

Cambios y adaptación asistencial del Servicio de Adicciones y Salud Mental del Hospital Universitario Sant Joan de Reus ante la pandemia por la covid-19

Changes and healthcare adaptation of the Addictions and Mental Health Service of Sant Joan de Reus University Hospital in the face of the Covid-19 pandemic

Antoni Llorc Suárez¹

ORCID: 0000-0002-9754-7453

Tre Borràs Cabacés²

ORCID: 0000-0002-4052-0938

Recepción: 20/07/21. Revisión: 04/09/21. Aceptación: 25/10/21

Para citar: Llorc Suárez, A., y Borràs Cabacés, T. (2021). Cambios y adaptación asistencial del Servicio de Adicciones y Salud Mental del Hospital Universitario Sant Joan de Reus ante la pandemia por la covid-19. *Revista de Treball Social*, 221, 49-68. <https://doi.org/10.32061/RTS2021.221.03>

Resumen

En este artículo hemos querido describir el proceso de adaptación del Servicio de Adicciones y Salud Mental del Hospital Universitario Sant Joan de Reus durante el confinamiento derivado de la pandemia por la covid-19. En primer lugar, de qué manera se produjeron los cambios técnicos a la hora de poder ofrecer teleasistencia (psicoterapia, seguimiento médico y social) a los pacientes que lo necesitaban, así como evaluar la idoneidad de estos sistemas —susceptibles de tener continuidad después del confinamiento— de teleasistencia y la valoración por parte de los pacientes y

1 Servicio de Adicciones y Salud Mental del Hospital Universitario Sant Joan de Reus (Plan de Acciones sobre Drogas de Reus). Medical Anthropology Research Centre (MARC) de la Universidad Rovira i Virgili. antoni.llorc@salutsantjoan.cat

2 Servicio de Adicciones y Salud Mental del Hospital Universitario Sant Joan de Reus (Plan de Acciones sobre Drogas de Reus). Medical Anthropology Research Centre (MARC) de la Universidad Rovira i Virgili. tborras@grupsagessa.com

los profesionales. Para poder llevar a cabo este estudio, se reconvirtieron los itinerarios truncados de prácticas de once estudiantes para habilitarlos como encuestadores y formar parte del equipo del diseño de los cuestionarios del trabajo de campo.³ El equipo del Servicio de Adicciones y Salud Mental del Hospital Universitario Sant Joan de Reus también puso en marcha un dispositivo telefónico de apoyo emocional para todos los trabajadores del hospital, sobre todo pensando en aquellos que estaban en primera línea. Ante la inmediatez que la situación requería, la poca preparación y experiencia en este tipo de situaciones y un contexto de pandemia psicológica, queremos destacar, describir y compartir los elementos que han llevado a nuestro servicio a convertirse en un ejemplo de resiliencia organizacional, respuesta adaptada y rápida a las necesidades de nuestros pacientes, de los propios profesionales y de los estudiantes en prácticas con un enfoque interdisciplinario.

Palabras clave: Pandemia psicológica por la covid-19, teleasistencia, Servicio de Adicciones y Salud Mental del Hospital Universitario Sant Joan de Reus, resiliencia organizacional, enfoque interdisciplinario.

Abstract

In this paper we aim to describe the adaptation process that the Addictions and Mental Health Service of Sant Joan de Reus University Hospital underwent during the lockdown declared due to the Covid-19 pandemic. First of all, we examine how these technical changes take place with regard to being able to deliver telecare (psychotherapy, medical and social monitoring) to patients who needed it, as well as assessing the suitability of these telecare systems – which are likely to remain in use after the lockdown – and the assessment by patients and professionals. In order to carry out this study, the truncated training placements of eleven students were transformed in order to train them as interviewers, allowing them to form part of the fieldwork questionnaire design team. The team from the Addictions and Mental Health Service of Sant Joan de Reus University Hospital also launched a telephone helpline for emotional support for all hospital workers, especially those who were on the frontline. Given the

3 Queremos agradecer la gran tarea y capacidad de adaptación del alumnado en prácticas que ha colaborado con este estudio durante el confinamiento: Anna Tost Soler (Máster en Psicología General Sanitaria), María Moreno Rupilanchas (Grado en Psicología, URV), Judit Escudero Abella, Cristian Cabrera Marchante (Máster en Psicología General Sanitaria), Paul Labrador Villalba (Grado en Psicología, URV), Emma Parrilla Fumadó (Grado en Educación Social, URV), Rafael Juárez Leon (Grado en Trabajo Social, URV), Rocio Vallejo Hernández (Grado en Psicología, URV), Marc Homedes Llorca (Grado en Psicología, URV), Marc Piñol Gilbert (Grado en Psicología, URV) y Joaquim Roig Jofré (Grado en Psicología, Universidad Blanquerna). Queríamos agradecer también y de manera especial a las personas del equipo del Servicio de Adicciones y Salud Mental del Hospital Universitario Sant Joan de Reus que trabajaron presencialmente durante todo el periodo del confinamiento.

urgency the situation called for, the scant preparation and lack of experience in these situations coupled with the psychological pandemic context, we sought to highlight, describe and share those elements that have led our service to become an example of organizational resilience, delivering a swift, adapted response to the needs of our patients, professionals and students on training placements by means of an interdisciplinary approach.

Keywords: Covid-19 psychological pandemic, telecare, Addictions and Mental Health Service of Sant Joan de Reus University Hospital, organizational resilience, interdisciplinary approach.

Introducción

El Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, impuso el estado de alarma en Cataluña y el confinamiento de la población a causa del SARS-CoV-2 y su enfermedad asociada, la covid-19. Este confinamiento duró del 14 de marzo al 20 de junio de 2020. Los servicios públicos asistenciales de la salud y sociales continuaron ofreciendo servicios mínimos de atención presencial y desplegando dispositivos de teleasistencia (dispositivos móviles, ordenadores personales, teléfonos, videoconferencias, correo electrónico, plataformas de comunicación...) para poder continuar atendiendo a los usuarios.

