



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE

Centro de Políticas Públicas UC

Lineamientos para una intervención social clínica hospitalaria en crisis sanitaria



TEMAS DE LA AGENDA PÚBLICA

Año 16 / N° 135 / Abril 2021
ISSN 0718-9745

Lineamientos para una intervención social clínica hospitalaria en crisis sanitaria

CAROLINA MUÑOZ

KARLA GONZÁLEZ

MARÍA OLAYA GRAU

JORGE FARAH

PAULA MIRANDA

NICOLLE ALAMO

XIMENA DE TORO

SOFÍA CILLERO

Escuela de Trabajo Social UC

MIGUEL CILLERO

Fundación Cideni

1. Introducción

Para mediados de noviembre del año 2020 la pandemia del COVID-19 había afectado a cerca de 50 millones de personas en el mundo y sobre medio millón en Chile. Para hacer frente a esta crisis sanitaria, los gobiernos han tomado una serie de medidas, incluyendo el aislamiento de la población en sus casas y de los(as) pacientes en unidades especiales, lo que ha generado un conjunto de efectos a nivel psicosocial que se ven agudizados por otras consecuencias adversas, tales como la contracción económica y el desempleo.

Los impactos en la salud mental empeoran cuando se contrae el virus o cuando se tiene un familiar afectado por la pandemia. De allí que para atender dicha afectación se ha levantado un conjunto de recomendaciones y estrategias de apoyo psicosocial para los(as) pacientes y sus familias, lo que ha implicado múltiples desafíos.

En nuestro país, y a solicitud de la Presidencia de la República, se estableció una alianza entre la Fundación Iberoamericana de Derechos de Infancia y Familia (Cideni) y la Escuela de Trabajo Social de la Pontificia Uni-

versidad Católica de Chile para contribuir a enfrentar a nivel hospitalario en la Región Metropolitana la crisis que estaban viviendo las familias y los(as) pacientes contagiados por COVID-19 desde la perspectiva de la salud mental y social. Es así como se implementó el proyecto Modelo de Atención Social Clínica en contexto de pandemia, en adelante Reconectando, el cual es revisado en este artículo con el objetivo de establecer lineamientos para una intervención social clínica hospitalaria en crisis sanitaria.

El programa contempló la contratación de equipos de coordinación, de supervisión y de 70 trabajadores(as) sociales para prestar servicios profesionales en 21 hospitales de la Región Metropolitana seleccionados por la Presidencia, y que se encontraban con prohibición de visitas. El diseño del proyecto se enfocó en el acompañamiento terapéutico a pacientes y familias, basándose en las recomendaciones desarrolladas por la “Mesa Social: salud mental y bienestar psicosocial” organizada por entidades gubernamentales. Algunos de los principales elementos de este programa fueron:

- Estrategia de seguimiento y monitoreo de pacientes hospitalizados, para asegurar su trazabilidad, así como un flujo de información regular sobre el estado de salud de cada paciente para ser entregado a sus familiares.
- Estrategia de contención y habilitación emocional para afrontar problemas de salud mental, junto con la detección de casos más complejos que requerían ser derivados a la red de salud mental correspondiente.
- Apoyo, orientación y gestión para poder acceder a distintos beneficios sociales asociados a la pandemia.
- Apoyo y acompañamiento en el proceso de fin de vida, además de procurar una muerte digna. Esto incluyó, entre otras acciones, la realización de ritos de despedida mediante el uso de la tecnología, considerando que la restricción de la dimensión social en este proceso -producto del COVID-19- podría complejizar los procesos de duelo de las familias.
- Supervisión clínica de los(as) trabajadores(as) sociales por parte de académicas de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad Católica, con el propósito de entregar y reforzar conocimientos, fortalecer competencias y capacidades, proporcionar contención y soporte emocional a los profesionales, favorecer su autocuidado y velar por la atención de los equipos.
- Supervisión técnica en terreno, cuyo foco era procurar la efectividad y la continuidad operativa del trabajo en los hospitales.

Posteriormente se sistematizó el proceso con la finalidad de desarrollar un modelo de atención social clínico para futuras crisis sanitarias. El presente artículo tiene como objetivo presentar la propuesta del modelo de atención social clínico revisado luego de un análisis de la literatura y de los registros elaborados por los profesionales. Para ello se dará cuenta de: i) lo que la literatura señala sobre las consecuencias psicosociales de los pacientes afectados por COVID-19 y sus familias, junto con las iniciativas y recomendaciones que han surgido para atender dichas necesidades; ii) una caracterización en términos cuantitativos y cualitativos de las prestaciones del programa Reconectando, junto con los facilitadores, obstaculizadores y competencias profesionales necesarias para la implementación; y iii) la propuesta del modelo de intervención social clínica hospitalaria en crisis sanitaria para la salud pública.

El análisis de la literatura y de las prestaciones de Reconectando tuvo tres focos principales: primero, aquellas iniciativas efectivas de canales de comunicación con las familias en términos médicos y sociales; segundo, aquellas ideas efectivas para la contención social y emocional de las familias y pacientes; y tercero, las acciones para acompañar el proceso de fin de vida, una muerte digna y el manejo del duelo, buscando identificar las mejores estrategias para atender las necesidades de acompañamiento y apoyo terapéutico de los pacientes y sus familias. Se analizaron también las principales similitudes y diferencias entre lo señalado por la literatura y la experiencia del Reconectando, así como también los principales desafíos, relevando aquella evidencia clave. Finalmente, se entregarán algunas consideraciones respecto del modelo de gestión para la implementación de esta propuesta y las conclusiones obtenidas y relacionadas con los principales postulados del modelo.

2. COVID-19 y salud mental: revisión del estado del arte

2.1 Consecuencias psicosociales en pacientes y familias

Un amplio cuerpo de investigación (Abad, Fearday y Safdar, 2010; OMS, 2018; Chen et al., 2020; Shi et al., 2020; Usher et al., 2020; Wang et al., 2020; Drefahl et al., 2020; Qin et al., 2020; Joseph et al., 2020; Lewis, 2020; Liang et al., 2020; McCracken et al., 2020; Pierce et al., 2020; Havnen et al., 2020) ha abordado las consecuencias de las emergencias sanitarias en la salud mental de la población. La investigación sobre las consecuencias psicosociales de la pandemia se presenta como un área en desarrollo, y entre estas, principalmente en relación con las cuarentenas establecidas se menciona una mayor ansiedad, el miedo, la desesperanza, los trastornos del sueño y de la alimentación, además de la depresión y la presencia de sentimientos de culpa. Lo anterior se agudiza cuando hay otras condiciones de riesgo, ya sea en términos de salud (física y/o mental) o de tipo social. De hecho, la mortalidad por COVID-19 de personas que presentan algún tipo de vulnerabilidad social es mayor, lo que da cuenta de que el entorno social ejerce una carga desigual sobre los miembros más desfavorecidos de la sociedad. Se presume que dichas consecuencias tendrán un impacto importante en la salud mental de la población a mediano y largo plazo.

Tales estresores se agravan en la población hospitalizada por COVID-19 y en sus familias. Estar hospitalizado

es, en sí misma, una situación de estrés que, en este caso, se ve agravada por la indumentaria que utilizan los equipos de salud para protegerse del virus y que dificulta la comunicación y el vínculo; el aislamiento para evitar que familiares y/o equipos de salud se contagien, y el miedo e incertidumbre por los efectos de un virus posiblemente mortal. Más complejo aún es el aislamiento en grupos específicos, como son los(las) niños(as) o grupos que tienen alguna enfermedad mental de base o discapacidad, y que requieren de un familiar para comunicarse (Havnen et al., 2020; Joseph et al., 2020; Marler y Ditton, 2020; Montauk y Kuhl, 2020; Paz et al., 2020; Qin et al., 2020; Roth, Upadhyay y Paul, 2020; Sim y How, 2020; Wilson et al., 2020; Xiang et al., 2020).

En el caso de los(as) pacientes, si bien algunos(as) prefieren morir solos para proteger a sus familias, otros preferirían estar acompañados(as) en sus últimos días, por lo cual las restricciones impuestas para dicho acompañamiento han atentado contra la dignidad de las personas enfermas y la humanización del proceso de muerte (Strang et al., 2020). Adicionalmente, la literatura producida durante las emergencias epidémicas destaca que las personas que contraen la enfermedad a menudo son estigmatizadas, discriminadas y sujetas a la pérdida de estatus por su asociación con esta (Joseph et al., 2020; Lasalvia, 2020; Sonis et al., 2020).

Para las familias, uno de los aspectos más complejos de esta pandemia es la imposibilidad de estar físicamente cerca del familiar enfermo cuando está en sus últimos momentos de vida, lo que añade más sufrimiento a una experiencia de por sí dolorosa. Al verse los familiares excluidos, estos presentan más dificultades para comprender las necesidades de sus seres queridos, tomar decisiones en su nombre, vincularse con los equipos de salud y, en definitiva, confiar en que el(la) paciente está bien cuidado(a), lo que trae considerables consecuencias sociales y existenciales para todos ellos (Montauk y Kuhl, 2020).

