hemos sentido satisfechos/as por haber podido acudir a nuestro centro de trabajo, haber sido reconocidos/as como trabajadores/as sanitarios, desarrollando nuestras funciones, potenciando áreas de intervención, y adecuándonos a las situaciones especiales.

Cabe destacar la importancia de las intervenciones en la atención domiciliaria, con acompañamientos y seguimientos hospitalarios post-alta como nexo para conseguir la vinculación de la hospitalización a la red sociosanitaria, a los dispositivos ambulatorios de Salud Mental, Servicios Sociales Municipales y otros.

Los/as trabajadores/as sociales sanitarios, somos técnicos especialistas en la intervención de personas con enfermedad mental en situación de extrema vulnerabilidad y expertos/as en la gestión de recursos.

Hemos contado con la importante colaboración de este Hospital, de la Oficina Regional de Salud Mental y Adicciones, del Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid y del

Consejo General del Trabajo Social, y desde la Unidad de Coordinación Sociosanitaria de Trabajo Social de la Consejería de Sanidad, con informaciones periódicas, aportaciones y protocolos de intervención social para el afrontamiento de Covid-19.

Analizar, reflexionar, aprender, sin dejarnos llevar por la presión subyacente a la emergencia sanitaria, anteponiendo los derechos de las personas vulnerables, su dignidad y autonomía, favoreciendo el Trabajo Social en Red.



Imágenes de un video, obra del artista Pejac. La grieta pintada sobre el Hospital de Valdecilla en Santander está compuesta de innumerables siluetas humanas que tratan de escapar de ella. La fisura representa la herida que esta pandemia ha dejado y es un homenaje a los/as trabajadores/as de la salud por su respeto y solidaridad hacia la víctima.

7. BIBLIOGRAFÍA

Ander-Egg, E. (1995). *Técnicas de investigación social* (Vol. 24). Buenos Aires: Lumen.
BOE. Real Decreto 463/2020 de 14 de marzo de 2020. Declaración de estado de alarma.

Consejo General del Trabajo Social-GEIES (2020). *Trabajo Social y Salud Mental en la situación de emergencia sanitaria por COVID-19. Extraído el 2 de febrero de 2021 de: https://www.cgtrabajosocial.es/files/5e9b27b4c8ca3/Trabajo_socialCovid19.pdf*

Comunidad de Madrid. Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid (2018-2020). *El estigma y la discriminación de las personas con enfermedad mental*, 207. Extraído el 2 de febrero de 2021 de: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM020214.pdf>

- Cruz Roja. (2020). *Encuesta COVID-19*. Extraído el 2 de febrero de 2021 de: <https://www.icrc.org/es/document/dia-mundial-de-la-salud-mental-nueva-encuesta-de-la-cruz-roja-revela-que-la-pandemia-afecta>
- De la Red Vega, N., y Gallego, G. G. (2012). La investigación en el proceso de mejora de la intervención en Trabajo Social. *Servicios Sociales y Política Social*, 100, 113-125.
- INE. (2020). *Cifras de Afectados por Trastorno Mental y COVID-19*. Extraído el 2 de febrero de 2021 de: https://www.ine.es/covid/covid_inicio.htm
- INE. (2020). *Tasas de paro en España*. Extraído el 2 de febrero de 2021 de: https://www.ine.es/prensa/epa_tabla.htm
- OXFAM INTERMON. (2020). *Impacto socioeconómico durante la pandemia*. Extraído el 2 de febrero de 2021 de: <https://cdn2.hubspot.net/hubfs/426027/Oxfam-Website/oi-informes/informe-pobreza-desigualdad-pandemia-covid-19.pdf>