La cadena de acontecimientos puso en evidencia las dificultades en la preparación (*preparedness*) y la contención para afrontar este tipo de nuevas situaciones (Bedford et al., 2020; Carinci, 2020). Aun así, la imposibilidad de intervenir cara a cara con los pacientes provocó que el despliegue de la teleasistencia fuera necesaria y nueva para muchos profesionales. El miedo al contagio, la separación prolongada entre cuidadores y dependientes, sentimientos de aislamiento, dolor y pérdida de los seres queridos, el trabajo y los hábitos del día a día, pérdida de control e impotencia, así como la incertidumbre sobre el futuro, describen una situación psicosocial aguda y compleja. El contagio infeccioso se refleja en contagios simbólicos emocionales y conductuales, es decir, el surgimiento de una “pandemia psicológica” (Evangelidou, 2020). Desde la asistencia pública lo tenemos que afrontar y debemos aportar los elementos de apoyo necesarios. La covid-19 ha propiciado un cambio en el contexto cultural y social, y también en el ámbito asistencial, donde los roles y las relaciones de la ciudadanía y los profesionales de la salud se están modificando.

El Trabajo Social en el ámbito hospitalario, según Andaluz et al. (2020), se ha visto reforzado en esta situación de crisis, en que se ha puesto a prueba su capacidad de rápida adaptación a la organización del trabajo a nuevas necesidades, lo cual, en muchas ocasiones, ha sido la puerta de entrada para las propuestas que llegan desde el exterior y puente de comunicación y enlace, por lo tanto, entre el hospital y la comunidad, hecho del que queremos presentar un ejemplo en este artículo. En la práctica, el Trabajo Social en el campo de la salud mental y las adicciones, así como otros, comparte espacios e interviene conjuntamente con otros profesionales —como es nuestro caso— de medicina, psicología, educación social, enfermería... procurando la integración de las diferentes disciplinas (Garcés Trullenque, 2010) tanto en el trabajo cotidiano como a la hora de emprender nuevas intervenciones.

Ante este escenario, el Servicio de Adicciones y Salud Mental del Hospital Universitario Sant Joan de Reus (a partir de ahora, SAySM-HUSJR) afrontó un doble reto, el de continuar dando asistencia a sus pacientes, adoptando metodologías de teleasistencia, y el de dar respuesta al hecho —que como hospital universitario apela a nuestra responsabilidad docente— de tener once alumnos en prácticas (siete del Grado de Psicología, dos

del Máster de Psicología General Sanitaria, uno de Educación Social y uno de Trabajo Social). Hacia falta, pues, como denominan algunos autores, aplicar cierta resiliencia organizacional. Definimos *resiliencia* como un proceso dinámico que alcanza la adaptación positiva dentro del contexto de una adversidad significativa. El término *resiliencia* se ha utilizado en el ámbito organizativo para describir las características inherentes a aquellas organizaciones que pueden responder y recuperarse más rápidamente, o desarrollar formas más inusuales de seguir su actividad bajo coacción (Sutcliffe y Vogus, 2003; Vogus y Sutcliffe, 2007, citado por Linnenluecke, 2017). Otro ejemplo de la adaptación positiva a la fenomenología de los hechos se materializó con la puesta en marcha desde el SAySM-HUSJR de un servicio de apoyo emocional (telefónico) para el resto de los trabajadores del centro hospitalario para atender las demandas derivadas de la mencionada pandemia psicológica, que impactó fuertemente y especialmente en el personal sanitario de primera línea (Shanafelt et al., 2020).

Desde este punto de vista, la resiliencia organizacional es un factor prioritario para aquellas organizaciones cuyo objetivo es intervenir en la mejora de la calidad de vida de las personas y las dinámicas de exclusión/inclusión, garantizando que las respuestas y los recursos de la organización se adecuen a la demanda de los clientes y/o destinatarios de servicios (Pacheco Mangas et al., 2020). Hay que destacar también que durante el periodo de confinamiento se continuó atendiendo a personas vulnerabilizadas, usuarias del Servicio que acuden al Centro de Acogida y Actividades La Illeta, gestionado por el propio SAySM-HUSJR. La respuesta de carácter comunitario desde la perspectiva de la disminución de daños y riesgos derivados del consumo de sustancias psicoactivas es también una expresión de resiliencia comunitaria y organizacional, centrada en la premisa de la atención universal a personas sin recursos básicos, que han sufrido más profundamente la crisis generada por la pandemia de la covid-19 (Llort, 2020).

Hay que destacar la rapidez con la que se pusieron los medios indispensables (teléfonos móviles sin conexión a internet, conexión remota con el hospital y dos ordenadores portátiles para videovisitas que han utilizado principalmente el equipo de enfermería, Trabajo Social y el equipo médico tanto para la atención a los pacientes como para reuniones de coordinación y de equipo) para la intervención psicoterapéutica a pesar del factor de excepcionalidad.

Antes de proceder a esbozar los principales resultados de la encuesta, nos parece necesario introducir qué sustancias han generado la demanda de tratamiento de nuestros pacientes en porcentajes del 2019, para tener una idea general del total de la población de la que hemos extraído la muestra.

Tabla 1. Demandas de tratamiento por sustancia principal

| | Heroína | Cocaína | Cánnabis | Alcohol | Tabaco | Otras | Total |
|--------------|---------|---------|----------|---------|--------|--------|--------|
| N.º demandas | 52 | 182 | 70 | 227 | 38 | 15 | 584 |
| % | (8,9%) | (31,2%) | (12,0%) | (38,9%) | (6,5%) | (2,6%) | (100%) |

Fuente: Datos extraídos del Sistema d'Informació sobre Drogodependències a Catalunya (Subdirección General de Drogodependencias, Agencia de Salud Pública de Cataluña, Departamento de Salud, 2020).

De acuerdo con un enfoque del Trabajo Social basado en el contexto de intervención, más allá de la relación asistencial con las personas usuarias, McCoyd y Schwaber Kerosm (2016) definen tres dimensiones que interactúan de manera significativa en la calidad asistencial, poniendo énfasis en el manejo de nuevas (o no tan nuevas) formas de comunicación. En primer lugar, debemos analizar el tipo de política social y de salud que nos afecta directamente. Esto definirá los tipos de servicios que las personas pueden recibir, quién debe proveerlos, en qué condiciones y cómo deben evaluarse. En segundo término, las instituciones/organizaciones a las que estamos suscritos son las garantes de las estructuras y definirán la naturaleza de los servicios, a menudo, por orden de las personas que toman decisiones políticas. Y, por último, la tecnología aplicada a la información. En una era donde el significado de la comunicación continúa expandiéndose de manera compleja, las tecnologías y las formas de comunicación actuales impactan sobre los servicios, los profesionales y las estructuras ofreciendo nuevas oportunidades comunicativas y formas de establecer una nueva relación asistencial satisfactoria por ambas partes, hecho que intenta ilustrar este texto. Los cambios en la manera de recoger la información, los diferentes canales de comunicación existentes, nuevas posibilidades de análisis de datos, las posibilidades que acoge el acceso a Internet e inherentemente una distinta manera de gestionar el tiempo y la calidad asistencial.