2.2 Iniciativas y recomendaciones

A partir de las publicaciones disponibles fue posible identificar una serie de iniciativas a nivel internacional para atender las necesidades psicosociales de los(as) pacientes afectados(as) por la pandemia y sus familias, así como para acompañar adecuadamente al personal sanitario. Se describen a continuación las principales recomendaciones en relación con los tres focos de interés de este artículo: a) comunicación, b) contención socioemocional y c) acompañamiento del fin de vida.

a. Canales de comunicación

La pandemia ha afectado drásticamente las formas de comunicarse con los(las) pacientes y familias, generando un profundo pesar en ellos(as), así como un estrés adicional a los equipos de salud, que se han enfrentado a nuevos desafíos en la comunicación (Marra et al., 2020; Wilson et al., 2020). En cuanto a las recomendaciones, se advierte la importancia no solo de lo que se comunica, sino también de cómo se hace, destacándose el uso de la tecnología como una herramienta de gran utilidad, pero cuya utilización requiere una preparación para no deshumanizar el trato ni debilitar el vínculo.

Se destaca que la reunión familiar, concebida como una piedra angular para la toma de decisiones compartidas con relación al (a la) paciente, no debe desatenderse por la pandemia. Dicho espacio facilita el intercambio de información que permite a las familias y a los equipos clínicos alinearse con los objetivos y valores del (de la) paciente, mientras se atienden las necesidades emocionales de este(a) y su grupo familiar (Kuntz et al., 2020; Simpson, Milnes y Steinfors, 2020).

Con respecto a qué se comunica, la literatura (Flint y Kotwal, 2020; Holstead y Robinson, 2020; Scott y Van Scoy, 2020; Ting et al., 2020; Xiang et al., 2020) recomienda una comunicación centrada en el (la) paciente, clara, con actualizaciones precisas sobre la enfermedad con el fin de hacer frente a su sensación de incertidumbre y miedo, junto con información sobre el tratamiento, planes, informes de progreso y actualizaciones del estado de salud. En cuanto a cómo se comunica, la literatura advierte la importancia de que los equipos de salud desarrollen más que nunca una comunicación oportuna, frecuente, compasiva, empática y que reconozca el estrés y angustia que pueden estar experimentando los(as) pacientes y/o familiares por la incertidumbre de la enfermedad.

En tanto, se describe que el estrés que están viviendo los equipos de salud y su propia afectación emocional (por ejemplo, fatiga por compasión, trauma moral o *burnout*) pueden afectar sus posibilidades de brindar una comunicación compasiva. De allí que se recomiende atender dichas necesidades para que los equipos puedan brindar un acompañamiento de mejor calidad (Billingsley, 2020; Chochinov, Bolton y Sareen, 2020; Flint y Kotwal, 2020; Joseph et al., 2020; Liang et al., 2020; Marler y Ditton, 2020; Valley et al., 2020).

Si bien la evidencia emergente apoya el uso de consultas por video con pacientes y familiares como método de

comunicación accesible que puede mejorar la presencia terapéutica de los equipos de salud en comparación con una llamada telefónica (Ting et al., 2020), se debe considerar que el uso de la tecnología no siempre es compatible para la población de adultos mayores (Sonis et al., 2020). También hay que tomar ciertas consideraciones con personas en situación de discapacidad, pacientes que no hablan el idioma de referencia y con los(as) niños(as). Es posible también que exista un acceso limitado a las tecnologías de la comunicación en los centros de salud. Esto revela que el salto a la tecnología requiere un proceso reflexivo mayor y una planificación de la comunicación atendiendo las particularidades de cada caso (Flint y Kotwal, 2020; Wilson et al., 2020).

Como herramienta para la comunicación efectiva por parte de los equipos de salud, se recomienda memorizar algunas reglas mnemotécnicas para relacionar conceptos vinculados a una comunicación compasiva con más facilidad (Sonis et al., 2020). También han surgido algunas aplicaciones, videos y guías gráficas para poder apoyar a los equipos de salud con ejemplos sobre cómo enfrentar conversaciones complejas en el contexto de la pandemia, que buscan facilitar el acceso a la amplia cantidad de información recogida en manuales y documentos (Gray y Back, 2020; Scott y Van Scoy, 2020).

b. Contención social y emocional

Otras epidemias han dejado de manifiesto la importancia de los cuidados paliativos, definidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) como la prevención y el alivio del sufrimiento de los(as) pacientes y sus familias cuando se enfrentan a problemas asociados con enfermedades potencialmente mortales. Frente a infecciones que amenazan la vida, la OMS sugiere atender no solo el sufrimiento físico, sino también el sufrimiento emocional (efectos en el estado de ánimo producto de la enfermedad, de la estigmatización o del tratamiento), social (extrema pobreza, estigma social, aislamiento, extrema vulnerabilidad) y espiritual (pérdida de sentido de vida), mediante estrategias de cuidado paliativas específicas y equipos multidisciplinarios estables que puedan brindar apoyo de salud mental a los(as) pacientes, familiares y trabajadores(as) de la salud.

Entre las recomendaciones de la literatura para aliviar el sufrimiento emocional y social de los pacientes y sus familias se señala (OMS, War Trauma Foundation y Visión Mundial Internacional, 2012; 2018; Montauk y Kuhl, 2020; Özmete y Pak, 2020; Valley et al., 2020; Xiang et al., 2020):

- Brindar primera ayuda psicológica, comprendida como un modo de ayuda práctico, humano y no invasivo, en vez del *debriefing* psicológico o la ventilación emocional mediante la descripción sistemática de las sensaciones y reacciones luego del hecho traumático, un tipo de intervención que ha demostrado no ser efectiva.
- Organizar grupos de apoyo psicosocial voluntario para pacientes, sobrevivientes y familiares en duelo.
- Realizar educación sobre la enfermedad para reducir el miedo y el estigma, junto con proporcionar apoyo espiritual.
- Brindar información periódica a pacientes y familiares.
- Garantizar el contacto de los(as) pacientes con sus familias mediante salas de aislamiento que permitan a los(as) pacientes comunicarse con sus familiares a distancia o mediante apoyos tecnológicos. Se ha estudiado que el apoyo social es uno de los grandes recursos para enfrentar situaciones adversas, siendo un factor protector contra los problemas de salud mental y físicos que pueden venir tras una situación estresante.
- No forzar el contacto visual cuando familiares y/o pacientes puedan negarse a sostener una videollamada por la impresión que puede generar dicho contacto, privilegiando la llamada telefónica.
- Que los equipos que se comunican con familias y pacientes reconozcan la singularidad y lo difícil de esta situación, validen la afectación emocional y la incertidumbre que todos están sintiendo y expliquen la necesidad de servicios de salud mental y la búsqueda de tratamiento.
- Brindar técnicas para afrontar el estrés, pues para la mayoría de los pacientes los problemas emocionales son parte de una respuesta adaptativa a una situación de agobio de alto impacto.
- Que pacientes sospechosos puedan recibir exámenes clínicos periódicos de depresión, ansiedad y riesgos suicidas, junto con tratamientos oportunos para aquellos que presentan dichos síntomas.

Con respecto al equipo médico la literatura recomienda:

- Realizar exámenes periódicos al personal involucrado en el tratamiento y diagnóstico de pacientes con COVID-19 para evaluar el estrés, la depresión y

la ansiedad mediante el uso de equipos de psiquiatría multidisciplinarios.

- Complementar lo anterior con espacios de supervisión para los(as) trabajadores(as) que entregan apoyo socioemocional, que permita generar un soporte frente al estrés al que están expuestos(as) y puedan así contener mejor emocionalmente a los(as) pacientes y familiares.

c. Apoyo y acompañamiento en el proceso de fin de vida y el manejo del duelo

En este ámbito la evidencia subraya la relevancia de considerar un enfoque centrado en la persona que considere los antecedentes culturales y las prácticas de los(as) afectados(as), especialmente en el ámbito religioso o espiritual (Joseph et al., 2020). Asimismo, se llama a no desatender por la crisis sanitaria la humanización del proceso de muerte en tres aspectos éticos: morir acompañado, con la posibilidad de despedirse y con asistencia espiritual (García Sánchez, 2020).

Por otro lado, la investigación ha demostrado que la forma en que los(as) pacientes en sus últimos días de vida se perciben a sí mismos(as) es reflejo de la actitud de los equipos de salud hacia ellos(as), lo que hace de esta situación el predictor más relevante para mantener el sentido de dignidad al final de la vida, mientras que la falta de apoyo social y el no sentirse valorado(a) o respetado(a) pueden socavar dicho sentir (Chochinov, Bolton y Sareen, 2020). Aquí también cabe destacar las aplicaciones que han surgido para apoyar a los equipos de salud con recursos de apoyo paliativos (Lai et al., 2020; Roberts et al., 2020).

De acuerdo con la literatura (Bajwah et al., 2020; Ferrell et al., 2020; García Sánchez, 2020; Lai et al., 2020; Roberts et al., 2020; Strang et al., 2020; Tenorio, Johnson y Grudier, 2020; Ting et al., 2020), otras recomendaciones para una muerte digna en condiciones de aislamiento son:

- Mantener las discusiones sobre el final de la vida y/o la planificación anticipada del cuidado para guiar al (a la) paciente y a su familia en la transición de un estado de incertidumbre a un estado de comprensión, y a veces de aceptación.
- La creación de proyectos de legado para asistir a los(as) pacientes y familiares a crear memorias y recuerdos de los seres queridos.

- Brindar una comunicación proactiva, sensible, honesta y regular a los(as) familiares.
- Permitir que los(as) familiares se despidan de forma presencial, siempre que sea posible, con el equipamiento de protección necesario o apoyando reuniones virtuales de despedida.
- Proveer apoyo emocional y espiritual a pacientes y familiares durante todo el proceso de muerte y posterior al fallecimiento.
- Informar y orientar acerca de los servicios disponibles de apoyo al duelo y alentar a los(as) familiares para que accedan a dichos servicios de manera oportuna.
- Ofrecer oportunidades para prácticas espirituales.
- Formar a los(as) proveedores(as) de salud en temáticas relativas a la angustia espiritual, la presencia compasiva, la evaluación y el tratamiento integral de la persona y la comunicación esencial con respecto al cuidado espiritual.

