

INFORME

INFORME

EL IMPACTO DEL ESTADO DE ALARMA POR LA CRISIS SANITARIA COVID-19 EN LA ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL



ÍNDICE

1. DESCRIPCIÓN DEL INFORME
2. COMO NOS HEMOS ADAPTADO
 - 2.1. CAMBIOS DEL MARCO ORGANIZATIVO
 - 2.2. ADAPTACIONES REALIZADAS EN LA MANERA DE TRABAJAR DE LA RED ASISTENCIAL DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL
 - ¿Cómo se han adaptado los usuarios?
 - ¿Cómo se han organizado los equipos?
 - ¿Cómo se ha adaptado la actividad?
 - ¿Se ha mantenido adecuadamente la coordinación?
 - ¿Qué ha ocurrido en las residencias?
 - ¿Y los recursos de vivienda y apoyo en el entorno de vida?
 - ¿Se ha mantenido el apoyo a la Inserción laboral?
3. APORTACIONES PARA EL TIEMPO QUE VENDRÁ

1. SOBRE EL INFORME

El objetivo de este informe es recoger, de manera cualitativa y sintética, algunas de las adaptaciones que, para adaptarse al estado de alarma, se han operado en los servicios relacionados con la atención de rehabilitación psicosocial.

Se ha realizado a partir de los informes remitidos por las asociaciones federadas a FEARP y elaborados con fecha 27/04/2020. Se ha contado con informes correspondientes a las siguientes comunidades autónomas: Aragón, Canarias, Castilla León, Catalunya, Extremadura, Madrid, Murcia, País Vasco y Comunidad Valenciana.

Los contenidos del informe se organizan en tres apartados:

1. CAMBIOS DEL MARCO ORGANIZATIVO: Se detallan los cambios determinados por la Administración o por los gestores de servicios, tales como criterios de actividad de servicios, adaptaciones de las plantillas, seguridad y riesgos laborales, dotaciones de material, etc. Estos cambios condicionan las variables con que cada servicio se ha podido organizar.

2. ADAPTACIONES REALIZADAS EN LA MANERA DE TRABAJAR DE LA RED ASISTENCIAL DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL: Se explican algunas adaptaciones organizativas y técnicas realizadas por los propios servicios de RPS, en cualquiera de sus ámbitos (servicios de Rehabilitación Psicosocial / Servicios y programas de Inserción laboral / Recursos de vivienda y apoyo domiciliario).

3. CUALES DE ESTOS CAMBIOS / INNOVACIONES PODRÍAN TENER CONTINUIDAD TRAS EL PERIODO DE CONFINAMIENTO?: Definir cuáles de las transformaciones realizadas y de las innovaciones incorporadas durante este periodo, tiene posibilidades de mantenerse y desarrollarse en el futuro, no solo determinadas por la urgencia y la excepcionalidad, sino porque permiten realizar la atención con mayor eficacia.

2. ¿CÓMO NOS HEMOS ADAPTADO?

2.1. CAMBIOS DEL MARCO ORGANIZATIVO

Los dispositivos que trabajan en el ámbito de la rehabilitación psicosocial suelen estar encuadrados en las consejerías de salud o de bienestar social de los gobiernos autonómicos. En menor medida tiene también vinculación con Diputaciones, Cabildos o ayuntamientos. La prestación de los servicios, que en todos los casos son públicos, se realiza mediante entidades públicas o entidades concertadas.

La modificación del marco normativo, operado a partir de la promulgación del Decreto de estado de alarma en respuesta a la epidemia de coronavirus, significó para todos un cambio repentino, drástico y, por tanto, con mucha improvisación.

Estos factores han hecho que no hayan existido directrices concretas sobre pautas de actuación. No ha habido criterios homogéneos, incluso dentro de territorios correspondientes a una misma administración, sobre como reorganizar la actividad de cada servicio. A pesar de ello, parece existir una gran coinci-

cidencia en las orientaciones, medidas y procedimientos implantados.