Con esta idea, y para combinar y reforzar la tarea docente y atender nuestro *pull* de pacientes en condiciones de pandemia, se puso en marcha un estudio para conocer la situación de los pacientes en confinamiento y la percepción de la respuesta e idoneidad de los métodos empleados de seguimiento sanitario, psicoterapéutico y social a distancia, ya sea telefónico o con videovisita, por parte de los pacientes y los profesionales. Este estudio se puso en marcha con este doble objetivo, de manera rápida y con poco tiempo de reflexión metodológica. El grupo de estudiantes en prácticas, coordinado por el equipo de Trabajo Social, participó tanto en el diseño de las preguntas como en el total del proceso de entrevista telefónica y en reuniones de reflexión sobre los resultados que iban emergiendo durante las cuatro semanas que duró el plazo abierto para pasar los cuestionarios. Con sentido de responsabilidad, cierta improvisación, sin esperar a recibir instrucciones y con muy pocos recursos, muchos servicios se han adaptado a la excepcionalidad del momento y lo han hecho de manera casi universal,

con independencia del tipo de centro (urbano, rural, docente, grande o pequeño) y del tipo de servicio que ofrecían.

Por otro lado, han sido necesarios ciertos procesos de creatividad e innovación, que, de manera conjunta, han permitido que las ideas lleguen finalmente a materializarse. Este aspecto basado en la innovación espontánea y la rápida toma de decisiones ha estado determinante para la consecución de nuestros objetivos. En este sentido, también hay que introducir el concepto de enfoque transdisciplinario o interdisciplinario, que pide disponer de espacios de discusión sobre estrategias, lo que permite la resolución de problemas complejos que superan el dominio monodisciplinario y que requieren de la integración del conocimiento (Matus Sepúlveda, 2020). La interdisciplinariedad, según García López (2004), no la podemos concebir como una suma de conocimientos, ni como un conglomerado de actuaciones de un grupo. Hace referencia al modelo de trabajo. Se trata de poner en común diferentes formas de conocimiento, de entender y/o abordar una problemática o fenómeno determinado.

Cabe mencionar que todo este proceso adaptativo se ha podido materializar gracias al trabajo presencial al Servicio durante todo el confinamiento del equipo de Trabajo Social, de administración, secretaría y atención al cliente, así como los servicios mínimos presenciales del equipo médico y de enfermería, que han evitado el cierre del Servicio.

El artículo que a continuación presentamos está estructurado en los siguientes apartados: esta introducción inicial con base teórica y descriptiva del estudio, los objetivos y la metodología empleada, los resúmenes de los resultados de los cuestionarios practicados a personas usuarias del Servicio y a sus profesionales, y un último apartado de conclusiones donde se discuten los resultados confrontados con las ideas presentadas y dos anexos con los cuestionarios pasados a las personas atendidas y a los profesionales.

Objetivos

El objetivo del artículo es describir la adaptación hecha tanto desde el punto de vista asistencial como docente durante el tiempo del confinamiento por la covid-19 por parte de los profesionales con los pacientes y con los estudiantes en prácticas del SAySM-HUSJR, así como la idoneidad de los métodos empleados de teleasistencia.

Metodología

Para llevar a cabo el estudio descriptivo, se seleccionó una muestra aleatoria de 290 pacientes del SAySM-HUSJR, a los cuales se hizo seguimiento o intervenciones psicoterapéuticas, de atención social y a la salud telemáticamente, durante el periodo del 14 de abril de 2020 al 30 de abril de 2020. Se trata de un estudio descriptivo transversal, un diseño básico en epidemiología. Se caracteriza por la ausencia de seguimiento y da una

visión instantánea de lo que ocurre en una población o una muestra suya en un momento dado. El proceso que se estudia (enfermedad o un determinante de salud) se mide una sola vez (Almazán et al., 2002).

La técnica utilizada ha sido la encuesta mediante dos cuestionarios de preguntas cerradas, uno dirigido a las personas usuarias del Servicio y otra a los profesionales que trabajan en este. Hemos seleccionado este instrumento puesto que no solo es un conjunto de preguntas más o menos organizadas, sino que lo que nos permite es: obtener y explotar datos cuantitativos para su tratamiento y análisis estadísticos, preguntando de manera estructurada a un conjunto determinado de personas que representan una población determinada (Meneses y Rodríguez, 2011). Según Casas Anguita et al. (2003), el objetivo que se persigue con el cuestionario es traducir variables empíricas, sobre las que se desea información, en preguntas concretas capaces de suscitar respuestas fiables, válidas y susceptibles de ser cuantificadas. Todos los estudiantes de prácticas se encargaron de pasar la totalidad de los cuestionarios por vía telefónica. Según López y Deslauriers (2011), este tipo de entrevista es la más estructurada. Se utiliza un cuestionario estandarizado con preguntas redactadas por adelantado, con un orden que el encuestador debe respetar, y la respuesta es con una elección limitada.

Para la confección de los cuestionarios se contó con un equipo de profesionales del SAySM-HUSJR coordinado por el equipo de Trabajo Social y la colaboración de estudiantes de Trabajo Social (uno), Psicología (nueve), y Educación Social (uno) en prácticas. Las entrevistas las condujeron los mismos estudiantes, vía telefónica, durante el periodo del 4 de mayo de 2020 al 29 de mayo de 2020, hecho que permitió para muchos iniciar el periodo de prácticas o acabarlo una vez truncado su itinerario formativo por el confinamiento, garantizando al colectivo de estudiantes el mantenimiento de toda la actividad programada, que, además de la docencia, incluye las prácticas, así como los procesos de evaluación.