2.3 Desafíos para el país a partir de la revisión de la literatura

A partir del impacto psicosocial de las pandemias a nivel mundial, el desarrollo e implementación de servicios de evaluación, apoyo y tratamiento en salud mental tienen que ser un objetivo crucial y urgente para responder al brote del COVID-19 (Xiang et al., 2020). Tomar acciones que permitan preparar a los equipos de salud es clave para prevenir consecuencias más graves en la salud mental de la población por aquellas hospitalizaciones y/o fallecimientos que no consideraron un acompañamiento de calidad. También cobra sentido para prevenir un mayor desgaste en los equipos de salud. Asimismo, es importante investigar sobre las consecuencias psicosociales de la pandemia en el país y analizar las variables que podrían explicar el impacto asociado, incluyendo el tipo de prestaciones recibidas, de manera tal de informar futuras acciones preventivas.

Se enfatiza, a su vez, que los cuidados paliativos integrales no son opcionales sino parte esencial de todas las respuestas humanitarias a las emergencias y crisis humanitarias, siendo la presente pandemia una oportunidad para reflexionar sobre su rol fundamental (OMS, 2018; Ferrell et al., 2020). Esto implica redefinir los modelos tradicionales de cuidados paliativos en condiciones de aislamiento e identificar los procesos necesarios para

brindar este tipo de cuidados de forma personalizada (Ritchey et al., 2020).

3. Caracterización de las prestaciones del programa Reconectando

A través del programa Reconectando, que implicó la incorporación de un conjunto de trabajadores(as) sociales para atender las necesidades psicosociales de la población hospitalizada por COVID-19 y sus familiares, se realizó un conjunto de prestaciones que fueron registradas en una aplicación móvil para así facilitar su seguimiento y monitoreo. Dicha plataforma permitía a los(las) profesionales registrar las principales necesidades de los(as) pacientes o familiares y las acciones e información entregada durante la atención. Junto con el análisis de dichas cifras y para indagar con mayor profundidad en las estrategias de intervención efectivas en los tres focos de interés, se analizaron todas las fichas de

registros de las atenciones, 68 informes finales (uno por cada profesional, de un total de 70), los informes de evaluación de las supervisoras clínicas y los informes de los espacios de formación. Lo anterior se complementó con información entregada en un grupo de discusión con los encargados de la ejecución del programa Reconectando (profesionales de Cideni y profesores(as) de la Escuela de Trabajo Social UC).

3.1 Características generales

A lo largo del programa se hicieron cerca de 11.300 atenciones a pacientes y familiares¹. Los diagnósticos realizados en cada atención arrojaron que la principal necesidad evidenciada era saber sobre el estado del paciente (en el caso de los(as) familiares), seguido por la necesidad de contar con apoyo psicosocial y emocional (tanto en pacientes como en familiares).

Tabla 1. Diagnóstico psicosocial por cada atención a pacientes y/o familiares

	Entrega de información del estado de salud del paciente	Entrega de insumos, materiales o artículos de primera necesidad	Apoyo psicosocial-emocional	Orientación sobre beneficios sociales	Acciones de coordinación con la red	Ejecución de visita domiciliaria
N° de atenciones	7.600	1.095	3.024	822	1.160	178
% del total de las atenciones registradas	66,7%	9,6%	26,6%	7,2%	10,2%	1,6%

Fuente: elaboración propia.

Con respecto a las prestaciones realizadas en los tres focos de interés (comunicación, contención socioemocional y afrontamiento de la muerte digna), a continuación se entrega el detalle de dichas prestaciones, pudiendo

un(a) usuario(a) (paciente o familiar) recibir más de un tipo. En consonancia con las necesidades diagnósticas, en las atenciones se brindó especialmente información sobre el estado de salud del (de la) paciente.

¹ Se registraron aproximadamente 11.300 atenciones a pacientes y/o familiares. Sin embargo, las cifras presentadas en las tablas presentan pequeñas diferencias entre ellas, que se explican por datos que no fueron registrados (datos perdidos).

Tabla 2. Descripción de las intervenciones realizadas con el (la) paciente y/o su familia

	Informar sobre el estado de salud del paciente	Orientación sobre beneficios	Coordinación con la red	Entrega de insumos materiales	Contención emocional	Asistencia material al fallecimiento	Asistencia emocional al fallecimiento	Asistencia administrativa funeraria
Hospitales del Servicio Salud Central n=3	661	131	336	89	720	4	26	10
Hospitales del Servicio de Salud Norte n=6	3.142	381	233	383	1.697	8	45	51
Hospitales del Servicio de Salud Oriente n=3	664	93	226	35	239	19	91	65
Hospitales del Servicio de Salud Sur n=6	1.516	88	72	92	282	16	6	2
Hospitales del Servicio de Salud Sur Oriente n=3	669	152	213	31	275	2	6	3
Total de atenciones	6.652	845	1.080	630	3.247	49	176	131
% del total de atenciones	58,9%	7,4%	9,5%	5,5%	28,5%	0,4%	1,5%	1,2%

Fuente: elaboración propia.

A modo general, el 60,7% de las atenciones brindadas a las familias fue con la finalidad de informar sobre el estado de salud del (de la) paciente, seguido de la gestión de casos, es decir, una gestión de recursos y/o cuidados a partir de las necesidades sociales o emocionales identificadas (37,3%), y en menor medida de atenciones por fallecimiento (1,9%), lo que se podría explicar debido a que la entrada de los profesionales se produjo con posterioridad al punto más complejo de la pandemia del año 2020.

3.2 Canales de comunicación

En cuanto a los medios para comunicarse, tal como se demuestra en la Tabla 3, la mayoría de las atenciones con los(as) pacientes se hizo de forma presencial, mientras que en el caso de las atenciones realizadas a tutores u otros familiares, la mayoría se hizo por teléfono.

Tabla 3. Descripción del tipo de contacto establecido con pacientes y familiares

Contactos	Presencial	Online	Telefónica
Contactos realizados con paciente (n=2.134)	1.436 67,3%	421 19,7%	277 13%
Contactos realizados con tutor designado (n=7.609)	511 6,7%	2.080 27,3%	5.016 65,9%
Contactos realizados con otros (n=1.614)	301 18,6%	480 29,7%	833 51,6%
Contactos realizados con otros (n=1.614)	2.248	2.981	6.126
% del total	19,7%	26,2%	53,9%

Fuente: elaboración propia.

Mientras que el contacto telefónico era para entregar información, las videollamadas tenían como objetivo fortalecer la vinculación paciente-familia. En cuanto a la frecuencia, los(as) profesionales refieren que el contacto con las familias se hizo de manera diaria, aunque en ocasiones la alta carga laboral de los(as) trabajadores(as) sociales dificultó dicho contacto. La información del progreso de la enfermedad era entregada por el personal médico previa coordinación del (de la) trabajador(a) social; sin embargo, una dificultad que surgió era que no siempre los(as) trabajadores(as) sociales estaban informados(as) de la situación de salud del (de la) paciente, que era una temática de interés primordial para las familias, o que no siempre estaba el personal de salud disponible para realizar dichas llamadas. De ahí que se destaque la necesidad de contar con otros medios en línea y personalizados para hacer seguimiento de la situación de salud por parte de los(as) familiares y así evitar que acudan al centro de salud para obtener más información, exponiéndose a un riesgo mayor.

En ocasiones se coordinaron videollamadas multidisciplinarias (por ejemplo, trabajadores(as) sociales, médicos, kinesiólogos(as), fonoaudiólogos(as)) con la finalidad de mostrar a los(as) familiares los avances logrados o facilitarles la comunicación a aquellos(as) pacientes con dificultades para hablar producto de algunos procedimientos. Adicionalmente la comunicación con las familias tuvo como finalidad informar sobre los procesos administrativos vinculados a la hospitalización o a qué tipo de beneficios sociales, previsionales y legales el (la) paciente podía acceder. En ocasiones se hizo la gestión directa del beneficio.

Cabe destacar algunos giros inesperados que dan cuenta de la importancia de instalar la comunicación digital con pacientes hospitalizados más allá de la pandemia. Por ejemplo, en el caso de pacientes de hospitales psiquiátricos que tenían una desconexión previa con las familias -inmigrantes y de regiones-, la comunicación digital permitió una mayor comunicación y disponibilidad de las familias.

Sin embargo, una dificultad para realizar estas gestiones era que no siempre se contaba con los dispositivos necesarios para ello o había lineamientos en hospitales que limitaban el uso de las videollamadas. En este sentido, la intervención se pensó con un recurso digital que se vio entorpecido por temas de gestión. Se evidencia entonces una necesidad de revisar los protocolos sobre cómo usar los medios de comunicación para garantizar el contacto del (de la) paciente con su familia.

3.3 Contención social y emocional

Con respecto a las iniciativas para la contención socioemocional de los(as) pacientes y familias, cabe destacar sobre todo las instancias de vinculación a través de videollamadas u otras formas de acercamiento, tales como cartas, audios, videos, música o entrega de información vía mensaje de WhatsApp. Se releva la importancia de favorecer el contacto entre los(as) pacientes y sus familias para tranquilidad de estas últimas y para el bienestar y mejoría del (de la) paciente. A modo de ejemplo, esto fue destacado por uno de los trabajadores sociales en uno de los informes finales:

“Paciente vuelve a comer sólido, genera apetito. Cada llamada usuario se encuentra más recep-

tivo y comunicativo. Enfoque de videollamada es 100% motivacional, hija entrega palabras de aliento, conversa fluidamente con él. Logra una recuperación repentina, sólo a través de la vinculación con hija tutor muy significativa. Es dado de alta y regresa a su hogar”.