Los servicios de RPS, al estar encuadrados en actividades sanitarias o de servicios sociales, se han considerado actividades esenciales que se debían por tanto seguir prestando durante el confinamiento. El criterio transmitido desde la administración ha sido reducir la asistencia presencial a lo mínimo imprescindible (excepto en las residencias), y por tanto introducir de forma masiva el teletrabajo. También se establece la suspensión de formación continua y las reuniones de equipos presenciales.

El marco regulador del estado de alarma permitiría traslados de personal a dispositivos no de salud mental, tanto sanitarios como sociales, en los que se necesitara refuerzo profesional. Esta situación se ha dado en dispositivos de hospitalización, pero ha sido escaso fuera de ese ámbito.

La aplicación de medidas de protección y la disposición del material necesario para la realización del teletrabajo ha corrido a cargo de cada institución, e incluso de los mismos profesionales, que han trabajado desde medios propios. Solo los dispositivos sanitarios han tenido mayor acceso a medidas de protección, aunque de forma escasa.

En algunos casos se han improvisado sistemas de registro de la actividad de los servicios, que se añaden a los ya existentes. Se han ido haciendo seguimientos más específicos por parte de las administraciones de los casos de covid-19 en residencias.

De entrada se garantiza, independientemente del tipo de actividad realizada, el pago de los salarios de los trabajadores públicos y de los contratos de entidades concertadas. En caso de subvenciones suspendidas, la legislación garantiza el pago de indemnización.

2.2. ADAPTACIONES REALIZADAS EN LA MANERA DE TRABAJAR DE LA RED ASISTENCIAL DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

Las adaptaciones llevadas a cabo desde los servicios han priorizado el acompañamiento telefónico y telemático a cada uno de los usuarios según su situación social, laboral y familiar, con el objetivo de que se mantenga la continuidad de la atención y que esta sea percibida por los usuarios.

¿Cómo se han adaptado los usuarios?

Existía una incógnita sobre cómo iba a ser la adaptación de los usuarios y usuarias a la situación de confinamiento. Como iban a ser las convivencias familiares intensivas o las soledades permanentes. Cuál sería el impacto de la pérdida de la relación presencial con los servicios. El riesgo de crisis y descompensaciones se podía ver agravado por la falta de accesibilidad profesional y por la situación de riesgo que suponía acudir a centros hospitalarios en caso de urgencia (además de la reducción de camas psiquiátricas, que se habían destinado a atención al covid-19).

A pesar de estos temores, la impresión general es que la adaptación de los usuarios a la nueva situación ha sido buena. La mayoría de los usuarios han

mantenido la vinculación por las vías que se les podía ofrecer y han participado de las actividades que se iban progresivamente programando.

De todos modos, es prematuro hacer un balance de la situación de los usuarios y del impacto real provocado por el periodo de confinamiento. Será un balance a hacer a medio plazo, sobre todo a partir de poder recuperar el contacto presencial.

¿Cómo se han organizado los equipos?

La atención presencial ha quedado prácticamente suspendida en los servicios de rehabilitación, inserción laboral o de ocio, quedando restringida a casos excepcionales según criterios de vulnerabilidad de la persona atendida (riesgos a nivel psicopatológico, emocional, de características del entorno o dificultades en la gestión de las AVD).

Se han suspendido las primeras consultas debido a que se han interrumpido las derivaciones de los circuitos asistenciales y a que la excepcionalidad del formato asistencial no hacía posible una vinculación al servicio.

La principal adaptación en la forma de trabajar en los centros ha sido sustituir la atención presencial por asistencia, sobre todo, telefónica, y también telemática. Se han usado diferentes plataformas on line o aplicaciones (skype, whatsapp, zoom, class room, meet, etc.). Se ha recurrido también a la visita domiciliaria en casos en que la atención telemática no es posible. La falta de medios informáticos o las dificultades de manejo de muchos usuarios (y profesionales, que no se habían preparado para un uso intensivo de estos medios) ha primado el uso del teléfono. La llamada brecha digital se ha hecho más evidente en zonas de menos recursos económicos, donde los usuarios tienen menos acceso a estos medios.