En cuanto a garantizar la confidencialidad y la dimensión ética de este estudio, nos hemos amparado en la declaración firmada de todas las personas usuarias de nuestro servicio a ceder sus datos para favorecer la investigación y la formación de profesionales, siempre bajo las rigurosas medidas que la ley de protección de datos exige. Como señala Román (2013), es capital tener en cuenta los aspectos éticos en estos tipos de investigación, puesto que no siempre se tienen en cuenta estos factores a la hora de diseñar y desarrollar investigación en el ámbito social.

De la muestra de 290 personas seleccionadas, se han obtenido 158 respuestas, un 51%, el resto no ha contestado (a pesar de haber aceptado participar en el estudio previamente) o bien no se ha podido localizar. Al mismo tiempo, también se ha distribuido una encuesta de autocumplimiento a trece profesionales del SAySM-HUSJR con el objetivo de conocer la percepción de la respuesta e idoneidad de los métodos empleados de seguimiento psicoterapéutico a distancia. El vaciado y análisis de las encuestas lo ha llevado a cabo el equipo técnico interdisciplinario del SAySM-HUSJR.

Resumen de resultados de la encuesta hecha a personas usuarias del SAySM-HUJSR

En cuanto al perfil de pacientes encuestados del SAySM-HUSJR, hay que destacar de la muestra (de 158 personas), que un 70,9% son hombres ante un 29,1% de mujeres con una media de edad de 43,5 años. El 48,7% de las personas son solteras. Un 89% de nacionalidad española. Un 22% viven solas y un 81% no tienen personas a cargo.

El 63,9% de las personas encuestadas han hecho un confinamiento total, es decir, solo han salido de casa para ir a adquirir productos de necesidad básica. Del total, un 45,6% viven en un piso con balcón o terraza y un 88% han tenido un espacio donde relajarse o estar tranquilos durante el confinamiento.

El 37% de las personas encuestadas han mantenido el trabajo, mientras que un 33% no tenían antes del confinamiento. Un 13,29% perdieron el trabajo durante el confinamiento y el resto, un 16,71%, estaban en paro, estudiaban o estaban de baja laboral.

De todas las personas encuestadas, un 37,08% manifiestan tener enfermedades orgánicas y un 61,4% reconocen tener un diagnóstico de salud mental. En cuanto a su estado de ánimo durante el confinamiento, hay que destacar que las que ya presentaban un estado de ánimo bajo antes del confinamiento han empeorado después de este.

Un 88% han manifestado tener alguna persona que se preocupaba por ellos durante el confinamiento y un 56% han podido hablar con alguien de sus problemas personales. El 32,3% han recibido apoyo de los servicios sociales durante el confinamiento.

Cuando se les ha preguntado sobre el consumo de sustancias psicoactivas durante el periodo del confinamiento, el 42% de los pacientes han manifestado haber consumido con más cantidad que antes del confinamiento y un 44,3% lo han hecho en menor medida, siendo el alcohol y el tabaco las sustancias más consumidas.

Cuando los encuestados valoran la atención recibida por parte del SAySM-HUSJR durante el confinamiento, un 97% creen sentirse muy satisfechos o satisfechos por la atención recibida, ya sea telefónica o con videovisita. Un 80,37% han manifestado que han tenido la sensación de tener más posibilidades de contactar con el Servicio en caso de urgencia, por el hecho de tener contacto directo telefónico o vía correo electrónico con su psicoterapeuta de referencia.

De todas las atenciones, hay que destacar que el 86% han estado de cariz telefónico y del 14% restante mediante el sistema de videovisita. Del total de personas encuestadas, el 53,1% no conocían el método de la videovisita, un 34,1% conocían el método por no lo usaban y el 12,8% sí que lo conocían y sí habían hecho uso de este.

En cuanto a la confidencialidad de las conversaciones en el ámbito de convivencia relacionadas con las visitas telefónicas o videovisitas, un

75,94% han manifestado que no les han supuesto problemas de confidencialidad respecto a su núcleo de convivencia.

El 60,75% de las personas encuestadas valoran que tanto las visitas telefónicas como las videollamadas presentan ventajas en comparación con el tipo de visita presencial, y verían positivamente intercalar en su rutina presencial habitual las visitas e intervenciones telefónicas o videovisitas, sobre todo por el hecho de no tener que desplazarse y evitar posibles contactos con el SARS-CoV-2, pero también por el simple hecho de la comodidad de hacer la visita desde casa. Aun así, un 58,22% han manifestado que han echado de menos el contacto presencial.

Resumen de resultados de la encuesta a profesionales del SAySM-HUSJR durante el confinamiento

Este tipo de encuesta ha permitido recoger la sensibilidad de estos profesionales relacionada con la aplicación de las técnicas de teleasistencia. En cuanto a los principales inconvenientes que se han encontrado han estado perder “el lenguaje no verbal” en un 24% de las respuestas. Las interrupciones inesperadas fruto de la convivencia, tanto en el domicilio de los profesionales como de los pacientes, 20%, y los problemas tecnológicos, 20%. En menor medida, un 12% declaran no haber tenido un espacio adecuado de trabajo y la carencia de proximidad con los pacientes, 12%, conciliar la vida familiar y profesional, 4%, la dificultad de contactar con pacientes que no conocían, por ser la primera vez, 4%, y la dificultad de mantener unos horarios, 4%, han sido otras dificultades detectadas.

Sobre la consideración general de si el confinamiento ha dificultado su trabajo, un 84,7% creen que no lo ha dificultado o lo ha dificultado mínimamente, y el 15,3% creen que sí lo ha dificultado. Cuando se les pregunta sobre cómo puede afectar a los pacientes recibir atención de forma telemática, un 69,23% opinan que puede afectar positivamente a los pacientes, un 7,7% piensan que les afecta negativamente y un 23,07% que depende de cada paciente. Los motivos para pensar que afecta positivamente son principalmente que el proceso terapéutico mejora, facilita la comunicación en tiempo de confinamiento y que muchos pacientes se muestran agradecidos por los contactos con los profesionales. Los que creen que afecta negativamente a los pacientes es porque piensan que aprecian más la presencialidad.

También se les ha preguntado sobre si la situación de confinamiento puede afectar los progresos de los pacientes. Un 69,2% consideran que pueden empeorar, un 27,8% creen que mejoran y un 3% creen que no afecta los progresos terapéuticos.

Cuando se trata de pacientes nuevos, los profesionales valoran que la toma de contacto de forma no presencial tiene algún efecto, pero no la

dificulta, un 76,9%, y un 23,1% piensan que puede dificultar la toma de contacto.

Un 69,2% de los profesionales creen que ha aumentado la asistencia a las sesiones gracias a los sistemas de teleasistencia, un 23,1% creen que se ha mantenido constante y un 8,7% que los pacientes fallan más a las visitas. Especialmente un 84,6% creen que por lo que refiere a los pacientes que acostumbraban a ausentarse ha aumentado la asistencia. En relación con estos datos, hay que destacar que un 92,3% de los terapeutas piensan que con la posibilidad de hacer consulta por teléfono o videovisita puede aumentar la frecuencia de las visitas o el número de llamadas entre la actividad programada.

Un 83,3% de los profesionales encuestados creen que este tipo de asistencia se mantendrá después del confinamiento, puesto que puede ser que la situación se alargue y pacientes y profesionales se pueden adaptar a estos cambios. Aun así, un 46,1% piensan que la situación de confinamiento ha afectado el buen seguimiento del paciente. Un 92,3% creen que la relación terapéutica que se había establecido con sus pacientes no se ha visto afectada por el confinamiento o si se ha visto afectada ha estado positivamente. Y un 92,3% creen que los pacientes han tenido un apoyo profesional adecuado.

En cuanto a los perfiles de pacientes que se pueden ver beneficiados o perjudicados por las medidas adoptadas durante el confinamiento, un 53,8% piensan que no hay un perfil determinado pero que las personas con trastornos mentales graves o de la personalidad se pueden ver más perjudicadas por los cambios de dinámicas. Un 76,9% creen que durante el confinamiento se ha contado, gracias a los teléfonos y a la conexión remota facilitados por el hospital y a la disponibilidad de recursos tecnológicos de algunos profesionales, con los recursos necesarios para mantener la interdisciplinariedad del equipo (siendo la llamada telefónica, el correo electrónico y el servicio de mensajería WhatsApp los medios imprescindibles para mantenerla). Un 53,8% piensan que la situación de confinamiento ha afectado el trabajo en red con otros servicios, centros y/o entidades.

Sobre la preferencia de tipología de visita a hacer, un 46,2% manifiestan la prioridad por la visita presencial, un 15,4% la videovisita o la llamada telefónica, y un 46,2% la combinación de las tres.

La totalidad de los terapeutas y profesionales encuestados, el 100%, consideran interesante incluir la videovisita y las llamadas telefónicas en su práctica habitual. Y un 92,3% consideran que el trabajo telemático puede favorecer u optimizar la productividad/eficacia de las intervenciones.

Conclusiones

Ante los cambios impuestos por el virus SARS-CoV-2 y su enfermedad derivada, la covid-19, en este artículo hemos querido explicar cómo se han superado los problemas de carencia de preparación y contención ante los nuevos y radicales acontecimientos que evidentemente han afectado

la práctica asistencial del SAYSM-HUSJR. Así, queda patente, tal como apuntábamos en la introducción, la capacidad de adaptación a nuevas necesidades del Trabajo Social hospitalario, sobre todo liderando la intervención en momentos de crisis y facilitando el apoyo psicosocial necesario, como apuntan Andaluz et al. (2020), desde una planificación ágil y dinámica que permite priorizar intervenciones, seleccionar colectivos prioritarios y adaptar los servicios a las necesidades.

Cómo mencionábamos en la introducción, el impacto simbólico emocional y conductual, es decir, el surgimiento de la “pandemia psicológica” que Evangelidou (2020) describe, hace que desde la asistencia pública tuviéramos que afrontar y aportar los elementos de apoyo necesarios para acompañar a las personas usuarias del Servicio. En este sentido, se destacan los siguientes resultados: de la muestra del estudio, aumentaron el consumo un 40%, más del 60% reconocían tener un diagnóstico de salud mental y cerca de un 13% habían perdido el trabajo durante la pandemia. Estos datos evidencian que nos encontrábamos y encontramos ante una población en situación de vulnerabilidad.

El principal objetivo de los cambios adaptativos se concretó al intervenir en la mejora de la calidad de vida de las personas atendidas (Pacheco Mangas et al., 2020), hecho que ejemplifica la capacidad de resiliencia organizacional, que ha sido un factor clave para garantizar que las respuestas y los recursos de la organización se adecuaran a la demanda de los destinatarios del SAYSM-HUSJR en tiempo de pandemia y confinamiento. Principalmente, las personas usuarias del Servicio manifestaron, en más de un 80%, la sensación de tener más posibilidades de contactar con el Servicio en caso de urgencia, por el hecho de tener contacto directo telefónico o vía correo electrónico con su psicoterapeuta de referencia.

Durante este periodo, tal como se ha constatado, se hizo mucha más atención telefónica que videovisitas, puesto que los medios que se pusieron al alcance fueron mayoritariamente teléfonos móviles sin conexión. La respuesta se vio muy mediatizada por este tipo de apoyo. Las videovisitas llevadas a cabo se pudieron hacer en muchas ocasiones gracias al hecho de que los profesionales pusieron a disposición sus dispositivos personales cuando estaban teletrabajando. Es capital destacar la importancia de los servicios presenciales de los equipos de servicios mínimos, que permanecieron en sus puestos de trabajo de manera ininterrumpida durante el confinamiento de la población. La creación simultánea de un equipo de apoyo emocional para el resto de los trabajadores del centro hospitalario y la puesta en marcha del estudio con la colaboración de los alumnos en prácticas acaban de configurar la respuesta, rápida, creativa y necesaria, para afrontar las dificultades sobrevenidas.

Técnicamente, uno de los medios más importantes para poder continuar atendiendo eficientemente a nuestros pacientes ha estado poder trabajar con la historia clínica telemáticamente y también las medidas implementadas por el Departamento de Salud en relación con las facilidades para gestionar la receta electrónica. Estos han sido unos hechos muy relevantes para poder mantener una atención de calidad.