Los profesionales enfatizan que la intervención no es solo la videollamada, destacando en sus registros las implicancias del proceso y el acompañamiento:

“La videollamada es una herramienta, un mecanismo que muestra un mundo de información dentro de la dinámica familiar de los pacientes. La intervención no es la videollamada, la intervención se configura previamente con entrevistas, conexión de videollamadas, las entrevistas post conexión y, si procede el caso, otras técnicas tales como el acompañamiento, la contención o la psicoterapia. Es un medio para conocer los aspectos relevantes y decisorios en el actuar del paciente y sus familiares. La vinculación no se reduce a una simple videollamada de diez minutos. La vinculación afectiva se configura en el conjunto de procedimientos y técnicas que dan por resultado una interacción óptima con el otro”.

Para la contención emocional a pacientes y familiares, los(as) profesionales reportan el uso de estrategias tales como escucha activa, intervenciones motivacionales, intervención en crisis, derivación, primera ayuda psicológica, activación de la red de apoyo espiritual para aquellos pacientes que lo solicitaron y el uso del arte como un medio terapéutico con pacientes. Se señala que dicha contención era necesaria, sobre todo en aquellos casos en los cuales las familias no habían tenido información formal de los(as) pacientes, o cuando las videollamadas generaban un desbordamiento emocional en algunos de ellos, quienes incluso podían solicitar no recibir información externa. También la contención emocional era relevante para aquellos(as) familiares que estaban ad portas de despedirse del ser querido hospitalizado.

Como condiciones que favorecieron dicha contención, pero que no siempre se daban, los profesionales mencionan que el (la) paciente estuviese cómodo(a), cubierto(a) en sus necesidades básicas personales (aseo, alimentación, abrigo), con ausencia de dolor corporal y un espacio físico apropiado.

Otras buenas prácticas fueron la red de apoyo que se conformó entre los(as) profesionales de los distintos hospitales vinculados al programa y las instancias de supervisión, donde también compartían en grupos reducidos profesionales de distintos hospitales con una académica de la Escuela de Trabajo Social UC. La totalidad de los(as) trabajadores(as) sociales que participaron en el programa consideraron que contar con instancias como la supervisión grupal era necesario para el quehacer profesional, argumentando que se hace necesario un espacio de reflexión, autocuidado y contención donde se puedan compartir experiencias que permitan mejorar a nivel profesional al contemplar miradas y herramientas distintas para abordar las situaciones que se presentan. También los(as) profesionales evaluaron positivamente los espacios de formación online centrados en competencias para la intervención².

En términos sociales se destaca la gestión de problemáticas sociales y la elaboración de planes de acción y el trabajo en red para resguardar las condiciones de cuidados post hospitalización. Otras prestaciones descritas fueron la orientación para la reorganización familiar y habitacional posterior al alta o fallecimiento del (de la) paciente, y la sensibilización y educación acerca de los cuidados o del estado de salud de este(a). Además, en diversas situaciones constataban el estado sociohabitacional del (de la) paciente o la necesidad de derivarlo(a) a una residencia sanitaria. Sin embargo, la realidad de los(as) pacientes era bastante más compleja. En ocasiones no se tenía contacto con la familia, como ocurre con las personas en situación de calle. En esos casos se realizó una búsqueda de redes para ser cuidado(a) después del alta. Otra dificultad que se menciona es que solo se puede atender a pacientes hospitalizados(as), por lo que se pierde el seguimiento de la intervención posterior al alta del (de la) paciente.

3.4 Apoyo y acompañamiento en el proceso de fin de vida y el manejo del duelo

Con respecto a iniciativas para afrontar la muerte de manera digna, los(as) trabajadores(as) sociales tuvieron la función de proporcionar información y traducir ciertos procedimientos a los(as) familiares en un lenguaje más amable. Algunos contaban con sala de acogida a las familias para brindar esa orientación, acompañamiento o atender crisis de familiares; sin embargo, había ciertas restricciones para su acceso. Lo anterior da cuenta del

² Estos se realizaron en una jornada previa a la inserción de los profesionales y otra al mes de iniciado el programa.

desafío de legitimar el espacio de un(a) profesional trabajador(a) social que pueda acompañar a las familias en contextos intrahospitalarios.

Adicionalmente se entregó acompañamiento y orientación administrativa a familiares de pacientes fallecidos(as), junto con información sobre beneficios funerarios. Los(as) profesionales también se hicieron responsables de la inscripción y sepultación de pacientes abandonados(as), lo que da cuenta de un alto nivel de vulnerabilidad y aislamiento de ciertos(as) pacientes, y de derivar a la atención primaria en caso de que los(as) familiares del (de la) paciente fallecido(a) requirieran un apoyo emocional adicional, lo que da cuenta de cómo esta pandemia ha traído consigo un conjunto de consecuencias en la salud mental de la población, lo que es también un desafío para el sistema de salud.

Previo al fallecimiento, los(as) trabajadores(as) sociales realizaron videollamadas de despedida con los(as) familiares, junto con una posterior contención emocional y apoyo terapéutico. Además, se realizaron o gestionaron acompañamientos espirituales y rituales significativos entre pacientes y familiares, como lo muestran los siguientes ejemplos:

“Se realiza videollamada a hijo en Estados Unidos, donde se despide de paciente en estado crítico y fallece durante la videollamada”.

“La hija muy emocionada agradece esta instancia pues menciona que es lo más probable que sea la última vez que vea con vida a su madre”.

Lo anterior va en línea con las recomendaciones para una muerte con dignidad descrita por la literatura.

3.5 Satisfacción usuaria

Con respecto a la satisfacción usuaria registrada por los(as) profesionales, del total de atenciones a pacientes y sus familiares, un 96,4% se mostró satisfecho(a) con la atención recibida a modo global. En tanto, en un 67,9% de las atenciones los(as) usuarios(as) declararon estar satisfechos(as) con la información entregada y en el 97,6% de las atenciones esta información fue comprendida. Mayor investigación se requeriría entonces para conocer qué esperan los(as) usuarios(as) recibir, lo que permitiría indagar en el desajuste entre las expectativas y la información entregada. Adicionalmente, desglosando la variable satisfacción con lo informado, que es la que presenta menor satisfacción basándose en 11.065 atenciones, se observa que la atención online es la que tiene menor satisfacción, por lo que aún se requiere avanzar en los mecanismos de entrega de información virtual.

Tabla 4. **Satisfacción con la información entregada de acuerdo con el tipo de atención**

	Presencial	Online	Telefónica
Satisfecho(a) con la información entregada	1.581 (72,8%)	1.810 (61,8%)	4.108 (68,8%)
Total de atenciones	2.172	2.080	5.016

Fuente: elaboración propia.

4. Análisis del programa Reconectando a la luz de la literatura

Las consecuencias socioemocionales en pacientes y familias descritas en la literatura son similares a las de los(as) pacientes del programa Reconectando, de lo cual se desprende la siguiente evidencia clave y desafíos para el modelo de atención social clínica en contextos de pandemia.

- a. **Comunicación con pacientes y familias.** La comunicación diaria fue un aporte de los(as) profesio-

nales del programa Reconectando, algo que, sin embargo, no se puede asegurar con la salida de los(as) profesionales y la alta carga laboral de los equipos. De allí la necesidad de protocolizar la frecuencia de la comunicación, garantizar el acceso a los dispositivos y contar con un(a) profesional disponible para gestionar el contacto, de manera tal de brindarles tranquilidad a las familias en cuanto a la periodicidad de la comunicación.

Además, se evidencia que no todos los equipos de intervención directa cuentan con las competencias para brindar una comunicación compasiva en la cual se reconozcan las limitaciones que hay sobre el conocimiento del virus. De allí que se sugiera formar a los equipos de salud, más allá de los que están directamente en cuidados paliativos, en técnicas de comunicación efectiva y en cómo afrontar la afectación socioemocional de pacientes y familias (OMS, 2018).

