

## CRISTINA MILIÁN VALLE

### Trabajadora Social del Servicio de Urgencias del Hospital Clínico de Barcelona

Dolores de Pedro Herrera

Un centro hospitalario es conocido o lo asociamos con la enfermedad, con las emergencias, pero no es tan común asociarlo a las urgencias sociales. Si tuvieras que darlo a conocer, ¿cómo argumentarías la necesidad del Trabajo Social en un servicio de urgencias hospitalarias?

El contexto donde estamos ubicados es estrictamente médico, por lo que no lo asociaría al concepto de “urgencias sociales”. La persona que llega a urgencias lo hace por una preocupación asociada a su salud física y/o psíquica. Ambas pueden ir asociados a múltiples factores que favorecen la intervención del trabajador social de urgencias.

Lo que propicia la existencia de una unidad de trabajo social es la orientación asistencial que quiere ofrecer el hospital, en este caso el Clínico de Barcelona, que va orientada a proporcionar una atención integral y de calidad, ante una situación de urgencia en el estado de salud.

¿Cuánto tiempo lleva funcionando este servicio en urgencias y que necesidades llevó a organizarlo?

La Unidad de Trabajo Social empezó a funcionar al mismo tiempo que el Servicio de Urgencias. Yo empecé a trabajar en el año 1991 y mis compañeros ya llevaban un año en urgencias. Creo que desde principios de los 80. ¡Ha llovido mucho!

Concretamente, ¿qué tipo de situaciones/ problemas dan lugar a crear un servicio de Trabajo Social de urgencias en un hospital general?

Las situaciones y/o problemas que dan lugar a crear un servicio de Trabajo Social en urgencias vienen dadas por:

a. Población de riesgo y, de éstos:

1. Pacientes que presentan problemáticas socio-sanitarias:

- Enfermos geriátricos que viven solos.
- Enfermos sin familia en el servicio y que no pueden facilitar información.
- Cualquier adulto incapaz de cuidar de sí mismo y sin soporte social.

2. Pacientes con problemáticas específicas:

- Menores de edad.
- Personas con frecuentes visitas en el servicio.
- Personas en situación de indigencia.
- Personas extranjeras.
- Personas sin identificar.

b. Diagnóstico de riesgo:

- Enfermos y familias donde el diagnóstico está relacionado con enfermedades degenerativas o terminales, de afectación neurológica, descompensación de patología de base o desorden psiquiátrico.

c. Situación de crisis:

- Individual: familiares o núcleo afectivo de pacientes críticos o en situación de últimos días u horas en el Servicio de Urgencias.
- General: daría lugar a la activación del PGCE-HCB (Plan General de Catástrofes Externas-Hospital Clínico de Barcelona).

¿Qué puede ofrecer este servicio a un ciudadano?

Esta pregunta me resulta muy útil para clarificar nuestro ámbito de actuación.

Este empieza con el registro del paciente en el Servicio de Urgencias y acaba con el alta del paciente del Servicio de Urgencias. Ya sea el alta a domicilio, por ingreso o por defunción.

Dicho esto, si me permites, acotaré la pregunta, cambiando la palabra “ciudadano” por “población que acude al Servicio de Urgencias”.

Y a la población que acude al Servicio de Urgencias y, en términos generales, a la Unidad de Trabajo Social de Urgencias, ofrece atención inmediata. No damos día y hora. Estamos para:

- Facilitar el tránsito por el Servicio de Urgencias a familias de pacientes críticos o a las familias de las personas que llegan a urgencias ya cadáver.
- Facilitar, en los casos que se requiera, el alta del paciente en las mejores condiciones posibles, a fin de contribuir al drenaje del Servicio de Urgencias.
- Asimismo, estamos, cuando se requiere, como profesional de soporte para las demás categorías profesionales, fundamentalmente para los facultativos.

¿Se van viendo cambios en el tipo de situaciones que se atienden actualmente a cuando comenzó?

Las situaciones no han variado. Lo que ha variado son los contextos en que se producen las situaciones. Eso ha llevado a protocolizar intervenciones que antes se daban de forma general y descontexto-

tualizada. Un ejemplo paradigmático ha venido de la mano de la violencia de género. La sensibilidad y alarma social generada ha propiciado la creación de una comisión interdisciplinar que, entre otras cosas, ha generado un protocolo de intervención en urgencias.

La violencia en el ámbito familiar no es exclusiva de nuestros tiempos. Ahora se le ha puesto nombre y se han aprobado leyes específicas. Se ha reconocido una situación que antaño era un problema particular/familiar como problema social.

En esta línea, otra ley esperanzadora es la Ley de la Dependencia.

---

La gente sabe que un hospital funciona las 24 horas del día. ¿El Departamento de Trabajo Social del Hospital Clínico también funciona todo el día?

Funciona con el mismo horario del servicio: 24 horas los 365 días del año.

---

¿Es un servicio que depende del propio Servicio de Urgencias o del Departamento de Trabajo Social del Hospital?

