



ARTÍCULO ESPECIAL

La función del trabajo social “sanitario” durante la pandemia por COVID-19

Elisabeth Barbero Biedma^{1*}, Carolina Oliva Arias¹, Marta López Maestro²
y María del Carmen Rodríguez García³

¹Unidad de Trabajo Social Sanitario, Hospital Duran i Reynals. Instituto Catalán de Oncología. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España, ²Asociación de Padres de Niños con Cáncer de la Comunidad Valenciana (SPANION). Programa Atención Integral a personas con enfermedades avanzadas y sus familias, Fundación “La Caixa”. Valencia, España. ³Equipo de Atención psicosocial de Extremadura, FUNDESALUD. Programa de atención integral a personas con enfermedad avanzada y sus familias, Fundación “La Caixa”. Mérida, Badajoz, España

Recibido el 14 de julio de 2020

Aceptado el 30 de agosto de 2020

PALABRAS CLAVE

Trabajo social sanitario, contingencia, COVID-19, necesidades, cuidados paliativos.

Resumen

Objetivo: Este artículo pretende revisar la narrativa de la literatura existente en referencia al Trabajo Social Sanitario (TSS) durante la pandemia de COVID-19, aportando la literatura escrita hasta el momento y dar a conocer tres experiencias en población y servicios de atención paliativa diferentes, mostrando el impacto sanitario y social para las personas afectadas, sus familias y para el resto de la comunidad.

Metología: Revisión de la literatura publicada sobre la intervención del TSS en tiempos de COVID-19 en el ámbito de los cuidados paliativos.

Resultados: Destacar la dificultad en encontrar publicaciones con respecto a experiencias del TSS ante la pandemia, más allá de las recomendaciones de intervención desde los consejos generales de trabajo social y los propios colegios oficiales. Compartir tres experiencias de intervención del TSS, en el ámbito de los cuidados paliativos en tiempos de COVID-19, que pongan en relevancia la efectividad de los planes de contingencia elaborados, que fueron clave para poder dar cobertura a las necesidades detectadas en población adulta e infantil desde experiencias concretas, así como compartir propuestas de futuro tras el análisis de los resultados obtenidos.

*Autor para correspondencia:

Elisabeth Barbero Biedma

Instituto Catalán de Oncología, Hospital Duran i Reynals. Avinguda de la gran Vía de l'Hospitalet, n.º 199-203. 08908, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Correo electrónico: ebiedma@iconcologia.net

DOI: [10.20986/medpal.2020.1191/2020](https://doi.org/10.20986/medpal.2020.1191/2020)

KEYWORDS

Social work, contingency, COVID-19, needs, palliative care.

Abstract

Objective: This article aims to review the narrative of the existing literature in reference to Social Health Work (TSS) during the COVID-19 pandemic, providing the literature written so far and publicizing three different experiences in population and palliative care services, showing the health and social impact for the affected people, their families and for the rest of the community.

Methodology: Review of the published literature on the intervention of the TSS in times of COVID-19 in the field of palliative care.

Results: Highlight the difficulty in finding publications regarding TSS experiences in the face of the pandemic, beyond the recommendations for intervention from the general councils of Social Work and the official schools themselves. Share three experiences of intervention by the TSS, in the field of palliative care during the time of COVID19, that highlight the effectiveness of the contingency plans developed, which were key to being able to cover the needs detected in the adult and child population since concrete experiences, as well as sharing future proposals after analyzing the results obtained.

Barbero Biedma E, Oliva Arias C, López Maestro M, Rodríguez García MC. La función del trabajo social "sanitario" durante la pandemia por COVID-19. *Med Paliat.* 2020;27(3):217-225

INTRODUCCIÓN

El trabajo social sanitario en cuidados paliativos centra su intervención en aspectos sociales y familiares ante las necesidades surgidas en situaciones de enfermedad avanzada o final de vida¹. La complejidad y las variables que integran la realidad sociofamiliar dirige la intervención psicosocial a orientar, crear, restablecer o fortalecer dinámicas de cuidado familiar. Para ello, el capital social, comunitario y familiar² habitualmente constituyen los recursos básicos que promocionar para que en su desarrollo permitan al paciente y la familia garantizar su protección y apoyo.

La repercusión de los efectos de la pandemia COVID-19 ha supuesto un irruptivo cambio del escenario sociofamiliar y de la organización de los recursos para el cuidado de la persona enferma.