- b. **Apoyo emocional a pacientes y familias.** Al igual que lo descrito en la literatura, los(as) profesionales destacan que tanto los(as) pacientes como las familias se encuentran en un estado de gran conmoción. Se advierte que parte de los(as) profesionales de la salud que trabajan en unidades de aislamiento y en los hospitales no necesariamente han recibido formación en la prestación de atención de salud mental, cuidados paliativos y el afrontamiento de la muerte digna, lo que hace necesario abordar dicha temática (Landa-Ramírez et al., 2020; Roberts et al., 2020; Xiang et al., 2020). Por lo tanto, es preciso avanzar en investigación sobre técnicas de intervención socioemocional de tipo digital, culturalmente sensibles y específicas en contextos de crisis.
- c. **Apoyo social a pacientes y familias.** El apoyo social y la articulación con las redes familiares e institucionales cobra relevancia, pues es parte del soporte social que permite mitigar el estrés de las consecuencias de la pandemia y facilitar el ajuste de los(as) pacientes (Özmete y Pak, 2020). Desde la experiencia del programa se añade como otro elemento importante garantizar alternativas de cuidado para aquellos(as) pacientes sin vivienda posterior al alta.
- d. **Muerte digna.** La literatura resalta que no por estar en pandemia se puede dejar de lado la humanización del proceso de muerte y la posibilidad de morir acompañado(a) con las precauciones de protección necesarias. Con el programa se evidenció también la importancia del apoyo espiritual que respeta los distintos credos y/o rituales de los(as) pacientes y sus familias. Si bien dicho apoyo está integrado en los cuidados paliativos, no siempre se implementa, por lo que también se requiere sensibilizar a los equipos sobre su relevancia para los(as) pacientes.
- e. **Uso ético de la tecnología.** Aun cuando la tecnología es una gran herramienta para brindar acompañamiento a partir de las medidas de aislamiento, se requiere una preparación y educación a los equipos para desarrollar las competencias que les permitan brindar una comunicación virtual efectiva, compasiva y humanitaria a los(as) pacientes y sus familias, enfrentar situaciones de estrés y atender las necesidades de aquellos(as) pacientes y familiares que pueden tener dificultades para el uso de la tecnología (Holstead y Robinson, 2020; Wilson et al., 2020). También se hace necesario reflexionar sobre los dilemas éticos que surgen en relación con el uso y almacenamiento de fotos, videos y/o transmisiones (Kuntz et al., 2020), debido a que el uso de la tecnología debe hacerse siempre desde un paradigma ético, respetando la privacidad, la intimidad y la seguridad de los datos (Unesco, 2020).
- f. **Apoyo en salud mental a los equipos.** La literatura enfatiza la necesidad de brindar espacios de contención emocional y autocuidado a los equipos de salud para que puedan cuidar a otros(as) de mejor manera.
- g. **Condiciones físicas.** Se advierte que un requerimiento de los(as) profesionales fue la posibilidad de contar con un espacio que facilite la privacidad del (de la) paciente durante una videollamada. Adicionalmente se sugiere adaptar el entorno físico para acompañar los procesos de fin de vida y los duelos con dignidad (Harasym et al., 2020).
- h. **Gestión del modelo.** A partir de la experiencia del programa Reconectando queda de manifiesto que un modelo de atención debe tener necesariamente una forma de gestión y administración que asegure los resultados deseados. Específicamente, se precisa que un modelo de atención psicosocial en crisis debe incorporar un sistema claro de gobernanza, con atribuciones y un nivel de decisiones claros, junto con un presupuesto definido. Al respecto, se menciona que la escasez de recursos del sistema de salud pone en peligro las oportunidades para la toma de decisiones centrada en el (la) paciente al final de la vida (Raftery, Lewis y Cardona, 2020).
- i. **Gestión de recursos humanos.** El programa evidenció la necesidad de tener una gestión especializada de recursos humanos que incluya seguros de salud y apoyo para la salud mental.

- j. **Participación y rol de los(as) trabajadores(as) sociales en contextos hospitalarios.** La literatura destaca la necesidad de fortalecer equipos paliativos multidisciplinarios y estables para brindar apoyo de salud mental a los(as) pacientes, familias y trabajadores(as) de la salud, mediante el uso de la tecnología (Zhang et al., 2020). Específicamente, desde la literatura y la experiencia del programa, quedó en evidencia la necesidad de contar en los equipos de cuidados paliativos con más trabajadores(as) sociales clínicos. Esto, en la medida que son los(as) profesionales que por su preparación cuentan con las competencias para conectarse con los(as) pacientes y sus familias, y al mismo tiempo pueden atender las necesidades sociales y emocionales de estos(as) o de los equipos de salud.
- Se sugiere aumentar el número de profesionales considerando la gran cantidad de pacientes que atienden los hospitales, cuyas necesidades no logran ser cubiertas por los(as) profesionales ya existentes. De allí que la importancia del (de la) trabajador(a) social en contexto hospitalario trascienda la situación de pandemia, pues situaciones de estrés y dificultades por parte de las familias para comunicarse con los(as) pacientes y/o saber de estos(as) es una necesidad constante de los equipos de emergencia.
 - Pero no es solo un aumento del número de trabajadores(as) sociales disponibles, sino que se plantea la necesidad de delimitar las funciones. Esto, pues a diferencia de las experiencias internacionales donde la figura del (de la) trabajador(a) social y sus competencias para intervenir de manera integral se reconoce, en Chile es necesario avanzar en la legitimidad de su rol, lo que facilitaría las gestiones de los(as) trabajadores(as) sociales. Al respecto, los equipos de trabajo social indicaron que los equipos de salud de los hospitales no visibilizaron de entrada la contribución de las tareas de apoyo social clínico de los equipos de Reconectando. No obstante, a lo largo del programa cambiaron su opinión, indicando que resultó una tarea de apoyo a los(as) usuarios(as) y que descomprimió la demanda de su trabajo diario.
- k. **Supervisión clínica de los(as) trabajadores(as) sociales.** Para prevenir el desgaste profesional frente a situaciones de mayor estrés se requiere de una buena gestión del personal. Según plantea la OMS (2018), identificar el significado positivo del trabajo

ayuda a reducir la angustia. Por lo tanto, la supervisión de un(a) mentor(a) designado(a) es importante, ya que se pueden activar emociones extremas en una emergencia sanitaria y puede haber una sensación de impotencia ante lo que se observa en el campo que es preciso acoger. Asimismo, la experiencia del programa Reconectando sirvió como evidencia de que, además de la supervisión, la conexión con otros(as) trabajadores(as) que estén en situaciones similares es un mecanismo importante para lidiar con el estrés y las emociones intensas que se pueden dar en situaciones de emergencia.

1. **Formación continua.** Las características de cada crisis sanitaria requieren de procesos formativos de los equipos para atender las necesidades que surgen, destacándose en este caso cómo brindar un apoyo psicosocial de calidad en un contexto virtual.

5. Modelo de intervención social clínica hospitalaria en crisis sanitaria revisado: una propuesta de salud pública

5.1 Principales componentes del modelo

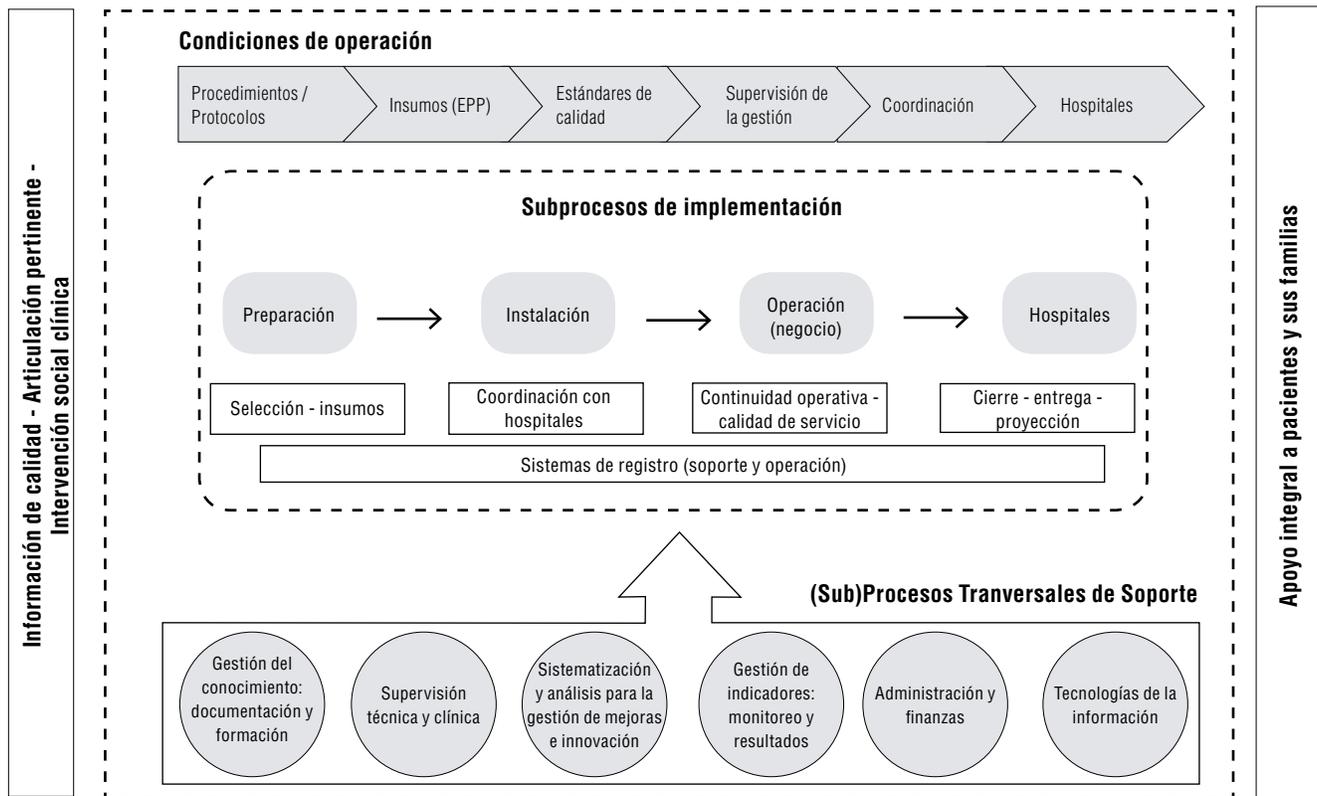
En línea con la evidencia descrita se concluyen los siguientes componentes claves para un apoyo integral a los pacientes y sus familias en un contexto de crisis sanitaria dentro de los hospitales:

- a. Financiamiento para un proyecto de esta envergadura. En este caso en particular, el aporte de la Presidencia fue de 152 millones de pesos para la contratación de un equipo de coordinación, además de 70 trabajadores(as) sociales distribuidos en 18 hospitales, la adquisición de elementos de protección personal y un ítem de imprevistos. Adicionalmente, un aporte institucional de la Universidad Católica y de Cideni para dirigir y gestionar el proyecto y ofrecer supervisión clínica a los(as) profesionales fue valorado aproximadamente en 25 millones de pesos.
- b. Equipo de trabajadores(as) sociales clínicos con formación en cuidados paliativos.
- c. Atención socioemocional personalizada mediante:
 - Comunicación con pacientes y familiares de tipo frecuente, empática, compasiva, y que atienda las distintas particularidades de la población para que aquellos(as) que no tengan acceso al lenguaje o a un uso de la tecnología no se vean excluidos.