Dependemos de la Unidad de Trabajo Social del hospital que, a su vez, depende de la Dirección Médica del hospital.

---

¿Cómo está organizado en el área de Urgencias?

Hablar de organización en urgencias parece contradictorio por cuanto es un servicio en el que no sabes nunca que pasará, ni en que orden, ni en que intensidad ni frecuencia. Dicho así parece “un sálvese quien pueda”.

Es como un batalla y, como tal, hay estrategia y organización. Una cosa es el funcionamiento de urgencias como servicio y, otra, la organización del Departamento de Trabajo Social en urgencias. Me centro en este último.

Somos cinco profesionales. Cada uno cubre un turno de trabajo en horario de mañana, tarde, fin de semana y dos turnos de noche. Un profesional para seis plantas de atención en urgencias. Se nos localiza por teléfono, por medio de un teléfono móvil o en persona. Nuestra movilidad física por el servicio es habitual. Disponemos de un despacho donde atendemos a las familias y centralizamos nuestra actividad. Entre otras cosas, llevamos un registro diario de las intervenciones y gestiones en cada turno de trabajo. Esto es indispensable para

informar al compañero del turno siguiente sobre las incidencias del servicio, así como para nuestro control estadístico trimestral.

---

En este tipo de servicios, la intervención está coordinada con otros profesionales sanitarios y de estrecha relación con los Servicios Sociales de Atención Primaria, y también con los de Salud. ¿Existen protocolos de actuación y coordinación?

Sí. Podríamos decir que mantenemos dos líneas de coordinación y derivación: la interna y la externa.

La coordinación interna es para con nuestras compañeras de hospitalización. Les informamos de los pacientes que ingresan vía urgencias y que ya en urgencias presentan un perfil socio-sanitario complejo. El objetivo es que las compañeras tengan información desde el primer día de ingreso a fin de acotar y planificar el alta del paciente.

La coordinación externa nos resulta imprescindible, tanto para tener actualizada al momento la situación social de la persona que está en urgencias, como para informar/derivar a pacientes en situación de riesgo, por edad o patología médica, ya se presente ésta de forma súbita o como empeoramiento de la patología de base.

---

¿Qué intervenciones realiza en Urgencias que son más específicas en relación a otros servicios del hospital?

Como más específicas y características del servicio son las intervenciones en crisis. Y distinguimos de dos tipos: las generales y las individuales o particulares. Espero no tener que hablarte nunca de la experiencia en intervención en crisis de tipo general, porque estaríamos hablando de una situación de catástrofe o emergencia en la ciudad de Barcelona, ya sea natural o por acción terrorista o de otro tipo provocada por las personas.

A las que estamos más habituados, que no acostumbrados, son a las de tipo individual o particular. De éstas podemos distinguir dos tipos:

- La atención y acompañamiento que se ofrece a las familias de pacientes críticos, que llegan cadáver o que se encuentran en situación de últimos días (SUD).
- El asesoramiento y orientación que se ofrece, si se precisa a las familias que acuden desbordados emocionalmente por la atención que requiere o requerirá su familiar. A veces el paciente se ha descompensado de su patología de base. Por ejemplo, cualquier proceso neurológico, ya sea Parkinson, Alzheimer, dete-

rioro cognitivo, etc. A veces el paciente ha sufrido una caída. Puede producirse una situación difícil para los familiares cuando el diagnóstico no requiere ingreso hospitalario y al mismo tiempo supone una disminución importante o prácticamente nula del paciente para sus actividades de la vida diaria (AVD).

Son ya muchos años de experiencia en Urgencias ¿Qué cree Vd. que está pendiente de mejorar y qué echa en falta en estos servicios?

Nuestro Servicio de Urgencias está en obras y se prevén cambios estructurales importantes, con los que espero que se mejore:

- El confort de las familias en la sala de espera.
- La mejora del sistema de megafonía, audición y señalización, así como la disminución del ruido ambiental que incidiría de forma considerable en lo anterior.
- El establecimiento de los circuitos de seguridad en urgencias para con el personal asistencial, así como el control de acceso de personas a las áreas asistenciales.
- La mejora de la privacidad e intimidad en los boxes de atención a los enfermos.
- La difusión efectiva del circuito de efectos personales. Se extravían objetos personales con demasiada frecuencia, con los problemas que genera en el servicio y en las personas afectadas.
- La adecuación de espacios para la comunicación de malas noticias. Actualmente lo más accesible es nuestro despacho. Y es insuficiente.

Cuando se lleva un tiempo en la práctica, nos especializamos o nos formamos en algún modelo que la experiencia nos va diciendo que es el más idóneo para la intervención. ¿Sugeriría algún modelo que, desde su punto de vista, es más adecuado a la intervención en un servicio hospitalario de urgencias?

Más que extenderme en algún modelo os remitiría al libro de Mathilde Du Ranquet, Los modelos en Trabajo Social. Intervención con personas y familias (Editorial Siglo XXI). Mathilde Du Ranquet dedica un capítulo al modelo de intervención en crisis.