Los equipos que han mantenido presencia en los centros han reestructurado horarios y tareas. Se han organizado en turnos con algún criterio de rotación, para proteger mejor de contagio a los profesionales. El trabajo de teleasistencia en los centros se ha encontrado también con la escasez de medios técnicos (terminales móviles u ordenadores con sistemas de conectividad y de imagen y sonido) para poder realizarse con fluidez. Los profesionales que no estaban en el centro, hacían sus turnos de trabajo en teletrabajo desde el domicilio (con medios personales).

¿Cómo se ha adaptado la actividad?

Como consecuencia de la carencia de una planificación previa, la adaptación de las actividades se ha realizado con amplia libertad por parte de cada organización, cada servicio e incluso cada profesional. Esta variabilidad en la respuesta ha facilitado la activación de alternativas, pero generando inequidad en la respuesta entre diferentes servicios

En una primera fase la atención se ha centrado en dar acompañamiento a los usuarios, valorar su situación psicosocial, reforzar las medidas de protección sanitaria y contrastar como se estaban adaptando a la nueva situación. Con el paso de las semanas se ha podido pasar del "valorar el estado de las personas" a retomar de forma adaptada los planes individuali-

zados de rehabilitación de cada individuo.

Se han ido progresivamente recuperando los temas y las actividades clásicas de cada servicio. Se han elaborado materiales específicos que se han hecho llegar a los usuarios (telemáticamente, en domicilio o por correo postal incluso). Las temáticas han sido muy variadas: afrontamiento emocional, hábitos de autocuidado, alimentación, actividades de la vida diaria, información sobre covid-19, actividades cognitivas, actividad física, entretenimiento, etc.) Se han elaborado horarios especificando actividades según las necesidades de cada usuario y atendiendo al plan individual de rehabilitación, para dar continuidad de cuidados. Se ha elaborado también material relativo a actividades rehabilitadoras para que los usuarios pudieran trabajar en sus domicilios.

De la atención individual (y familiar) inicial, se ha pasado a incorporar actividades grupales realizadas también con medios telemáticos., que han permitido además del trabajo rehabilitador, promocionar el contacto de los usuarios entre sí. En toda esta adaptación, por pragmatismo, no se ha seguido un cumplimiento riguroso de los controles que exige la protección de datos y se han tenido que usar aplicaciones no plenamente seguras.

¿Se ha mantenido adecuadamente la coordinación?

La coordinación entre los diferentes servicios ha sido en general fluida debido a que ha podido adaptarse con facilidad a medios telemáticos. Todos los servicios con los que se necesitaba establecer coordinación estaban también en esta modalidad de trabajo

Además de la coordinación con los dispositivos de salud mental, especialmente centros de salud mental, se ha intensificado en algunos casos la coordinación con servicios sociales, para cubrir necesidades de los usuarios en este ámbito (atención domiciliaria, comidas a domicilio, atención a personas sin hogar, fundaciones tutelares, etc.). En las residencias ha sido relevante la coordinación con los servicios de salud general para la gestión de los casos de coronavirus o sospecha.

¿Qué ha ocurrido en las residencias?

Las residencias han continuado con las mismas plantillas en trabajo presencial, incluso con algún refuerzo. La incidencia de covid-19 ha sido mucho menor que en residencias de tercera edad, lo que ha permitido una gestión más sosegada de la situación y un mayor mantenimiento de las plantillas.

Las residencias para personas con trastorno mental han tenido que afrontar retos extras:

- Implementación de medidas preventivas del contagio (toma de temperatura, rutinas de higiene, limpiezas extra de espacios, reordenación de los espacios, etc.)
- La atención a afectados por covid-19 o sospechosos, para los que se han habilitado espacios de aislamiento en las propias residencias y medidas adicionales de seguridad, dada la carencia de pruebas PCR.