- Apoyo social y emocional reflexivo, considerando que el salto a la virtualidad requiere de una planificación y consideraciones especiales para ser un espacio que facilite el vínculo y la contención. Lo anterior implica atender las necesidades y particularidades de los(as) pacientes según su ciclo vital, sus capacidades físicas y/o cognitivas, así como por su pertenencia cultural y/o idiomática.
- Acompañamiento en el proceso de fin de vida y el duelo de las familias, lo que implica no deshumanizar el proceso de la muerte en cuanto a

- morir acompañado y recibir apoyo espiritual, así como no descuidar los espacios de toma de decisiones compartidas con los(as) familiares.
- d. Acompañamiento y capacitación de equipos mediante instancias de supervisión y formación continua, para ofrecer la posibilidad de examinar críticamente el propio quehacer, junto con entregar y reforzar conocimientos y competencias.
- e. Un modelo de gestión para asegurar la implementación del modelo técnico. Sus componentes se detallan en la Figura 1.

Figura 1. Modelo de gestión



Fuente: elaboración propia.

5.2 Modelo de gestión

Inspirado en el sistema de gestión de calidad aplicado a servicios sociales (Hernández et al., 2018; Medina y Medina, 2013; Terán et al., 2017) y en la experiencia del programa Reconectando, se concluye que para el desarrollo de un modelo técnico es necesario contar con uno de gestión que considere: i) condiciones de opera-

ción para garantizar la implementación del modelo; ii) subprocesos de implementación, los cuales consideran un sistema de registro que facilite la operación y el seguimiento de los casos; y iii) procesos transversales de soporte que entregan una base para la implementación del modelo. El detalle de las implicancias o lo esperado para el desarrollo de las condiciones y los procesos se describe en las siguientes tablas.

Tabla 5. **Condiciones de operación**

Procedimientos y protocolos	<ul style="list-style-type: none"> Definir los procedimientos para garantizar el ejercicio de los componentes del modelo bajo una modalidad virtual y así entregar cuidados paliativos virtuales personalizados (con las implicancias éticas que se desprenden). Definir las condiciones que se requieren dar para que los(as) profesionales puedan ejercer su labor (por ejemplo, coordinaciones con el equipo médico para entrega de información del estado de salud del (de la) paciente y acceso a los medios de comunicación). Lo anterior tiene que ir en línea con la Ley N° 20.584 sobre derechos y deberes de los(as) pacientes, la cual tiene por objeto regular los derechos y deberes referentes a la atención de salud.
Insumos	<ul style="list-style-type: none"> Adquirir los equipamientos necesarios (por ejemplo, equipos de protección personal y medios de comunicación) para cumplir con los protocolos de seguridad existentes y poder dar una atención virtual.
Estándares de calidad	<ul style="list-style-type: none"> Acordar los estándares de calidad en la atención para cada uno de los componentes. Delimitar y entregar las condiciones laborales apropiadas para garantizar la salud física y mental de los(as) trabajadores(as) sociales.
Supervisión de la gestión	<ul style="list-style-type: none"> Supervisión permanente de los procesos de ejecución, es decir, tener un control de gestión basado en estándares de desempeño que permita ir monitoreando y comparando los resultados para introducir los ajustes que sean necesarios.
Coordinación	<ul style="list-style-type: none"> Contar con un equipo coordinador que esté inserto en una entidad gubernamental con las atribuciones legales sobre los hospitales, como es el Ministerio de Salud, para facilitar la coordinación intrahospitalaria e interhospitalaria.
Hospitales	<ul style="list-style-type: none"> Para una adecuada inserción de los(as) trabajadores(as) sociales es necesario que haya una voluntad de parte de los hospitales de recibir el apoyo de un grupo de profesionales externos a los equipos estables, lo que implica brindar un espacio y la legitimidad necesaria para ejercer su rol. Entre las unidades de inserción claves del programa Reconectando están: las Unidades de Cuidados Intensivos, los equipos de cuidados paliativos y las Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 6. **Subprocesos de implementación**

Preparación	<ul style="list-style-type: none"> Contratación de trabajadores(as) sociales formados previamente en cuidados paliativos para crisis sanitarias, con un promedio de cuatro profesionales por hospital. Selección de los equipos coordinadores, supervisores técnicos y supervisores clínicos. Para un proyecto de esta envergadura se requirió contar con un equipo de dirección general de cuatro especialistas en gestión de procesos y servicios clínicos, un equipo de capacitación social clínica de tres profesionales permanentes además de especialistas en atención social clínica y cuidados paliativos. Adicionalmente, un equipo de ejecución directa, compuesto por una coordinación general y tres coordinadoras zonales, además de 12 supervisoras clínicas atendiendo un promedio de seis trabajadores(as) sociales semanalmente. Por último, un contador que gestionó la administración de recursos financieros, una trabajadora social de apoyo en recursos humanos y un ingeniero de apoyo logístico para administrar insumos y gestionar salvoconductos para facilitar la movilización del contingente de trabajadores(as) en contexto de pandemia. Compra de insumos y la obtención de los permisos de movilización en tiempos de cuarentena. Para futuras crisis sanitarias es importante que la inserción sea al comienzo de la crisis, para que así no queden pacientes y familiares sin una atención oportuna, cuyas consecuencias traumáticas pueden ser más costosas de atender.
Instalación	<ul style="list-style-type: none"> Inserción de los(as) trabajadores(as) sociales y la instalación de un modelo de atención, previa coordinación con los directivos de los hospitales, para que la inserción sea más expedita. Recoger las impresiones de los equipos de salud ya existentes en torno a las necesidades específicas de cada centro de salud.

Operación	<ul style="list-style-type: none"> • Atención clínica social, gestión de casos y supervisión clínica. • Trabajo en red con otras instituciones, principalmente con el ámbito local, para las gestiones sociales necesarias.
Cierre	<ul style="list-style-type: none"> • El fin del modelo solo debe darse en condiciones en que el personal del hospital se encuentre con el tiempo de atender la demanda existente, o de lo contrario se corre el riesgo de sobrecargar a los equipos de salud con el estrés y desgaste que ello puede implicar. • Acompañar el cierre con estrategias de evaluación del programa, las que deben planificarse previamente para así poder contar con datos ex ante y ex post que permitan comparar el impacto de la inserción de los profesionales y la satisfacción usuaria. • Derivación de los casos a las unidades específicas y la instalación de capacidades en los equipos hospitalarios para continuar brindando el acompañamiento psicosocial.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 7. **Procesos transversales de soporte**

Gestión del conocimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Levantamiento de bibliografía, protocolos y normativas necesarias para la capacitación de los profesionales, información que debe atender las particularidades de cada crisis sanitaria, como en este caso fue la atención psicosocial en un contexto virtual. • Buscar alternativas para difundir fácilmente la información experta haciendo uso de la tecnología y/o de otros medios gráficos.
Supervisión técnica y clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Equipo supervisor en terreno (supervisión técnica) que pueda atender los desafíos que surgen al momento de la integración de un grupo de profesionales externos al hospital, en un espacio con equipos que pueden estar más o menos consolidados. Esto es relevante, pues se corre el riesgo que los(as) trabajadores(as) sociales puedan empezar a responder a otras necesidades de los hospitales en desmedro de la implementación del modelo. • En lo que respecta a la supervisión clínica, se busca que esta se constituya predominantemente en un espacio relacional de acompañamiento e intercambios entre pares y para la resolución de problemas. La experiencia del programa Reconectando mostró que se pueden levantar espacios de supervisión online entre profesionales de distintos espacios geográficos, lo que es un aprendizaje para futuras crisis humanitarias.
Sistematización y análisis para la gestión de mejoras e innovación	<ul style="list-style-type: none"> • Levantar registros cuantitativos y cualitativos conducentes a generar evaluaciones ex dure que permitan desarrollar mejoras en la gestión, junto con desarrollar los conocimientos y reflexiones necesarias para levantar futuras innovaciones que permitan atender las necesidades emergentes de los equipos, pacientes y familiares.
Gestión de indicadores	<ul style="list-style-type: none"> • Contar con indicadores que permitan evaluar la gestión de los(as) profesionales desde etapas tempranas, ir monitoreando la calidad de las atenciones brindadas y evaluar los resultados.
Administración y finanzas	<ul style="list-style-type: none"> • Entre los fondos destinados a emergencias se sugiere contar con un presupuesto que permita activar esta red de apoyo y el modelo para futuras crisis sanitarias desde etapas tempranas. • Contar con personal que pueda encargarse de los aspectos administrativos de un proyecto de tal envergadura, lo que va desde la compra de insumos, la contratación de personas, las rendiciones, entre otros.
Tecnologías de la Información	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer un sistema de registro de las atenciones conectado a los datos institucionales y acorde a las normativas de manejo de datos de los(as) pacientes. • Avanzar en fortalecer los registros para una mayor trazabilidad y cómo hacer un uso seguro y oportuno de los dispositivos para la comunicación paciente-familia, y del (de la) paciente con los equipos de salud. • Investigar sobre los mejores dispositivos para este tipo de comunicación. • Capacitación de los equipos para un uso ético de los dispositivos.

Fuente: elaboración propia.