Ahora bien, en términos generales, lo que resulta para mí imprescindible para trabajar en un servicio de urgencias es el sentido común y el sentido del humor. Ambos combinados nos han de servir de medida de protección para:

- Evitar la confluencia con el otro.
- Establecer límites.
- Desdramatizar la situación enseguida que sea posible.

Después de su experiencia, supongo que está de acuerdo en que hay diferencias entre la atención cotidiana del día a día y la atención en situaciones de catástrofes o accidentes donde son afectados grupos de población. ¿Podría señalar a grandes rasgos sus diferencias?

A grandes rasgos, el contexto y la circunstancia o proceso de enfermedad que provoca la visita de urgencias.

Fíjate que en tu pregunta has utilizado la palabra cotidiana, que hace referencia a lo conocido. Aunque, para la persona y el núcleo afectivo cercano la situación no sea agradable, ésta es conocida por ellos. Tiene cierto control sobre la situación y saben o han aprendido a moverse con lo que les ocupa.

Por el contrario, cuando se produce una situación de accidente múltiple o catástrofe, ésta irrumpe en nuestras vidas, en nuestras agendas diarias, en las que por lo general no tenemos previsto acudir a un servicio de urgencias. ¿Y que ocurre cuando una circunstancia irrumpe en nuestras vidas? Nos vemos en un lugar ajeno a nuestra cotidianidad, y resulta que nuestra seguridad emocional y nuestra salud física y emocional están en manos de unos desconocidos, profesionales pero desconocidos. La pérdida de control temporal de nuestras vidas produce incertidumbre y ésta es un generador de estrés fenomenal. Si a esto le añades las características personales de cada uno, tienes servida una situación de crisis en el servicio de urgencias.

Si le estuviese entrevistando una alumna de Trabajo Social, ¿qué sugerencias le haría para completar su formación y ser competente en un servicio de estas características?

Además de lo obvio, ser diplomada en Trabajo Social y estar colegiada, debe pasar por un período de formación en el mismo servicio antes de incorporarse en el pull de suplentes.

A nivel personal es muy conveniente que cuente y se entrene dentro de su proceso constante de aprendizaje laboral y personal en una serie de características personales y habilidades sociales. Como características personales destaco: el equilibrio emocional, la seguridad en uno mismo, la capacidad de autocontrol, la capacidad de poner y mantener límites, la resistencia a la fatiga física y psíquica y alta tolerancia a la frustración. Como habilidades sociales destaco: adaptación y flexibilidad, gestión positiva de los conflictos, la capacidad de improvisación ante los imprevistos de carácter

técnico o práctico (creatividad), tomar decisiones en situaciones de mucho estrés, comprender la emoción (saber leer e identificar la emoción en la actitud y la palabra), la empatía, la habilidad para gestionar el silencio, la capacidad para la escucha activa y lo mencionado anteriormente: sentido común y sentido del humor.

---

Urgencias es un servicio especial, con mucha intensidad emocional en momentos concretos.

¿Hay alguna situación que recuerde que, en su momento, le afectó especialmente?  
¿Qué le ayudó a Vd. a manejarla?

Yo, personalmente, no me acostumbro y no dejan de sorprenderme las muertes súbitas por causa natural o traumática.

Si nos ponemos a analizar, quizás llegaríamos a la conclusión de que algunas no son tan súbitas: a veces son “crónicas de una muerte anunciada”. Otras, aparentemente y sin autopsia previa, no tienen explicación. Éstas son muertes sin causa traumática que las justifique.

Son situaciones difíciles para todos, personal asistencial y familia. Son intervenciones cortas en el tiempo e intensas en el contenido. Según las circunstancias, algunas conllevan más carga y desgaste energético para el trabajador/a social.

¿Qué me ayuda a manejarlas? El sentido del humor, sin duda.

---

¿En qué momento se encuentra el Trabajo Social en cuanto a la atención a situaciones críticas desde un espacio sanitario?

Al mismo tiempo que se ha adelantado mucho con la incorporación del Trabajo Social en los diferentes niveles de atención sanitaria como áreas básicas de salud (ABS), áreas de hospitalización, unidad funcional interdisciplinar socio-sanitaria (UFISS), etc., no acaba de arrancar la incorporación del trabajador social en los servicios de urgencias, por lo menos de los grandes hospitales de las ciudades.

La participación en acciones formativas, asistencia a congresos, participación de grupos de trabajo, así como, sin ir más lejos esta entrevista, contribuyen a difundir la figura del trabajador/a social de urgencias y con ello contribuimos a la sensibilización de la incorporación de este perfil profesional en los Servicios de Urgencias.

**Dolores de Pedro Herrera**

*Profesora titular de Trabajo Social de la Escuela  
Universitaria de Estudios Sociales.*

*Universidad de Zaragoza.*

*C/ Violante de Hungría, 23 -50009 Zaragoza (España)*

*Teléfono: (00 34) 976 762 121*

*<http://www.unizar.es/centros/eues/html/vista>*