El apoyo y el servicio asistenciales se han visto afectados por las condiciones de no presencialidad, pero han resultado coherentes con el momento de la pandemia. Las videovisitas, aunque minoritarias, han permitido una intervención más próxima que las presenciales, y han abierto una puerta a la flexibilización de la presencialidad en el futuro. La modalidad telefónica también ha sido útil para realizar tareas de apoyo y una intervención psicoterapéutica orientada al cambio.

Toda esta experiencia acumulada, además del retorno progresivo a la presencialidad, nos permite hacer una apuesta por un apoyo técnico (cámara en la consulta) para mantener este ritmo de atención y estudiando la posibilidad de compaginar rapidez y celeridad con la puesta en marcha de los sistemas telemáticos.

Ponemos, pues, en evidencia algunas dificultades de este sistema (telemático) y el reclamo de la presencialidad por parte de ambas partes (profesionales y pacientes), puesto que en conclusión no es sustituible (un sistema virtual no puede superar la calidad humana). Aun así, lo que ahora se denomina “era covid” plantea la sostenibilidad de estos recursos en el tiempo. Por ejemplo, hay pacientes a los que, porque viven a muchos kilómetros de los servicios asistenciales, los nuevos sistemas telemáticos les facilitan mucho la atención y la accesibilidad. También hay que pensar desde un punto de vista ecológico las ventajas que la implementación de la teleasistencia también puede aportar, como la sostenibilidad y el aprovechamiento de los recursos cuando son necesarios.

En general, desde el punto de vista de los profesionales hay la sensación de que la productividad y la dedicación horaria ha aumentado con el teletrabajo dado que la gestión de los horarios en el teletrabajo requiere una reflexión a partir de esta experiencia nueva. En tiempo de confinamiento, en muchos casos, ha ido a favor de atender más, perdiéndose los límites de la jornada laboral, puesto que se han efectuado un número mayor de visitas. Este hecho, sin embargo, plantea que hay que estar atentos a analizar muy bien esta relación, porque no tendría que comportar perder la calidad asistencial de las intervenciones. Los cambios de las relaciones sociales y culturales acontecidos y también en la relación asistencial hacen que la relación de la ciudadanía y los profesionales de la atención sociosanitaria se transformen continuamente. Es necesario, pues, que el Trabajo Social, como disciplina, sea capaz de adaptarse a estos cambios, pero más importante todavía, que pueda ser un agente integrador de las diferentes disciplinas profesionales que reúnen servicios sociales y de atención a la salud en un ámbito tan complejo como es el de las adicciones. En síntesis, se hace evidente más que nunca, ante el SARS-CoV-2, que los medios telemáticos serán imprescindibles para adaptarnos de manera flexible a las necesidades colectivas.

ANEXO 1. CUESTIONARIO ADMINISTRADO A PACIENTES

- ID numérico:
1. Edad:
 2. Género:
 3. Nacionalidad:
 4. Estado civil:
 5. Tipo de vivienda:
 - Vivienda con jardín/patio
 - Vivienda sin jardín/patio
 - Piso con balcón o terraza
 - Piso
 - Piso compartido
 - No tengo vivienda fija
 - Otros:
 6. Metros cuadrados de la vivienda (aprox.):
 - Menos de 30 m²
 - Ente 31 y 50 m²
 - Entre 51 y 70 m²
 - Entre 71 y 100 m²
 - Más de 100 m²
 7. ¿Tiene espacio para relajarse, habitación individual, donde estar tranquilo?
 8. ¿Con quién vive actualmente?
 9. En caso de tener hijos/as indique qué edades tienen. (Ejemplos: *uno/a hijo/a de 4 años, dos hijos/se, uno/a de meses y uno/a de 2 años.*)
 10. ¿Tiene a su cargo a personas mayores? En caso afirmativo, indique cuántas y de qué edad. (Por ejemplo: *Tengo una persona mayor a cargo de 80 años; o Tengo dos personas a mi cargo de 77 y 74 años.*)
 11. ¿Tiene a su cargo personas con necesidades especiales? En caso afirmativo, indique cuántas y su condición.
 12. ¿Ha perdido el trabajo a causa de la crisis del coronavirus?
 - Sí
 - No
 13. Ejercicio:
 - Practico algunos días por semana
 - Practico todos los días
 - No practico
 14. Yoga/meditación:
 - Practico algunos días por semana
 - Practico todos los días
 - No practico
 15. ¿Toca algún instrumento?
 - Sí, algunos días por semana
 - Sí, todos los días
 - No
 16. Juega a videojuegos/móvil/tablet?
 - Sí, algunos días por semana
 - Sí, todos los días
 - No
 17. Mira la televisión / Netflix u otras plataformas /películas o series en línea?
 - Sí, todos los días
 - Sí, algunos días por semana
 - No suelo hacerlo
 18. Tiempo que dedica a mirar/escuchar noticias sobre el coronavirus:
 - No suelo hacerlo
 - Lo hago todos los días
 - Lo hago algunos días por semana
 19. ¿Sufre alguna enfermedad? En caso afirmativo, indique cuál.
 20. ¿Tiene algún problema psicológico diagnosticado? En caso afirmativo especifique cuál.
 21. Grado de confinamiento
 - Total
 - Funcional
 - Teletrabajo
 - Soy personal esencial
 22. Antes del confinamiento su estado de ánimo era...
 - Muy bajo
 - Bajo
 - Bueno
 - Muy bueno
 - Normal
 23. Durante el confinamiento su estado de ánimo es...
 - Muy bajo
 - Bajo
 - Bueno
 - Muy bueno
 - Normal
 24. Después del confinamiento su estado de ánimo se prevé...
 - Muy bajo
 - Bajo
 - Bueno
 - Muy bueno
 - Normal
 25. ¿Ha recibido apoyo por parte de los servicios sociales?
 - Sí
 - No
 26. ¿Le han multado por haber salido a la calle cuando iba a hacer tareas permitidas (compra de alimentos, ir a la farmacia, salir con algún familiar con necesidades especiales)?
 - Sí
 - No

27. ¿Está trabajando de cara en el público? Indique sí o no y de qué tipo de trabajo se trata.
Sí
No
28. ¿Ha sufrido enfermedad por coronavirus?
Sí
No
29. En caso afirmativo, ¿ha sufrido algún tipo de estigma por haber sido contagiado?
Sí
No
30. ¿Alguien de su entorno ha enfermado por coronavirus? En caso afirmativo explique quién (hermano/na, padre, madre...).
Sí
No
31. ¿Ha muerto alguna persona de su entorno por coronavirus? En caso afirmativo explique quién (hermano/na, padre, madre...).
Sí
No
32. ¿Está consumiendo alguna de estas sustancias durante el confinamiento?
Alcohol (cerveza, vino, ron, vodka, whisky...)
Tabaco
Cánnabis
Cocaína
Heroína
Anfetaminas
Medicación
Otras:
33. Durante el confinamiento, ¿está consumiendo más de lo normal, o menos de lo normal, alguna de las sustancias anteriores?
34. ¿Cuenta o ha contado con personas que se preocupan por lo que le pase? Sí o no y, en caso afirmativo, indique cuántas.
35. ¿Tiene posibilidad de hablar con alguien de sus problemas personales y familiares?
Sí
No
36. ¿Cómo se ha sentido con la atención que se le ha dado?
Satisfecho/a
Muy satisfecho/a
Insatisfecho/a
Muy insatisfecho/a
37. Ha mantenido contacto...
Mediante videovisita
- Telefónico
Por correo electrónico
38. ¿Conocía o utilizaba la videovisita anteriormente?
Sí
No
39. Le ha resultado útil?
Sí
No
40. ¿Le ha parecido adecuada la duración de las sesiones?
Sí
No
41. Ventajas de recibir atención telefónica:
42. Ventajas de recibir atención mediante videovisita:
43. ¿Qué desventajas considera que tienen las anteriores opciones de atención (videovisita o llamada telefónica)?
44. ¿Cree que de este modo tiene más posibilidades de contactar con el Servicio en caso de urgencia? Conteste sí o no y por qué.
45. En cuanto a la confidencialidad:
Me condiciona
No me condiciona
46. Cuando se comunica con el Servicio, ¿las personas de su entorno saben que está haciendo una visita terapéutica? En caso afirmativo, indique de qué manera esto le condiciona.
47. ¿Cree que el método de videovisita facilitaría el seguimiento terapéutico? Indique sí o no y los motivos.
48. ¿Qué le parecería que se intercalaran en su rutina de visitas habituales intervenciones de este tipo (videovisita)?
49. ¿Le facilitaría este método su actividad habitual por el hecho de no tener que desplazarse?
Sí
No
Otros:
50. Cree que la videovisita o la llamada telefónica:
Facilita la entrevista
Se echa de menos el contacto presencial
51. ¿Podría definir qué aspecto ha ido mejor con la implementación de estos métodos de comunicación durante el confinamiento?

ANEXO 2. CUESTIONARIO ADMINISTRADO A PROFESIONALES DEL SAySM-HUSJR

- Edad: puede tener una influencia relevante en la compilación de información?
- Sexo: Tiene efecto pero no la dificulta
Tiene efectos perjudiciales
No tiene efectos significativos
Otros:
- Profesión:
- ¿Cuáles son los principales inconvenientes que ha encontrado a la hora de teletrabajar?
Falta del lenguaje no verbal
No tener un espacio de trabajo
Falta de proximidad con el paciente
Problemas tecnológicos
Interrupciones inesperadas (familiares, médicas...)
Otros:
 - ¿Sus condiciones horarias se mantienen igual que antes del confinamiento?
Sigo el horario establecido
Los horarios son más flexibles
Me adapto a las necesidades de los pacientes
Me adapto a los ritmos de la vida doméstica
Otros:
 - ¿Cree que la situación de confinamiento dificulta su trabajo?
Sí, mucho
No mucho
Lo facilita
No lo afecta
Especifique:
 - ¿De qué manera cree que puede afectar a los pacientes recibir terapia de forma telemática durante el confinamiento?
Positivamente porque así el proceso terapéutico mejora
Negativamente porque valoran más la atención presencial o directa
Negativamente porque así el proceso terapéutico empeora
No les afecta
Otros:
 - ¿Cree que la situación de confinamiento puede afectar a los progresos de los pacientes?
Sí, mejoran
Sí, empeoran
No afecta
Motivos:
 - En pacientes nuevos, ¿cree que la toma de contacto de forma no presencial
 - ¿Cree que en general ha aumentado la asistencia a las sesiones?
Ha aumentado la asistencia
Se mantiene constante
Los pacientes fallan más
 - ¿Y, en concreto, en personas que acostumbraban a ausentarse?
Ha aumentado la asistencia
Ha disminuido la asistencia
No ha afectado
Motivos:
 - En lo referente a la posibilidad de hacer la consulta por teléfono; ¿cree que puede aumentar la frecuencia de visitas o el número de llamadas entre la actividad programada?
Sí
No tiene efecto
Motivos:
 - ¿Cree que esta situación se mantendrá después del confinamiento?
Sí
No
Motivos:
 - ¿Cree que la situación de confinamiento puede afectar el seguimiento del paciente? ¿Por qué?
Sí, lo mejora
Sí, lo dificulta
No, todo es igual / no hay ningún efecto
Motivo:
 - ¿Cree que la relación terapéutica que se había establecido con sus pacientes se ha visto influenciada por el confinamiento?
Sí, positivamente
Sí, negativamente
No
Motivos:
 - ¿Cree que los pacientes tienen un apoyo profesional adecuado en estos momentos?
Sí en general
No en general
Depende de cada situación
Especifique:

14. ¿Cuál es el perfil de paciente que se puede ver más afectado en la hora de hacer la terapia de forma telemática?
Pacientes psicóticos (especifique)
Pacientes neuróticos (especifique)
Trastornos de personalidad (especifique)
Pacientes jóvenes
No hay ningún perfil determinado
Otros:
15. ¿Cuál cree que es el perfil de paciente que se puede ver más beneficiado a la hora de hacer la terapia en línea?
Pacientes psicóticos (especifique)
Pacientes neuróticos (especifique)
Trastornos de personalidad (especifique)
Pacientes jóvenes
No hay ningún perfil determinado
Otros:
16. ¿Cree que en la situación actual de confinamiento hay los recursos necesarios para poder mantener la interdisciplinariedad?
Sí
No
Otros:
17. ¿Cuáles serían los medios imprescindibles para poder mantener la interdisciplinariedad?
Llamada
Videollamada
18. ¿Cree que la situación de confinamiento puede afectar el trabajo en red con otros centros y/o entidades? (Por ejemplo: servicios sociales, centros penitenciarios...)
Sí
No
Motivos:
19. ¿Qué tipo de visita prefiere hacer?
Presencial
Videovisita
Llamada
Combinación entre las tres
20. ¿Qué herramientas o técnicas terapéuticas usa con los pacientes en este medio?
Las mismas que presencialmente
Puedo usar menos que presencialmente
Otra diferente: ¿cuál?
21. ¿Considera que sería interesante incluir esta opción de llamadas/ videovisitas en la práctica habitual?
Sí
No
Motivos:
22. ¿Cree que el trabajo telemático puede favorecer u optimizar la productividad/eficacia de las intervenciones?
Sí
No
Motivos:

Referencias bibliográficas

- Almazán C., Espallargues M., Oliva G. (2002). Dissenys d'estudi en recerca clínicoepidemiològica. Part I: estudis descriptius. *Pediatrics Catalana*, 62, 196-205. *Annals de Medicina*. http://webs.academia.cat/revistes_elect/view_document.php?tpd=2&i=1490
- Andaluz, L., Cid Outeirño, M., Mosquera Vázquez, A. M., Rodríguez Sierra, M., Vázquez Pombo, A., y Vilar Pumares, M. (2020). Evolución de la intervención social en el ámbito hospitalario en contexto de Covid 19. Experiencia y transformación en el Servicio de Trabajo Social del CHUAC. *Servicios Sociales y Política Social*. XXXVII (monográfico especial), 169-175. *Servicios sociales y política social*. <https://www.serviciosocialesypoliticassociales.com/evolucion-de-la-intervencion-social-en-el-ambito-hospitalario-en-contexto-de-covid-19-experiencia-y-transformacion-en-el-servicio-de-trabajo-social-del-chuac>
- Bedford, J., Enria, D., Giesecke, J., Heymann, D. L., Ihekweazu, C.; Kobinger, G., Clifford Lane, H., Memish, Z, Myoung-don, O. Alpha Sall, A., Schuchat, A., Ungchusak, K., y Wieler, L. H. (2020). COVID-19: towards controlling of a pandemic. *The Lancet*, 395(10229), 1015-1018. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30673-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30673-5)
- Carinci, F. (2020). Covid-19: Preparedness, decentralisation, and the hunt of patient zero. Editorial. *British Medical Journal*, 368. <https://doi.org/10.1136/bmj.m799>
- Casas Anguita, J., Repullo Labrador, J. R., y Donado Campos, J. (2003). La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I). *Atención Primaria*, 31(8), 527-538.
- Evangelidou, S. (2020). Imperatives of self-care and idioms of resilience during the covid-19 outbreak: An insight from psychiatric anthropology. En S. Evangelidou y A. Martínez-Hernández (Eds.), *RESET: Reflexiones antropológicas ante la pandemia de COVID-19* (p.67-69). Publicacions Universitat Rovira i Virgili. <http://llibres.urv.cat/index.php/purv/catalog/download/448/465/1046-1?inline=1>
- Garcés Trullenque, E. M. (2010) El trabajo social en salud mental. *Cuadernos de Trabajo Social*, 23, 333-352.
- García López, R. (2004). Salud mental comunitaria ¿Una tarea interdisciplinaria? *Cuadernos de Trabajo Social*, 17, 273-287. Universidad Complutense de Madrid. <https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS0404110273A>

- Linnenluecke, M. K. (2017). Resilience in business and management research: A review of influential publications and a research agenda. *International Journal of Management Reviews*, 19(1), 4-30.
- López, R. E., y Deslauriers, J. P. (2011). La entrevista cualitativa como técnica para la investigación en Trabajo Social. *Margen*, 61, 1-19. Margen. <http://www.margen.org/suscri/margen61/lopez.pdf>
- Llord, A. (2020). Outsiders: subalternidad inconfiable. En S. Evangelidou y A. Martínez-Hernández (Eds.), *RESET: Reflexiones antropológicas ante la pandemia de COVID-19* (p.151-153). Publicacions Universitat Rovira i Virgili.
- Matus Sepúlveda, T. (2020). Innovar la innovación: una propuesta para trabajar lo social. *Revista de Treball Social*, 219, 13-52. <https://doi.org/10.32061/RTS2020.219.01>
- McCoyd, J. L. M., y Schwaber Kerosm, T. (2016). *Social Work in health settings: Practice in context*. Routledge.
- Meneses, J., y Rodríguez, D. (2011). *El cuestionario y la entrevista*. Editorial UOC.
- Pacheco Mangas, J., Palma García M., y Hombrados Mendieta, I. Resiliencia y cultura organizacional de los servicios sociales en la era de la digitalización. *Revista Prisma Social*, 29, 123-137. <https://revistaprismasocial.es/article/view/3603>
- Real Decreto 436/2020, de 14 de marzo, por el que declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. BOE núm. 67 § 3692 (2020).
- Román, B. (2013). La importancia de la Ética en los Servicios Sociales. *Bioética & debat*, 19(69), 3-6. Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6080598>
- Shanafelt, T., Ripp, J., y Trockel, M. (2020). Understanding and Addressing Sources of Anxiety among Health Care Professionals during the COVID-19 Pandemic. *Journal of the American Medical Association*, 323(21), 2133-2134. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.5893>
- Subdirección General de Drogodependencias, Agencia de Salud Pública de Cataluña, Departamento de Salud. (2020). *Sistema d'Informació de Drogodependències de Catalunya: Informe anual 2019*. Generalitat de Catalunya. Recuperado 8 noviembre 2021, de http://drogues.gencat.cat/web/.content/minisite/drogues/professionals/epidemiologia/docs/INFORME-SIDC-2019_ok.pdf
- Sutcliffe, K. M., y Vogus, T. J. (2003). Organizing for Resilience. En K. Cameron, J. E. Dutton y R. E. Quinn (Eds.), *Positive Organizational Scholarship* (p. 94-110). Berrett-Koehler.

Vogus, T. J., y Sutcliffe, K. M. (2007). *Organizational resilience: Towards a theory and research agenda*. Ponencia presentada en IEEE International Conference on Systems, Man and Cybernetics, Montreal.