5.3 Recomendaciones para la implementación del modelo

Dado que este modelo está diseñado para ser activado frente a situaciones de catástrofe en salud, es recomendable que su ejecución sea una cooperación público-privada. Se sugiere que dependa de manera directa del Ministerio de Salud, aun cuando puedan estar otros organismos públicos involucrados, para así facilitar el acceso a los diversos hospitales. Por otro lado, la participación de organizaciones gubernamentales y de universidades facilita ciertos procesos, tales como la contratación de personal, la posibilidad de brindar espacios de supervisión y de sistematizar los resultados, pudiendo así generar evidencia con miras a levantar futuras investigaciones.

Se recomienda, en el corto plazo, generar las normas para coordinar las acciones de los distintos órganos de la administración del Estado, en particular el Sistema de Protección Civil y los Servicios de Salud. Específicamente, se sugiere incluir de un modo más concreto en el Plan Nacional de Protección Civil (Decreto 156 del Ministerio del Interior, publicado 13 de junio del año 2002), la normativa para la gestión de la respuesta a emergencias epidemiológicas en el ámbito hospitalario, considerando el sistema de Comités de Protección Civil establecido a diferentes niveles territoriales, incluyendo la provisión de fondos de respuesta rápida.

En el mediano plazo sería necesario incorporar este tipo de respuestas en la reforma global al sistema que se encuentra en debate en Congreso Nacional con el proyecto que crea la “Agencia Nacional de Protección Civil, Sistema Nacional de Emergencia y Protección Civil” (Boletín 7550-06).

Otra sugerencia es contar con un dispositivo y grupo de personas ya preparadas que se active frente a una emergencia. Para ello, en tiempos regulares se podrían abrir espacios de formación para trabajadores(as) sociales en cuidados paliativos para emergencias humanitarias, con la finalidad de activar dichas redes de profesionales en una crisis sanitaria o humanitaria. Se espera pasar a acciones de emergencia formalizadas, teniendo como ejes centrales un enfoque centrado en la persona y los derechos y deberes de los(as) pacientes.

De forma paralela se requiere avanzar en investigación conducente a conocer más sobre los efectos de la pandemia en la salud mental de la población, así como las metodologías más efectivas para brindar una buena comunicación, apoyo psicosocial y acompañamiento en

el proceso de fin de vida a pacientes en contextos de distanciamiento social y en consonancia a los efectos detectados.

6. Conclusiones

La pandemia trajo consigo múltiples consecuencias negativas para la salud mental y en el bienestar psicosocial de la población en general, que se agudizaron en el caso de los(as) pacientes hospitalizados(as), sus familias y los equipos de salud. Pero también ha permitido obtener distintos aprendizajes. Uno de ellos es que no por estar en pandemia hay que descuidar el acompañamiento, apoyo psicosocial y la comunicación con el (la) paciente, y entre el (la) paciente y sus familiares, lo cual se vincula a un mayor bienestar y mejoras en el estado de salud. La literatura refiere que el impacto psicológico de la separación relacionada con COVID-19 en las familias repercutirá durante años, y probablemente resultará en un gran número de personas que necesitan servicios relacionados con el trauma y/o procesos de duelo complicado, por lo que este modelo de atención social clínica es una forma de prevenir un mayor estrés postraumático y mayores problemas de salud mental en la población, lo cual trae aparejado costos significativos para el sistema de salud. A su vez, la pandemia ha realzado la importancia de los equipos de cuidados paliativos multidisciplinarios y el rol que juegan los(as) profesionales trabajadores(as) sociales clínicos(as) en dichos equipos, cuya práctica se caracteriza por atender el malestar subjetivo y social de las personas en distintos contextos, entre los que se incluyen los hospitales.

Garantizar una comunicación empática con el (la) paciente y las familias, así como también la comunicación entre pacientes y familiares, un acompañamiento socioemocional y un acompañamiento para la muerte digna y el proceso de duelo de las familias son los principales elementos del modelo, a lo que se suma la supervisión profesional y un modelo de gestión sostenido en una cooperación público-privada. La supervisión social clínica para profesionales es una innovación en el ámbito del trabajo social y un campo que requiere mayor reflexión y profundización, considerando que un pilar fundamental de este modelo es el cuidado de quienes intervienen, pues de lo contrario se corre el riesgo de que los profesionales tengan un desgaste emocional que termine afectando la calidad de la atención hacia los(as) pacientes y sus familias. Otro desafío es cómo atender las necesidades emocionales del resto de los equipos de salud, considerando la afectación emocional descrita por

la literatura. Lo anterior se cruza con un contexto de virtualidad que ha desafiado a los equipos de salud y también al mundo académico, impulsándolos a investigar más sobre cómo brindar una mejor atención en los componentes mencionados en una modalidad virtual.

Queda de manifiesto, a su vez, la importancia de complementar un modelo técnico con un modelo de gestión. En este caso se consideraron condiciones de operación, subprocesos de implementación y subprocesos transversales de soporte, cruzados por un sistema de registro para facilitar el seguimiento de los(as) pacientes y la trazabilidad. Para una futura implementación se sugiere que esto sea parte de la política pública de emergencia, que existan recursos públicos destinados a su implementación para asegurar que frente a una crisis se pueda activar el modelo en fases iniciales, para lo cual tiene que haber personal preparado de antemano. También se recomienda mantener la cooperación público-privada-academia, que en este caso fue fundamental para agilizar los procesos administrativos, así como para velar por el cumplimiento del modelo con altos estándares de calidad.

A modo de conclusión cabe señalar que a nivel internacional la pandemia ha sido un poderoso motivador para cambios sistémicos que han impulsado a encontrar nuevas formas de brindar atención socioemocional y conexión a los(as) pacientes y sus familias en un contexto de aislamiento. Si bien la experiencia muestra que, aunque la tecnología no reemplaza los encuentros cara a cara, sí puede ofrecer una conexión significativa, lo que implica redefinir el modelo tradicional de cuidados paliativos desde una perspectiva integral y multidisciplinaria (Ritchey et al., 2020).

Referencias

- Abad, C., Fearday, A. y Safdar, N.** (2010). Adverse effects of isolation in hospitalised patients: a systematic review, *The Journal of hospital infection*, 76(2), pp. 97–102. doi: 10.1016/j.jhin.2010.04.027.
- Bajwah, S. et al.** (2020). Managing the supportive care needs of those affected by COVID-19, *European Respiratory Journal*, 55(4). doi: 10.1183/13993003.00815-2020.
- Billingsley, L.** (2020). Using Video Conferencing Applications to Share the Death Experience During the COVID-19 Pandemic, *Journal of Radiology Nursing*. Elsevier Inc., pp. 8-10. doi: 10.1016/j.jradnu.2020.08.001.
- Chen, F. et al.** (2020). Investigation of the psychological status of suspected patients during the Coronavirus disease 2019 epidemic, *Medicine*, 99(38), p. e22260. doi: 10.1097/MD.00000000000022260.
- Chochinov, H. M., Bolton, J. y Sareen, J.** (2020). Death, Dying, and Dignity in the Time of the COVID-19 Pandemic, *Journal of Palliative Medicine*, 23(10), pp. 1294–1295. doi: 10.1089/jpm.2020.0406.
- Drefahl, S. et al.** (2020). A population-based cohort study of socio-demographic risk factors for COVID-19 deaths in Sweden, *Nature Communications*. Springer US, 11(1), pp. 1–7. doi: 10.1038/s41467-020-18926-3.
- Ferrell, B. R. et al.** (2020). The Urgency of Spiritual Care: COVID-19 and the Critical Need for Whole-Person Palliation, *Journal of Pain and Symptom Management*. Elsevier Inc, 60(3), pp. e7–e11. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2020.06.034.
- Flint, L. y Kotwal, A.** (2020). The New Normal: Key Considerations for Effective Serious Illness Communication Over Video or Telephone During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic, *Annals of internal medicine*, 173(6), pp. 486-488. doi: 10.7326/M20-1982.
- García Sánchez, E.** (2020). Humanizar la Muerte en Tiempos de Crisis Sanitaria: Morir Acompañado, Despedirse y Recibir Atención Espiritual, *Cuadernos de bioética: revista oficial de la Asociación Española de Bioética y Ética Médica*, 31(102), pp. 203-222. doi: 10.30444/CB.62.
- Gray, N. A. y Back, A. L.** (2020). Covid-19 communication aids, *The BMJ*, 369(June), pp. 1–12. doi: 10.1136/bmj.m2255.
- Harasym, P. et al.** (2020). Barriers and facilitators to optimal supportive end-of-life palliative care in long-term care facilities: A qualitative descriptive study of community-based and specialist palliative care physicians' experiences, perceptions and perspectives, *BMJ Open*, 10(8), pp. 1–7. doi: 10.1136/bmjopen-2020-037466.
- Havnen, A. et al.** (2020). Resilience moderates negative outcome from stress during the COVID-19 pandemic: A moderated-mediation approach, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18), pp. 1–12. doi: 10.3390/ijerph17186461.