- Afrontar el confinamiento de los residentes, sin contacto con el exterior durante semanas y con restricción para el seguimiento médico y psiquiátrico.
- Contener en lo posible situaciones de descompensación, ante el riesgo que suponía acudir a urgencias hospitalarias.

Todo ello ha ralentizado el funcionamiento diario y ha aumentado la intensidad de trabajo.

¿Y los recursos de vivienda y apoyo domiciliario?

Los servicios que implican atención domiciliaria (pisos asistidos o supervisados, servicios de atención domiciliaria) han mantenido la atención presencial en los lugares de vida, pero en todos los casos en que ha sido posible se ha realizado seguimiento telefónico para reducir en lo posible las acciones presenciales, dado que ni siquiera se disponía de EPIs en condiciones. Se han organizado también turnos de los equipos y se ha flexibilizado los criterios de atención de acuerdo a las nuevas necesidades generadas por el confinamiento.

Se han utilizado algunas apps relacionadas con el seguimiento de actividades de la vida diaria, pero de forma improvisada.

¿Se ha mantenido el apoyo a la Inserción laboral?

Se ha trabajado esencialmente en teletrabajo y atención no presencial. La intensidad del soporte se ha adaptado a las necesidades de la persona.

Se ha hecho un trabajo más específico con las personas insertadas que han quedado en paro o en ERTE. Se ha dado apoyo e información en la gestión de baja médica, ERTEs, despidos y/o permisos retribuidos recuperables. Además de los temas relacionados con preparación y apoyo laboral, se han incluido contenidos dirigidos a afrontar el confinamiento.

En los centros especiales de empleo, los ERTE han sido habituales, excepto en aquellos que realizan actividades de primera necesidad y que se han mantenido (limpieza, lavandería, distribución, fabricación de productos de protección, alimentación).

3. APORTACIONES PARA EL TIEMPO QUE VENDRÁ

Del análisis de las respuestas al punto 3 de los informes, surgen una serie de propuestas que permitirán prepararse para el tiempo que viene, para la fase post estado de alarma y postcovid.

En lo más inmediato habrá una fase de transición marcada por la progresiva puesta en marcha del funcionamiento económico y social, que dependerá de la evolución de la pandemia. Requerirá también la aplicación de medidas de flexibilización, en las que vayamos incorporando progresivamente los elementos “tradicionales” de nuestro trabajo asistencial basado en la actividad presencial.

Pero la pregunta clave que se plantea es como será nuestro trabajo en el momento en que ya no esté condicionado por los factores de la protección frente al contagio. En el momento en que podamos recu-

perar los procedimientos del trabajo presencial, pero añadiendo a la vez los medios y las adaptaciones metodológicas que hemos incorporado de una manera inopinada y en gran manera improvisada.

No se trata solo de incorporar tecnología, sino de incorporar las maneras de trabajar que pueden acompañar (o no) este cambio y de revisar algunos axiomas sobre los que reposa nuestra práctica. Son cambios que se apuntaban en el horizonte, pero que ahora se han visto acelerados y generalizados, permitiendo una especie de ensayo general al que habrá que escribirle ahora el guión.

A continuación se detallan algunas de estas propuestas:

• Planes proactivos de reactivación para “salir de casa”

Señalábamos que en general la adaptación de los usuarios al confinamiento ha sido buena. Ahora se trata de que no sea demasiado buena. La norma no será ya el confinamiento, aun cuando el temor la prevención al contagio condicione mucho durante tiempo las pautas de vida y de relación. La comunidad dejara de ser exclusivamente virtual.

Recuperar el valor de lo “presencial” (incorporando las aportaciones de la relación telemática, extensamente ensayada estas semanas) requerirá una actitud proactiva de los equipos.

• Diseño de protocolos de actuación ante una emergencia sanitaria y realización de adecuaciones estructurales y organizativas

El riesgo de nuevos rebrotes o la necesidad de aplicar medidas preventivas durante largos periodos de tiempo, hacen necesario que los servicios (no solo las residencias) se doten de protocolos, basados en la experiencia de estas semanas, que preparen a usuarios, profesionales, servicios y gestores para afrontar la situación de manera más controlada. Han de prever diferentes niveles en la evolución hacia lo que se ha dado en llamar, la nueva normalidad.

Será necesario tener previsto un plan de actuación ante este tipo de situaciones, acordado con la Administración, que establezca mecanismos de actuación y de intercambio, y que sean un instrumento integrador de los servicios sociales y sanitarios.

Es necesaria también una planificación estructural centrada en mantener las normas de prevención a la exposición y para garantizar la distancia social: Distribución de mobiliarios y uso de estancias, tramos de horarios de atención y rutinas de limpieza y actividades que aseguren que no haya riesgo de contagio.

La implantación del teletrabajo permite más margen en las políticas de conciliación de vida personal y laboral (flexibilización de horarios, equipos por turnos, teletrabajo desde el domicilio, etc.). A su vez, esta flexibilización permite replantear los horarios de atención de los servicios, facilitando franjas horarias que permitan, por ejemplo entre-

vistas con familias fuera de sus horarios laborales.

• Utilización de la relación telemática con los usuarios

La realización de la asistencia por medios telemáticos (telefonía u ordenadores) es un complemento de la asistencia presencial que permite un seguimiento más frecuente y continuado, que puede adaptarse a las necesidades particulares de aquellos usuarios que lo necesiten de manera habitual o esporádica. Permite el vínculo con usuarios que tengan dificultad para acceder a los servicios (por lejanía física, por problemas orgánicos o por vulnerabilidad psicopatológica). Algunas personas se han podido acomodar a estar confinadas, aumentando la apatía, sedentarismo, desmotivación, por lo que les va a costar esfuerzo retomar asistencia presencial, junto al miedo al contagio.

Ofrece una mayor accesibilidad de los familiares, que pueden tener dificultad para compatibilizar su actividad laboral o doméstica con los horarios de los servicios. La realización de actividades grupales con familiares suele hacerse difícil por estas cuestiones logísticas de horario y desplazamiento, que deja fuera habitualmente a los que tienen actividad laboral.

Pero su aplicación también exige algunos requisitos:

- Hay que usar sistemas accesibles a la mayoría de los usuarios (el móvil es más generalizado).

- Se ha de garantizar que las plataformas garantizan la protección de datos. - Los servicios han de contar con los medios tecnológicos adecuados para el teletrabajo de los profesionales.

- Los profesionales han de estar capacitados en la utilización de estas herramientas. - Los usuarios también necesitaran formación para maximizar el uso de sus tecnologías.

• Elaboración de materiales de RPS para trabajar fuera del servicio

La facilitación de material que pueda usarse individualizadamente para realizar actividades fuera del horario del recurso permite dar continuidad al trabajo realizado en el servicio.

Es un formato que se continuará desarrollando. Los profesionales se orientarán a la creación de materiales adaptados al trabajo telemático con usuarios, tipo tutoriales, que permiten un uso repetido, y a los formatos individualizados (telemáticos o en papel) de tareas rehabilitadoras. Existen también materiales ya publicados y aplicaciones que pueden incorporarse al trabajo rehabilitador.

• Potenciación del trabajo rehabilitador en el entorno de vida de la persona

La atención domiciliaria rehabilitadora ha sido un complemento de la atención telemática. Ha sido una alternativa asistencial para usuarios que no disponen de conexiones telemáticas o lo será en los que sean reacios a acudir nuevamente al servi-

cio (en el periodo de transición). En muchos casos, las pantallas han sido ventanas en las que ver por primera vez fragmentos de los lugares de vida de las personas usuarias.

Conocer los contextos de vida de las personas usuarias, respetando por supuesto su derecho a la privacidad, permite un conocimiento más completo y vivencial de la realidad de las personas usuarias. Trabajar habilidades en el propio contexto de vida, garantiza la generalización de lo ensayado en el centro asistencial.

• Incorporación los medios telemáticos como herramienta de empoderamiento de los usuarios:

Los mismos medios que permiten la conexión con los profesionales, pueden servir a los usuarios para incrementar el contacto entre ellos, desarrollando actividades de apoyo mutuo, de peer support, o simplemente hablando con un amigo. Si bien se parte de una actividad mediada por profesionales, gradualmente pueden ir diluyendo su papel y empoderando a los participantes, de manera que en un futuro sea un grupo de contacto entre ellos.

Pero no se trata de empoderar solo para el contacto entre usuarios. La participación comunitaria y la vida social, pantalla mediante, también se ha generalizado con el confinamiento. Por tanto, es un prometedor instrumento de participación ciudadana.

• Proactividad de los profesionales en mantener el vínculo con los usuarios con más dificultades:

En este periodo de confinamiento los profesionales han desarrollado mayor sensibilidad por los “no contesta” o por las “desapariciones temporales”, que ahora preocupan, pero que en otras ocasiones se relativizan o soslayan.

• Utilización de medios telemáticos en la coordinación y organización profesional:

La eliminación de los tiempos de desplazamiento y las distancias facilita la participación de profesionales en las reuniones de coordinación on line. Hasta cierto punto, el formato on line obliga a mas concreción y puede hacer más eficientes las reuniones.

Como en el caso del trabajo con usuarios, exige dotarse de la tecnología necesaria, de las competencias de manejo adecuadas y garantizar la seguridad de las comunicaciones.

• Transformación de modelos residenciales en sistemas de apoyo domiciliario:

El modelo basado en residencias estaba en revisión para transformarse en un modelo de apoyos comunitarios, en lo que representaría la puesta en marcha de un nuevo proceso de desinstitucionalización.

La crisis sanitaria ha hecho que algunas residencias que no hayan podido proteger a sus residentes (ni profesionales). Este hecho puede reforzar

las políticas de apoyos en los domicilios de las personas y la promoción de viviendas supervisadas más reducidas.

Se reforzará así mismo la conexión entre los dispositivos residenciales y los sanitarios, especialmente con las áreas básicas de salud.

En el ámbito de la asistencia domiciliaria, también se incorporaran los seguimientos telemáticos y la utilización de instrumentos tales como apps específicas de salud o AVD.

• **Impulso a la digitalización en los programas de inserción laboral**

Quizás era el ámbito de la inserción laboral el que estaba haciendo un uso más amplio de los seguimientos telefónicos y del uso de TIC (por ejemplo, de páginas web, apps de búsqueda de empleo o uso de redes sociales como LinkedIn). Estos sistemas permiten el acceso en cualquier momento y lugar a los recursos formativos y de búsqueda de empleo, así como a los profesionales de acompañamiento y de formación.

Es también evidente como la formación en TIC para los usuarios pasa a ser una de las formaciones competenciales más necesarias para conseguir una inserción laboral.

En los tiempos más inmediatos, los servicios de inserción laboral tendrán que focalizarse de manera intensiva en la atención a personas que hayan perdido su puesto de trabajo y en como reorientar, en un contexto de fuerte alza del paro, sus itinerarios. Será necesario también reorientar las acciones de prospección de empleo a detectar las actividades emergentes en cada territorio (por ejemplo, trabajos de distribución, cuidado de personas, servicios on line, etc.).

• **Aplicación de modelos de formación on line para la formación continuada de profesionales:**

La formación on line elimina el problema de la distancia entre profesor y alumnos. Permite combinar profesionales de diferentes territorios, contar con profesorado independientemente de su ubicación, eliminando los costes de desplazamiento, e integrar mayor número de alumnos.

La utilización de plataformas específicas para formación cuenta con una acreditada experiencia en ámbitos docentes y ofrecen muchos instrumentos facilitadores de los aprendizajes.

Será necesaria la formación a los profesionales en el manejo de las tecnologías utilizadas, pero también en la gestión relacional que suponen las nuevas fórmulas.