METODOLOGÍA

Cabe destacar la dificultad en encontrar publicaciones con respecto a experiencias del Trabajo Social Sanitario ante la pandemia COVID-19, más allá de los extraordinarios planes de contingencia nacionales y las recomendaciones de intervención desde los consejos generales de trabajo social autonómicos y los propios colegios oficiales de cada provincia. En la búsqueda bibliográfica realizada incluimos las publicaciones en español, utilizando las bases de datos de dialnet y google académico. Criterios de inclusión: Publicados en idioma español y que estaban en disposición electrónica en texto completo. Criterios de inclusión, donde aparecían las palabras clave trabajo social sanitario, pandemia, confinamiento, cuidados paliativos. Se fueron a buscar los proto-

colos oficiales de cada comunidad autónoma, así como la última guía de publicada por la SECPAL.

Este artículo pretende revisar la narrativa de la literatura existente en referencia al trabajo social sanitario durante la pandemia, aportando la literatura escrita hasta el momento, y dar a conocer tres experiencias en población y servicios de atención paliativa diferentes.

- La asociación de padres de niños con cáncer de la Comunidad Valenciana (ASPANION) hace una descripción de la intervención llevada a cabo en población infantil en situación paliativa en tiempo de pandemia.
- El equipo de atención psicosocial (EAPS) Extremadura describe las atenciones en población paliativa en contexto de atención hospitalaria, domiciliaria y centro sociosanitario.
- Y por último, desde la unidad de Trabajo Social Sanitario del Instituto Catalán de Oncología (ICO) Hospitalet, se muestra la experiencia de una intervención proactiva en contexto de hospitalización y consulta externa diseñada especialmente a partir de la previsión de necesidades sociofamiliares realizada previa a la eclosión de la pandemia.

SITUACIÓN ACTUAL

El estado de emergencia declarado en el mes de marzo de 2020 en el país supuso una situación de especial sensibilidad de nuestra sociedad hacia la humanización de la actividad sanitaria, valor fundamental para que la asistencia sanitaria sea considerada de calidad. En este escenario donde se plantean situaciones excepcionales, con gran calado emocional para toda la población, resulta imprescindible la necesidad

de una atención integral que ofrezca seguridad a pacientes, familiares y profesionales.

La infección y el contagio por COVID-19 conlleva un importante impacto sanitario y social para las personas afectadas, sus familias y para el resto de la comunidad³, siendo necesario integrar la valoración, la intervención de situaciones de riesgo social y el impacto psicosocial que esta situación generó en la población de mayor vulnerabilidad. Esta causa generó la necesidad de generar planes de emergencia sociosanitaria que contemplasen líneas estratégicas para el colectivo de trabajo social sanitario (TSS) en nuestro país, que promoviesen circuitos de cooperación entre los ámbitos del TSS, tal y como recomienda el Plan de emergencias de Trabajo Social Sanitario del Consejo General de Trabajo Social Sanitario⁴.

- Es necesario acordar medidas desde los diferentes ámbitos, por la situación de aislamiento preventivo.
- Elaborar procedimientos ágiles para poder coordinarse y cubrir las necesidades
- Establecer redes de coordinación dentro del ámbito sanitario y con los recursos comunitarios (servicios sociales, voluntariado, tercer sector...).
- Realizar un seguimiento de las medidas necesarias de apoyo social; medidas específicas en cuanto a los medios y reorganización de la atención del TSS.
- Generación de acuerdos y elaboración de procedimientos de coordinación que estuviesen dentro de los planes de contingencia social y sanitaria COVID-19 y de los que se pudiesen beneficiar la ciudadanía.

Las medidas de confinamiento llevaron a las familias a no poder desarrollar la totalidad de su capacidad cuidadora, obligando a estar ausentes en momentos del proceso de la enfermedad, incluso no pudiendo acompañar en los últimos momentos de vida del paciente.

El trabajo social sanitario, atendiendo a la situación generada por la pandemia, orientó principalmente sus objetivos de intervención hacia:

- Contención en situación de crisis familiares.
- Detección de necesidades socio-familiares/psicosociales de pacientes aislados y su familia.
- Construcción de un vínculo terapéutico que facilitase el proceso de adaptación a la situación actual.
- Promoción de espacios de ventilación emocional y exploración de las preocupaciones familiares.
- Trabajo de resignificación en las formas del cuidado familiar, adaptándose a las necesidades actuales de pandemia.
- Psicoeducación de aspectos emocionales y orientación en las estrategias de afrontamiento.
- Elaboración de planes de intervención y coordinación con el equipo asistencial, el paciente y la familia.
- Atención temprana en el duelo.

Todo ello llevó a los equipos de trabajo social sanitario a reinventarse, reorganizando sus estrategias de intervención y siendo capaces de adaptarlas para poder ser efectivos y eficientes ante la nueva realidad, a través de la elaboración de planes de contingencia protocolos y procedimientos^{5,6}.

A continuación, los autores hacen una descripción de tres procedimientos de intervención de TSS, desarrollados en distintos ámbitos de atención de cuidados paliativos del territorio español, como experiencias llevadas a cabo en tiempos de pandemia.

ACCIONES O EXPERIENCIAS REALIZADAS

Trabajo social sanitario en población infantil

En el ámbito de los cuidados paliativos pediátricos (CPP), y desde el contexto asociativo el EAPS pediátrico de ASPANION, no hemos tenido que lamentar la pérdida de pacientes afectados por este virus, pero sí que lo hemos hecho con pacientes que han fallecido por la grave enfermedad que tenían diagnosticada previamente al inicio de la pandemia.

Los niños, niñas y adolescentes, junto a sus familias, han tenido que afrontar las dificultades añadidas que la COVID-19 ha producido a nivel sanitario, emocional y social, a consecuencia del estado de alarma. Esta situación tan compleja ha tenido lugar en el momento de mayor vulnerabilidad para ellos, que ha sido el proceso de fin de vida.

Nuestro equipo, como las demás entidades que a nivel nacional realizan la atención psicosocial en CPP y en el entorno de la Federación Española de Padres de Niños con Cáncer⁷, al quedar suspendidas las visitas hospitalarias hemos adaptado nuestra intervención, reforzando la atención telefónica y telemática y manteniendo la atención presencial en la sede o en el domicilio cuando la familia lo ha solicitado.

La derivación para la atención al paciente y la familia se ha realizado desde los equipos receptores de los hospitales a través de la coordinación telefónica que hemos mantenido durante el tiempo que se ha mantenido el estado de alarma.

Desde el inicio de la crisis, y el confinamiento decretado por el estado de alarma, los niños y adolescentes, con sus familias, habían generado una actitud resiliente, ya que desde el momento del diagnóstico vivían confinados en sus domicilios sin poder acudir al colegio, al parque o simplemente estar con otros familiares por el riesgo que suponía para su salud. De hecho, han manifestado una actitud adaptativa que ha generado nuevas oportunidades de crecimiento.

Ahora bien, consideramos que es labor del trabajador social conseguir que las familias con hijos menores con cáncer no se sientan solas, y esa misión durante el estado de alarma ha resultado especialmente compleja. No se ha podido realizar un acompañamiento social a pie de cama de forma presencial, como se venía realizando, y por ello ha sido importante transmitir a las familias que seguimos estando a su disposición para recoger y atender sus necesidades desde el acompañamiento emocional.

La atención psicosocial se ha realizado siguiendo los objetivos establecidos en el protocolo de intervención habitual y adaptarse a la nueva realidad ante la situación de estado de alarma (Tabla I).

Esta realidad ha derivado también en la aparición en algunas familias de determinados problemas y necesidades que han obligado a estructurar un apoyo social específico y coordinado con otros servicios, tanto sociales como sanitarios, para hacer efectivas las diferentes ayudas.

Sin duda, en este contexto la tecnología ha sido una gran aliada para poder realizar y mantener la atención directa a las familias.

En definitiva, las entidades del tercer sector, en concreto las asociaciones de pacientes, son un recurso prioritario y juegan un papel muy importante como complemento al sistema sociosanitario. Estas entidades implementan ayudas y programas a colectivos específicos de atención, ofreciendo

Tabla I. Comparativa de datos de atención ASPANION.

Comparativa datos de atención	Periodo estado de alarma (14-03-2020/21-06-2020)	Mismo periodo año anterior (14-03-2019/21-06-2019)
Nuevas derivaciones	24	64
Exitus	11	5
Visitas hospitalarias	0	463
Intervenciones sociales individualizadas específicas	80	57
Seguimientos familiares	649	816

ayudas para atender necesidades básicas y psicosociales. Por ejemplo, para atender a las familias más desfavorecidas, ha sido necesario otorgar ayudas económicas extraordinarias para alimentos básicos, desplazamientos, alojamientos, etc.

En este contexto de crisis, de nuevo uno de los grupos vulnerables ha sido el colectivo de la inmigración. En concreto las familias que se encuentran en una situación irregular, que carecen de vivienda y trabajo y no tienen posibilidad de acceder al mercado laboral han manifestado importantes necesidades socioeconómicas.

Por otra parte, durante esta crisis, cuando se ha tratado de organizar la despedida y últimos días del paciente, ha sido necesario el apoyo social para favorecer un espacio de consenso cuando han existido dificultades. Se ha intentado que las decisiones finales hayan sido las más adecuadas para todo el núcleo familiar, manteniendo en el centro al niño o adolescente, contando con él si su edad lo permite, pensando en su bienestar y en lo que realmente desea.

Las familias que ya presentaban situaciones de vulnerabilidad económica no han tenido la capacidad de asumir gastos extraordinarios, como es el que representa el funeral. Ha sido básico también conocer la importancia de los aspectos culturales y religiosos de la familia y gestionar ayudas y recursos para dar respuesta a la necesidad de realizar una despedida digna, que les otorgue la capacidad de iniciar un proceso de duelo normalizado.

También en esta línea se debe destacar que el estado de alarma ha provocado restricciones en la forma de proceder de las empresas funerarias y los trabajadores sociales hemos tenido un rol de facilitador con las familias. La mayoría ha manifestado que sentían un total desconocimiento sobre los aspectos a tener en cuenta para planificar los detalles del sepelio. El que hayamos realizado una coordinación adecuada ha provocado una mayor sensibilidad con los padres, intentando compensar con ello la soledad de la despedida.

La atención se ha complementado con diversos materiales de autoayuda generados en el EAPS de ASPANION, que se facilitan a las familias y que incluso en tiempos de pandemia, el disponer de dichos recursos en formato *online*, permitió poder seguir llegando a las familias desde este material publicado.

Trabajo social sanitario desde un EAPS de Extremadura

Desde el confinamiento se estableció el teletrabajo como medio para atender a pacientes y familiares de forma segura

en situaciones de emergencia social. Siguiendo los criterios de derivación al trabajador social de los pacientes paliativos, los casos se derivaban a través de los equipos receptores y principalmente constituyeron coordinaciones intra e interinstitucionales con servicios de la comunidad.

Posterior al desconfiamento, durante el periodo de desescalada, la actividad asistencial se ha desarrollado de forma presencial según las siguientes acciones:

- Reactivación de las **actividades de intervención social programadas individuales** priorizando las dirigidas a pacientes y familias frágiles o vulnerables, reevaluando la situación social actual.
- Abordaje con el equipo receptor de los **pacientes al final de la vida** en los procesos crónicos complejos y en la visita domiciliaria.
- Establecimiento de **redes de observación, atención y coordinación** para la detección y evaluación del impacto social del COVID-19.
- Continuar con la **comunicación con familiares** de pacientes ingresadas en aislamiento domiciliario y/o hospitalario.
- **Seguimiento de la atención social** en pacientes con síntomas de COVID-19 para la detección y abordaje de situaciones de riesgo sociosanitario, proporcionando soporte psicosocial, apoyos domiciliarios o alojamientos alternativos.
- **Estudio social** de unidades convivenciales de pacientes COVID-19 y sus contactos estrechos, estableciendo un plan de intervención social y seguimiento que garantice las condiciones para el aislamiento domiciliario, trabajando en coordinación con los servicios de Salud Pública en su correcto cumplimiento.
- **Coordinación** con los profesionales del Equipo de Atención Primaria, especializada, servicios sociales de atención social básica...
- La **coordinación sociosanitaria** ha sido una pieza clave para la detección de necesidades y la articulación de respuestas integrales e integradas.
- Coordinación sociosanitaria para la **gestión de los nuevos ingresos**, garantizando las condiciones de salud y seguridad requeridas por las autoridades sanitarias.
- Reactivar los programas de **planificación social al alta hospitalaria**.

Las valoraciones sociales durante el tiempo de pandemia han continuado realizándose mediante la utilización de las escalas habituales (Tabla II).

Destacar que, durante el confinamiento en Extremadura, en la provincia de Badajoz, en las áreas de salud de Mérida

Tabla II. Valoración de red de apoyo y riesgo Social. Manual de Cuidados Paliativos de Extremadura⁸.

Área de estudio	Instrumento
Red familiar: composición y tamaño	Apgar familiar, entrevista e historia social
Relaciones familiares	Genograma, entrevista, historia social y mapa de relaciones
Cuidador principal	Zarit, entrevista e historia social
Funcionalidad familiar	Apgar familiar de Smilkstein, cuestionario MOS e historia social
Detección anciano de riesgo	Cuestionario Barber
Riesgo social mayores de 65 años	Escala de Valoración Sociofamiliar
Valoración inicial sociofamiliar en el anciano	Escala Gijón

y Don Benito las actuaciones de trabajo social realizadas se reflejan en la Figura 1.

Trabajo social sanitario desde un hospital monográfico de cáncer en paciente adulto ICO Hospitalet

Declarada la situación de pandemia, las unidades de trabajo social sanitario (TSS) del Instituto Catalán de Oncología, en cada uno de los territorios de actuación, elaboraron planes de contingencia bajo un mismo modelo, pero ajustado a sus casuísticas. El objetivo principal fue planificar intervenciones que diesen respuesta inmediata a las necesidades emergentes, y estas a su vez pudiesen prevenir o evitar daños posteriores. De los diferentes centros ICO, la realidad más condicionante a la hora de implementar los planes de actuación corresponde el nivel de confinamiento. La experiencia ICO Hospitalet, donde nos centraremos en este apartado, supuso un confinamiento absoluto de los pacientes hospitalizados, excepto en situaciones excepcionales. El diseño del plan de contingencia de TSS ICO Hospitalet recoge una intervención proactiva, que combina una intervención telemática y presencial, garantizando la atención a pacientes hospitalizados, seguimientos de los pacientes dados de alta, pacientes programados en la consulta externa y atención especializada a dolientes de pacientes fallecidos durante el tiempo de pandemia. Este despliegue requirió de la contratación de dos profesionales que dieron soporte al equipo.

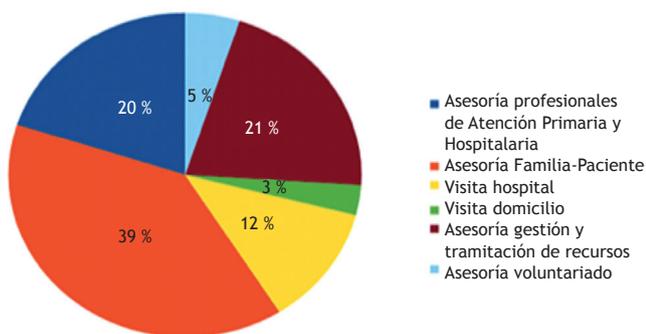


Figura 1. Actuaciones de trabajo social realizadas en las áreas de salud de Mérida y Don Benito.

En referencia a la intervención directa al paciente y su familia, se identificaron tres áreas de intervención (Figura 2), que desarrollaremos a continuación:

- **Atención telemática proactiva a todas las familias de los pacientes hospitalizados.** Posiblemente resultó ser la medida más atrevida que se planificó en el plan de contingencia, teniendo en cuenta el importante incremento de la actividad que ello suponía. Se realizaron 415 primeras intervenciones, teniendo en cuenta todos los servicios del centro. Concretamente en cuidados paliativos, las acciones realizadas consistieron en:
 - Visitas telemáticas de forma proactiva a los familiares de los 61 pacientes ingresados en la unidad de cuidados paliativos durante un período de dos meses (18 de marzo-18 de mayo).
 - Protocolización de un primer contacto entre las 48-72 horas del ingreso.
 - Definición de líneas de intervención específicas de trabajo con pacientes, familias y equipos (Tabla III).
 - Recogida de forma sistematizada una serie de variables *ad hoc* (Tabla IV), bajo la experiencia y la pericia de las profesionales que integran el equipo, que facilitó una primera valoración de la situación actual, identificando necesidades y preocupaciones del entorno familiar (Figuras 3 y 4). Esta exploración generó una intervención directa a nivel socioterapéutico, centrada en la relación de ayuda, y facilitó la trasmisión de información de forma sistematizada al equipo, permitiendo anticiparnos a situaciones de difícil manejo.
 - Dada las dificultades al alta, el plan de contingencia contempló la necesidad de seguimiento de todos los pacientes dados de alta durante el tiempo de pandemia con el objetivo de continuar siendo el nexo de unión con

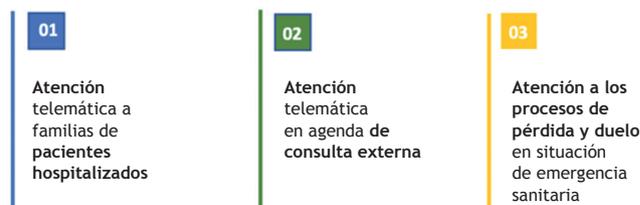


Figura 2. Áreas de intervención.

Tabla III. Líneas de intervención específicas de trabajo con paciente, familias y equipos.

Intervención necesidades sociofamiliares
Valoración y diagnóstico social sanitario de necesidades psicosociales y sociofamiliares
Intervención familiar en la adaptación a las características contextuales actuales que condicionaban la dinámica familiar frente al cuidado
Tramitación/derivación/activación de recursos de soporte con los servicios sociales comunitarios de salud
Elaboración del vínculo terapéutico con la familia que favoreciese la seguridad del acompañamiento profesional en el momento de crisis
Intervención en las altas hospitalarias
Valoración y diagnóstico de necesidades de recursos a la alta
Abordaje interdisciplinar para integrar necesidades de la situación sociofamiliar acorde a las necesidades clínicas del paciente
Abordaje psicosocial ante situación de traslado a CSS
Derivación a consulta externa y seguimiento telemático TSS
Trabajo con los equipos referentes
Coordinación con los equipos asistenciales con la finalidad de generar planes de actuación adaptados a las necesidades actuales
Soporte a los profesionales en aquellas situaciones especialmente sensibles a las necesidades de coordinación entre equipos en un mismo proceso (ubicaciones al alta, activación de servicios, etc.)
Aportación de conocimiento en intervención en crisis en la familia para la elaboración y adaptación de los planes de contingencia
Detección y derivación programa duelo
Detección y derivación de familiares de pacientes fallecidos durante el periodo de emergencia
Información a familiares de la continuidad asistencial por el programa de atención al duelo PAD

Tabla IV. Variables recogidas de forma sistematizada.

Sexo
Edad
Diagnóstico
Interlocutor familiar
Núcleo de convivencia actual
Composición familiar
Necesidades de atención detectadas
Capacidad cuidadora
Grado de información de la familia
Preocupaciones detectadas
Situación emocional
Estilo comunicación familiar
Ubicación al alta/recurso utilizado
Fecha exitus

el hospital y poder identificar de forma precoz nuevas situaciones de riesgo.

De las intervenciones realizadas en hospitalización hemos explotados los siguientes datos, que nos permiten tener una visión general sobre las primera necesidad detectadas en las familias (Figura 3), primera preocupación de las familias (Figura 4) así como la ubicación/recursos al alta (Figura 5).

- **Atención programada al paciente de la consulta externa.** La situación de emergencia comportó la necesidad de generar dispositivos que cubrieran las necesidades sociales ocasionadas de forma urgente. Ello en ocasiones, de forma indirecta, podía generar un retraso en la atención ordinaria de las necesidades detectadas en las familias previas a la pandemia. En situaciones de final de vida la necesidad de mantener la intervención es imprescindible atendiendo la situación de crisis familiar que se está afrontando y la vulnerabilidad que el propio proceso genera en la dinámica familiar. El plan de contingencia de Trabajo Social Sanitario de ICO Hospitalet planificó garantizar el correspondiente seguimiento de la agenda de consulta externa ordinaria sin ocasionar retrasos en la intervención. Para ello, se asignó un profesional a dedicación completa y se transformó la totalidad de visitas programadas de presencial a telemática, manteniendo así la agenda ordinaria y integrando el seguimiento de las altas hospitalarias. Las intervenciones más significativas en esta área fueron realizadas se especifican en la Tabla V.
- **Atención a los procesos de pérdida y duelo en situación de emergencia sanitaria.** El ICO, desde el Programa de Atención al duelo implantado desde hace años y en el que colaboran estrechamente las unidades de psicooncología y trabajo social sanitario, consideró desde el principio del desarrollo de los planes de actuación la atención al duelo garantizando, así una actuación preventiva.

Primeras necesidades detectadas en las familias de pacientes hospitalizados en unidad UCP

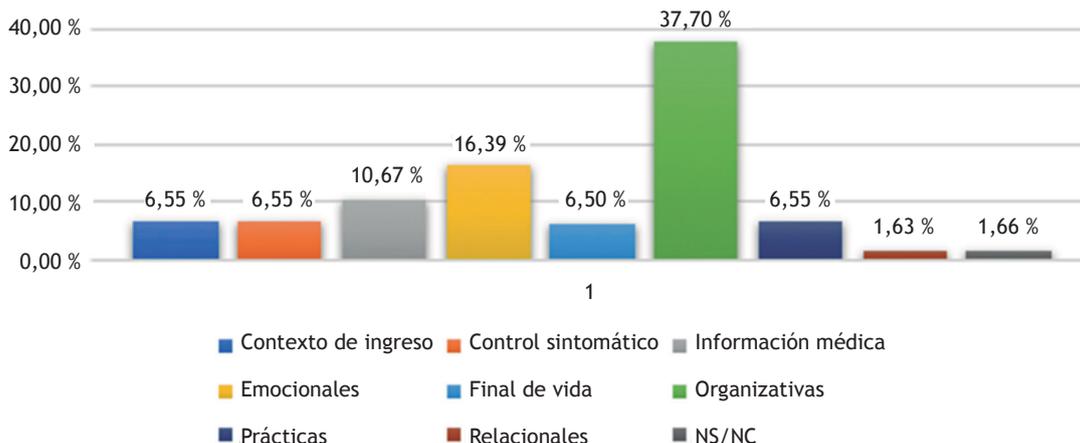


Figura 3. Refleja la primera necesidad que las familias manifiestan durante la hospitalización del enfermo. Destaca las necesidades de organización en el contexto del confinamiento (n = 61).

Preocupaciones detectadas en las familias de los pacientes hospitalizados en unidad UCP



Figura 4. Refleja la primera preocupación que las familias presentan durante la hospitalización del enfermo. Destaca las necesidades de organización en el contexto del confinamiento (n = 61).

Para ello, se generó un plan de intervención psicosocial en duelo en contexto de emergencia que pudiera dar respuesta a las necesidades de las familias de los pacientes fallecidos durante la hospitalización o posterior al alta. Así, el programa de atención al duelo vio incrementada a jornada completa la dedicación de la trabajadora social sanitaria experta en duelo, durante la situación de emergencia.

La intervención se realizó aproximadamente a las 72 horas del fallecimiento y con posibilidad multifamiliar según necesidades. Esa proactividad tuvo como objetivo realizar una intervención preventiva, y así evitar el máximo de situaciones de riesgo de duelo complicado.

Se habilitó un teléfono de atención para aquellos familiares que quisieran consultar o precisasen de intervención antes de las 72 h.

Se incluyeron en el programa todos los pacientes fallecidos sin diferenciar el motivo de la muerte ya que se consideró que las circunstancias traumáticas, consecuentes de la situación de emergencia, afectaban a todos.

CONCLUSIONES

Tras realizar una revisión de la literatura respecto a la intervención del TSS en cuidados paliativos en tiempos de

Ubicación al alta paciente hospitalizado en unidad de UCP

■ Alta a domicilio ■ CSS ■ Exitus

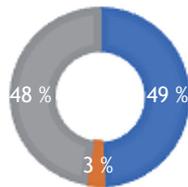


Figura 5. Recoge cómo tan solo un el 3 % de los pacientes hospitalizados utilizan un recurso de traslado a CSS al alta, mientras que el 49 % decide alta a domicilio con soporte de PADES y EAPS para el control sintomático.

Tabla V. Intervenciones más significativas en el área de consulta externa.

Realización de primeras visitas y seguimientos
Valoración y diagnóstico social sanitario
Intervención familiar en adaptación a características contextuales actuales que condicionen dinámica familiar del cuidado
Tramitación/derivación/activación de recursos con servicios sociales sanitarios comunitarios
Intervención en situaciones de primeros auxilios psicosociales derivadas de las condiciones de aislamiento
Orientación y recomendaciones en estrategias de afrontamiento de la situación de confinamiento
Trabajo conjunto con equipos de atención paliativa en domicilio y unidades de UCP en CSS

pandemia, queda evidenciada la ausencia de publicaciones científicas al respecto. Ello podría corresponder al breve tiempo transcurrido desde la situación de emergencia sanitaria y el aumento de la carga asistencial que continúa existiendo de las consecuencias pospandemia.

Del análisis de nuestra experiencia se evidencian las siguientes conclusiones.

- Destacar durante la pandemia la escasez y paralización de recursos sociales y sanitarios.
- La humanización de la asistencia sanitaria durante la pandemia en los casos de emergencia social nos llevó a ofrecer una asistencia de calidad y calidez a los pacientes y sus familiares al final de vida.
- En situación de final de vida, en contexto social de emergencia, es imprescindible mantener la intervención precoz, favoreciendo así la detección de necesidades y la elaboración de planes de intervención ajustados a la situación real del paciente y su familia.
- La intervención ofrecida por los TSS en el contexto de atención en final de vida permitió realizar una actuación inmediata en el contexto de confinamiento, que caracterizó el periodo de emergencia. Además, permitió

mantener la continuidad asistencial fiel a un modelo de atención integral a la familia.

- Las intervenciones realizadas por los TSS han tenido como objetivo que las familias pudieran elaborar un trabajo de resignificación en las formas del cuidado familiar, adaptándose a las necesidades de la pandemia, permitiendo el fortalecimiento y el crecimiento del sistema familiar.
- Nuestra experiencia nos lleva a demostrar que se puede realizar una intervención telemática de calidad, eficaz y eficiente, que puede complementar la atención presencial como modelo de intervención en futuro.
- La participación de los profesionales del TSS en los planes de contingencia durante la situación de pandemia fue fundamental para garantizar el ajuste a las necesidades sociofamiliares reales. Ello contribuyó a poner en valor el carácter humanizador a la hora de elaborar las medidas.
- La intervención en la atención al duelo de forma inmediata al fallecimiento ha promovido una atención integral y preventiva ante el riesgo de desarrollar duelos complicados. De esta forma, se ha pretendido dar respuesta a la situación de emergencia y las situaciones traumáticas que se han derivado de ella.
- Podemos considerar la resiliencia como un factor protector en las familias que ha tenido un papel fundamental en la adaptación a la nueva situación generada por el estado de alarma.

PROPUESTAS DE FUTURO

Tras la revisión de las acciones llevadas a cabo según los planes de contingencia que se elaboraron, la evaluación de las acciones que se generaron aportamos las siguientes consideraciones en las propuestas de futuro dentro de los ámbitos de nuestra intervención:

- Tras la situación de crisis sanitaria del COVID-19, y ante posibles rebrotes, se debería potenciar la coordinación intra e interinstitucional, la continuidad asistencial, la planificación al alta hospitalaria y el modelo de gestión compartido de casos.
- Debe ser responsabilidad de las instituciones, garantizar planes de humanización que eviten la muerte del paciente sin la presencia familiar.
- Es imprescindible contemplar el malestar emocional y el impacto que suponen las situaciones de disgregación familiar en el contexto de hospitalización para diseñar intervenciones psicosociales dentro de los planes de contingencia.
- Las necesidades de organización familiar frente al cuidado del enfermo en situación de pandemia deben generar un replanteamiento en el momento de trabajar el alta hospitalaria del paciente.
- Tras la finalización del periodo más agudo de la pandemia se abre un importante trabajo reparador de los daños psicosociales ocasionados en pacientes y familias. El trabajo social sanitario ha de mantener el compromiso en generar intervenciones orientadas a ese objetivo.
- Es necesario posterior a la intervención realizada invertir recursos en generar evidencia científica que permita demostrar la eficacia y eficiencia de las intervenciones

realizadas. Solo así garantizaremos la fundamentación teórica desde donde nutrir y guiar la intervención en futuras situaciones similares.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jimenez JM. Cuidados paliativos: un análisis desde el trabajo social sanitario Agathos, Atención sociosanitaria y bienestar. 2018;18(3):4-16.
2. Novellas A, Munuera MP, Salas JL, Gómez-Batiste X. Manual para la atención psicosocial y espiritual a personas con enfermedades avanzadas Intervención social. Barcelona: Obra Social La Caixa; 2018.
3. Villuela C, Corvo MJ, Marín JJ. Procedimiento de atención social a pacientes hospitalizados por covid-19. Unidad de trabajo social sanitario. Hospital universitario de badajoz [Internet]. Servicio Extremeño de la Salud. 2020. Disponible en: [http://www.cgtrabajosocial.es/app/webroot/files/castellon/files/Procedimiento%20de%20Atenci%C3%B3n%20Social%20a%20Personas%20Hospitalizadas%20por%20Covid%20\(1\).pdf](http://www.cgtrabajosocial.es/app/webroot/files/castellon/files/Procedimiento%20de%20Atenci%C3%B3n%20Social%20a%20Personas%20Hospitalizadas%20por%20Covid%20(1).pdf)
4. Campello García L. Plan de emergencia de Trabajo Social Sanitario [Internet]. Consejo General de Trabajo Social Sanitario. Grupo estatal de intervención en emergencias sociales; 2020. Disponible en: <https://trabajosocialsevilla.es/wp-content/uploads/2020/03/5.-Plan-de-emergencias-de-Trabajo-Social-Sanitario.pdf>
5. El plan de contingencia de Trabajo Social Sanitario. ICO Hospitalet; 2020. Disponible en: http://ico.gencat.cat/ca/_institut/centres/ico_l_hospitalet/Serveis/treball_social/
6. Barbero E, Vilchez M, Sala S, Oliva C. Plan de intervención psicosocial para emergencias sociales sanitarias. ICO Hospitalet; 2020. Disponible en: http://ico.gencat.cat/ca/_institut/centres/ico_l_hospitalet/Serveis/treball_social/
7. Federación Española de Padres de Niños con Cáncer [web]. 2020. Disponible en: <https://cancerinfantil.org/>
8. Cuervo Pina MA, Encinas Martínez P, Hernández Gil P, Redondo Moralo MJ, Rodríguez García MC, Ruiz Márquez MP, et al. I Manual de Cuidados Paliativos de Extremadura Junta de Extremadura. Mérida: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Servicio Extremeño de Salud; 2019.