- Hernández, H., Barrios, I., Martínez, D.** (2018). Gestión de la calidad: elemento clave para el desarrollo de las organizaciones. *Criterio libre*, 16(28), 169-185.
- Holstead, R. G. y Robinson, A. G.** (2020). Discussing Serious News Remotely: Navigating Difficult Conversations During a Pandemic, *JCO Oncology Practice*, 16(7), pp. 363–368. doi: 10.1200/op.20.00269.
- Joseph, S. J. et al.** (2020). How the novel coronavirus (COVID-19) could have a quivering impact on mental health?, *Open Journal of Psychiatry & Allied Sciences*, 11(2), p. 135. doi: 10.5958/2394-2061.2020.00016.6.
- Kuntz, J. G. et al.** (2020). Feasibility and Acceptability of Inpatient Palliative Care E-Family Meetings During COVID-19 Pandemic, *Journal of Pain and Symptom Management*. American Academy of Hospice and Palliative Medicine, 60(3), pp. e28-e32. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2020.06.001.
- Lai, L. et al.** (2020). Usage Patterns of a Web-Based Palliative Care Content Platform (PalliCOVID) During the COVID-19 Pandemic, *Journal of Pain and Symptom Management*. Elsevier Inc, 60(4), pp. e20–e27. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2020.07.016.
- Landa-Ramirez, E. et al.** (2020). Psychological Support During COVID-19 Death Notifications: Clinical Experiences From a Hospital in Mexico, *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(5), pp. 518–520. doi: 10.1037/tra0000679.
- Lasalvia, A.** (2020). Emergenze epidemiche e stigma sociale. Quali insegnamenti trarre dalle precedenti epidemie di SARS ed Ebola da applicare nell'attuale pandemia COVID-19?, *Riv Psichiatr*, 55(4), pp. 250–253. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1708/3417.34003>.
- Lewis, K.** (2020). COVID-19: Preliminary Data on the Impact of Social Distancing on Loneliness and Mental Health, *Journal of psychiatric practice*, 26(5), pp. 400-404. doi: 10.1097/PRA.0000000000000488.
- Liang, Y. et al.** (2020). Mental health in frontline medical workers during the 2019 novel coronavirus disease epidemic in China: A comparison with the general population, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18), pp. 1-12. doi: 10.3390/ijerph17186550.
- Marler, H. y Ditton, A.** (2020). 'I'm smiling back at you': Exploring the impact of mask wearing on communication in healthcare, *International Journal of Language and Communication Disorders*, pp. 1–10. doi: 10.1111/1460-6984.12578.
- Marra, A. et al.** (2020). How COVID-19 pandemic changed our communication with families: Losing nonverbal cues, *Critical Care*. *Critical Care*, 24(1), pp. 1-2. doi: 10.1186/s13054-020-03035-w.
- McCracken, L. M. et al.** (2020). Psychological impact of COVID-19 in the Swedish population: Depression, anxiety, and insomnia and their associations to risk and vulnerability factors, *European Psychiatry*, 63(1). doi: 10.1192/j.eurpsy.2020.81.
- Medina, E. y Medina E.** (2013). *Gestión de la Calidad en Servicios Sociales*. Murcia: Diego Marín, Librero-Editor
- Montauk, T. R. y Kuhl, E. A.** (2020). COVID-Related Family Separation and Trauma in the Intensive Care Unit, *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12, pp. 96-97. doi: 10.1037/tra0000839.
- OMS** (2018). *Integrating palliative care and symptom relief into the response to humanitarian emergencies and crises: a WHO guide*. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274565>.
- OMS, War Trauma Foundation y Visión Mundial Internacional** (2012) *Primera ayuda psicológica: guía para trabajadores de campo*. OMS: Ginebra.
- Özmete, E. y Pak, M.** (2020). The Relationship between Anxiety Levels and Perceived Social Support during the Pandemic of COVID-19 in Turkey, *Social Work in Public Health*. Routledge, 35(7), pp. 603-616. doi: 10.1080/19371918.2020.1808144.
- Paz, C. et al.** (2020). Behavioral and sociodemographic predictors of anxiety and depression in patients under epidemiological surveillance for COVID-19 in Ecuador, *PLoS ONE*, 15(9 September), pp. 1-14. doi: 10.1371/journal.pone.0240008.
- Pierce, M. et al.** (2020). Mental health before and during the COVID-19 pandemic: a longitudinal probability sample survey of the UK population, *The Lancet Psychiatry*. Elsevier Ltd, 7(10), pp. 883–892. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30308-4.
- Qin, X. . et al.** (2020). Mental health status of patients with coronavirus disease 2019 in Changsha, *Zhong Nan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban*, 45(6), pp. 657-664.
- Rafferty, C., Lewis, E. y Cardona, M.** (2020). The Crucial Role of Nurses and Social Workers in Initiating End-of-Life Communication to Reduce Overtreatment in the Midst of the COVID-19 Pandemic, *Gerontology*, 66(5), pp. 427-430. doi: 10.1159/000509103.
- Ritchey, K. C. et al.** (2020) Reinventing Palliative Care Delivery in the Era of COVID-19: How Telemedicine Can Support End of Life Care, *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 37(11), pp. 992–997. doi: 10.1177/1049909120948235.
- Roberts, B. et al.** (2020). COVID-19 Pandemic Response: Development of Outpatient Palliative Care Toolkit Based on Narrative Communication, *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 37(11), pp. 985–987. doi: 10.1177/1049909120944868.
- Roth, K., Upadhyay, R. y Paul, V.** (2020). The Effects of Covid-19 on Mental Health During Inpatient Hospitalization, *Chest*. *American College of Chest Physicians*, 158(4), p. A341. doi: 10.1016/j.chest.2020.08.338.
- Scott, A. M. y Van Scoy, L. J.** (2020). What Counts as 'Good' Clinical Communication in the Coronavirus Disease 2019 Era and Beyond?: Ditching Checklists for Juggling Communication Goals, *Chest*. Elsevier Inc, 158(3), pp. 879-880. doi: 10.1016/j.chest.2020.05.539.

- Shi, L. et al.** (2020). Prevalence of and Risk Factors Associated With Mental Health Symptoms Among the General Population in China During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic., *JAMA network open*, 3(7), p. e2014053. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.14053.
- Sim, H. S. y How, C. H.** (2020). Mental health and psychosocial support during healthcare emergencies - COVID-19 pandemic, *Singapore Medical Journal*, 61(7), pp. 357-362. doi: 10.11622/SMEDJ.2020103.
- Simpson, N., Milnes, S. y Steinfors, D.** (2020). Don't forget shared decision-making in the COVID-19 crisis, *Internal Medicine Journal*, 50(6), pp. 761-763. doi: 10.1111/imj.14862.
- Sonis, J. D. et al.** (2020). Humanism in the age of Covid-19: Renewing focus on communication and compassion, *Western Journal of Emergency Medicine*, 21(3), pp. 499-502. doi: 10.5811/westjem.2020.4.47596.
- Strang, P. et al.** (2020). Dying From COVID-19: Loneliness, End-of-Life Discussions, and Support for Patients and Their Families in Nursing Homes and Hospitals. A National Register Study, *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(4), pp. e2-e13. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2020.07.020.
- Tenorio, A. C., Johnson, C. y Grudier, S.** (2020). End of Life During the COVID19 Pandemic—Highlighting the role of a dedicated Palliative care Social worker during this time of crisis., *Journal of Social Work in End-of-Life and Palliative Care*. Routledge, 0(0), pp. 1-6. doi: 10.1080/15524256.2020.1830922.
- Terán Rosero, Gustavo Javier, Mora Chuquer, Edwin Jonathan, Gutiérrez Villarreal, Milena del Rocio, Maldonado Tapia, Sonia Cumanda, Delgado Campaña, Wilmar Alberto, y Fernández Lorenzo, Angie.** (2017). Gestión de la innovación en los servicios de salud pública. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 36(3) Recuperado en 13 de diciembre de 2020, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002017000300016&lng=es&tlng=es.
- Ting, R. et al.** (2020). Palliative care for patients with severe Covid-19, *The BMJ*, 370, pp. 1-4. doi: 10.1136/bmj.m2710.
- Unesco.** (2020). *Statement on COVID-19: Ethical consideration from a global perspective*. Disponible en: <https://en.unesco.org/inclusivepolicylab/e-teams/ethical-considerations-covid-19-responses-and-recovery/documents/unesco-ibc-comest-statement>.
- Usher, K. et al.** (2020). Pandemic-related behaviours and psychological outcomes; A rapid literature review to explain COVID-19 behaviours, *International Journal of Mental Health Nursing*. doi: 10.1111/inm.12790.
- Valley, T. S. et al.** (2020). Changes to visitation policies and communication practices in Michigan ICUs during the COVID-19 pandemic, *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 202(6), pp. 883-885. doi: 10.1164/rccm.202005-1706LE.
- Wang, S. et al.** (2020). Psychological distress and sleep problems when people are under interpersonal isolation during an epidemic: A nationwide multicenter cross-sectional study, *European Psychiatry*, 63(1). doi: 10.1192/j.eurpsy.2020.78.
- Wilson, J. et al.** (2020). Covid-19: The communication needs of D/deaf healthcare workers and patients are being forgotten, *The BMJ*, 369, p. 32527721. doi: 10.1136/bmj.m2372.
- Xiang, Y. T. et al.** (2020). Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed, *The Lancet Psychiatry*. Elsevier Ltd, 7(3), pp. 228-229. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30046-8.
- Zhang, J. et al.** (2020). Recommended psychological crisis intervention response to the 2019 novel coronavirus pneumonia outbreak in China: a model of West China Hospital, *Precision Clinical Medicine*, 3(1), pp. 3-8. doi: 10.1093/pcmedi/pbaa006.

CÓMO CITAR ESTA PUBLICACIÓN:

Muñoz, C., González, K., Grau, M.O., M., Farah, J., Miranda, P., Alamo, N., de Toro, X., Cillero, S., Cillero M., 2021. Lineamientos para una intervención social clínica hospitalaria en crisis sanitaria. *Temas de la Agenda Pública*, 16(135), 1-19. Centro de Políticas Públicas UC.



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE