



LH

HUMANIZACIÓN, PASTORAL Y ÉTICA DE LA SALUD

La pandemia, escuela de aprendizaje, ¿nos ha hecho mejores?

LA
BOR
HOS
PITA
LARIA

n.334

SEPTIEMBRE/OCTUBRE/
NOVIEMBRE/DICIEMBRE

3/2022

Año 69. Tercera Época
Septiembre/Octubre/ Noviembre/Diciembre
Número 334. Volumen LIII

Consejo de Redacción

Dirección

Calixto Plumed Moreno O.H.

Director adjunto

José María Galán González-Serna

Coordinadores

Humanización

Isabel Grimal; Josep Antoni Boix

Pastoral de la Salud y Social

Begoña Moreno Guinea; Susana Queiroga

Ética de la Salud y Social

Carmen Massé; José María Bermejo OH

Redacción - Maite Hereu

Administración - Dolores Sáenz

Consejo Asesor

Humanización

Jesús Pineda OH; Anna Ramió; Raquel Sisas

Ética de la Salud y Social

Jacinto Bátiz; Margarita Bofarull, rscj;

M^a Pilar Núñez-Cubero; Anna M. Prats;

Manuel de los Reyes López

Pastoral de la Salud y Social

Amador Fernández OH; Marije Goikoetxea,

José Luis Méndez; Mercé Puig-Pey

Dirección y Redacción

Curia Provincial

San Juan de Dios de España

Edificio San Juan de Dios

Herreros de Tejada, 3 28016 Madrid

Teléfono. 91 387 44 99

laborhospitalaria@sjd.es

Fotografías

Xavier Tobella

Abstracts

Manners Traduccions

Información y suscripciones

laborhospitalaria@sjd.es

www.laborhospitalaria.com

www.laborhospitalaria.com

Publicación autorizada por el Ministerio de

Sanidad como soporte válido.

Ref. SVR nº. 401

ISSN 0211-8268 - Dep. Legal: B.2998-61

COLOR DIGITAL - BCN



00/ Editorial. p6

Ante la Pandemia del Coronavid-19.

Comisión General de Bioética de la
Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. **p10**

Tras la evolución de la pandemia: problemas y perspectivas.

Comisión General de Bioética de la Orden
Hospitalaria de San Juan de Dios y de las Hermanas
Hospitalarias del Sagrado Corazón. **p14**

01/ Ante todo, personas: qué hemos aprendido en la escucha a profesionales sanitarios.

Virginia Cagigal de Gregorio. **p20**

02/ Vivir con las emociones tanto los mayores como los jóvenes.

Calixto Plumed Moreno, O. H. **p30**

03/ ¿Dosis de recuerdo para la solidaridad?

Sebastián Mora Rosado. **p50**

04/ Pandemia y postpandemia: efectos sobre nuestras vidas.

Julio de la Torre. **p62**

05/ La pandemia covid desde la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios.

Calixto Plumed Moreno, O. H. **p72**

06/ Experiencias. p94

6.1/ CuiDando - Experiencia durante la pandemia.
Ana Filipa Guimaraes

**6.2/ Tele-covid: humanizando y optimizando
la asistencia en tiempos de pandemia.**
Antonio Fernández Moyano

6.3/ ¡Estamos vivos!
Juan A. Diego Esquivias O.H.

**6.4/ Albergue San Juan de Dios. Madrid.
Reflexiones sobre la Covid-19..**
Ubaldo Feito Pinela O.H.

**6.5/ Y de repente un día todo cambió,
me cambió, nos cambió.**
Joana Gutiérrez García

**6.6/ Experiencia personal Covid-19.
Primera Ola CSJD-Ciempozuelos.**
Nubia Ordóñez Peñafiel

**6.7/ Experiencia en la Clínica
Nuestra Señora de La Paz.**
Roberto Izquierdo García

6.8/ A través de nuestra mirada.
Carolina Muñoz de la Cruz

**6.9/ Retos y oportunidades en la gestión
social de una pandemia. La experiencia
de Sant Joan de Déu Serveis Socials Barcelona.**
Francesc Pous

6.10/ Caminar en tiempos de Pandemia.
Ana María Pollo

Normas de Publicación

Normas generales para la presentación de artículos.

1. El manuscrito deberá realizarse utilizando el programa **Word** como procesador de texto y en **Excel** o **PowerPoint** cuando se trate de gráficos. Respecto al texto, la presentación será espacio y medio, a un cuerpo de letra de **Arial 12**, en **DIN A4**, dejando los márgenes laterales, superior e inferior de **2,5 cm**.

2. Si se envían imágenes digitales, éstas deben tener una resolución de **300 dpi**, a un tamaño de **10 x 15 cm**, y en formato **jpg**.

3. Para los artículos, el texto del manuscrito, incluida la bibliografía, deberá ajustarse a un **máximo de 3.000 palabras**.

Las tablas, cuadros, gráficos o imágenes se enviarán aparte del texto, cuyo número no excederá de **seis** en conjunto, debiendo estar numeradas y acotadas según su orden de aparición en el texto y conteniendo título, leyenda o pie de foto, según proceda.

Se intentará restringir al máximo las abreviaturas y siglas, que se definirán cuando se mencionen por primera vez. Las páginas se numerarán consecutivamente, desde la página del título, en el ángulo superior o inferior derecho.

Todos los artículos tendrán que incluir un resumen, que **no superará las 150 palabras**, y entre tres y cinco palabras clave, en castellano y en inglés.

Para las experiencias, el texto del manuscrito deberá ajustarse a un **máximo de 1.000 palabras**. No es necesaria la presentación de: bibliografía, resumen y palabras clave.

4. La página del título deberá contener el título del trabajo (que será breve pero informativo), nombre y dos apellidos de cada autor/a, títulos académicos y filiación institucional, así como el nombre, la dirección postal y electrónica (E-mail) y el teléfono

de contacto del autor/a responsable para posible correspondencia.

5. La bibliografía utilizada en la elaboración del manuscrito, deberá ser citada en el texto según la **normativa APA** y así mismo estar referenciada en el apartado correspondiente de Bibliografía.

6. El manuscrito debe acompañarse de una carta de presentación donde el autor/res/ras **autorice su publicación, la cesión de derechos, así como la certificación de que se trata de un trabajo inédito** y que tiene todos los permisos necesarios para reproducir las ilustraciones, fotografías u otros materiales contenidos en el texto que presenta. **No se aceptarán trabajos ya publicados.**

7. El manuscrito debe enviarse por e.mail a la siguiente dirección: **laborhospitalaria@sjd.es**

Acceso al fondo bibliográfico y pautas de suscripción

La microsite www.laborhospitalaria.org permitió en su momento tener acceso al fondo bibliográfico de la revista desde 1972 para todos los interesados en temas de humanización, ética y pastoral de la salud, dejando para los suscriptores el acceso a los contenidos de los dos últimos años. Sin embargo, este 2019 los Hermanos de San Juan de Dios han decidido abrir la publicación online a todos los internautas, eliminando el pago de la suscripción online por los contenidos de los dos últimos años.

Se mantiene la suscripción en papel con la que recibir la publicación por correo postal al precio de **36€** para España y **50€** o **50\$** para el resto de países. Para suscribir sólo hay que mandar un correo electrónico a laborhospitalaria@ohsjd.es con los datos personales, dirección donde recibir la revista y número de cuenta para domiciliar el pago.

Para cualquier duda o consulta pueden ponerse en contacto a través de nuestro correo electrónico: laborhospitalaria@ohsjd.es o llamar al 936 303 090 (ext. 12482)

Precio de las suscripciones

LH Año 2023	Papel / Digital	36 € - España
		50 € - Europa
		50 \$ - USA

Les informamos que sus datos serán responsabilidad de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, y se tratarán para el envío de publicaciones, y bajo la legitimación de su consentimiento. No se cederán datos a terceros, excepto que sea obligación legal. Si desea ejercer sus derechos de acceso, rectificación y supresión de los datos, así como otros derechos reconocidos, o para más información, pueden contactar con eduardpui@ohsjd.es



editorial

La pandemia, escuela de aprendizaje ¿nos ha hecho mejores?

La irrupción de la pandemia nos obligó a radicales ajustes en cuanto a estilo de vida y funcionamiento social. Desde un principio los individuos, colectivos y el propio sistema han estado persiguiendo un retorno -con excepciones contadas- al estilo de vida y funcionamiento social previos.

La pandemia parece se atenúa en sus efectos y fluctúa en su evolución sin desaparecer del todo, perpetuando la magnificación de la incertidumbre que trae consigo. En este tránsito incierto, o bien hacia la normalidad de antes, o bien hacia una “nueva normalidad” permanente, podemos preguntarnos en qué medida con la pandemia hemos aprendido algo y nos está haciendo mejores, porque toda vivencia puede devenir una lección y esa lección sólo será “mala” si no nos la aprendemos.

¿Qué podríamos estar aprendiendo de la pandemia?:

- El valor de la vida vs. el miedo a la enfermedad y la muerte.
- ¿Vida biológica o vida espiritual? ¿Importan los años o vivirlos con dicha?
- Decrecimiento desde la espiritualidad.
- Vivir más sencillamente, haciendo menos y menos frenéticamente, consumiendo menos, huyendo menos de nosotros mismos a través del trajín constante.
- Cuidar del planeta o vivir/morir a costa de él.
- Cultivar nuestras relaciones significativas vs. la dificultad de una convivencia profunda.
- Soledad como recogimiento o como aislamiento.
- Papel de los mayores en sociedad: reclusos o reconocidos.
- Interconexión global y desigualdad mundial.
- Reconocimiento social de las profesiones deservicio, indispensables para el funcionamiento social.
- Solidaridad ante la indefensión colectiva o individualismo y exclusión social creciente.
- Salud como derecho o como comercio.

¿Estamos dispuestos a aprender de todo ello, adoptando los cambios que pueden prevenir nuevos envites de este tipo, tal vez más graves en un futuro, o preferimos acelerar hasta que sea el propio colapso del sistema el que nos detenga? Y, como cristianos, ¿qué valores percibimos más cercanos a los del Reino, aquellos que demanda la pandemia o aquellos en los que vivíamos instalados? Y, como Iglesia, ¿cómo hablar de ello?

Resulta muy ilustrativa la reflexión de [Francisco](#)

[José Ruiz Pérez S.J.](#) que nos puede servir de referencia orientativa:

La Covid-19 nos ha metido en la convivencia directa, sin subterfugios, con nuestra fragilidad.

Una consecuencia de ello es que estábamos cayendo en la ingenuidad de sobrestimar el logro humano, olvidando que no puede zafarse de los límites de lo natural.

Nuestra precariedad acaba siendo el dato irrefutable. La vulnerabilidad está ahí desde siempre, arranca a partir de nuestro origen, es condición humana. La muerte se encuentra implantada en la vida desde el instante en que comienza.

Podemos reproducir existencialmente en nosotros lo que la parábola del buen samaritano propone como enfoque de vida: el contacto con lo vulnerable y lo vulnerado como proyecto (cf. [Lc 10, 29-37](#)). El Vete y haz tú lo mismo ([Lc 10, 37](#)) no es entonces un consejo puntual: es un horizonte con pretensiones de orientar toda la existencia.

“La historia entera de la Medicina confirma esta actitud combativa del cristianismo frente a la enfermedad”. La asistencia al enfermo es el núcleo de la reacción general de la Iglesia ante el mal (natural). En palabras de Laín Entralgo, “contra lo que una visión deformante de la realidad haya podido difundir, el cristiano no quiere la enfermedad, sino la salud”.

La respuesta no parece otra, sino que en la vulnerabilidad hay para Dios una posibilidad excepcional de humanización: de una mayor

y definitiva humanización, que termina convirtiéndose en encuentro interpersonal y comunitario. Lo vulnerable es oportunidad para una unión que, sorprendentemente, aparece como una alternativa a la soledad humana.

Somos vulnerables ¡y eso nos convierte en nosotros! La vulnerabilidad no es un sitio para huir. Es el lugar para citarnos y así descubrir nuevas oportunidades para la vida. Transitamos desde la fantasía de que existe un mundo sin imprevistos a la verdad de que los imprevistos son parte inevitable de la vida.

La Teología, la Pastoral de la Salud, principalmente viene a decir que somos contingentes, pero también que estamos misteriosamente sostenidos en esa contingencia.

En la contingencia no se embarranca la existencia. Al contrario: justamente en ella se redimensiona la historia. Lo que parecía muerte resulta que es vida. Y eso es muy real, tanto como la Covid-19.

Está quedando bastante claro que la principal línea divisoria hoy día ya no pasa entre creyentes y no creyentes sino entre ‘buscadores de sentido’ e ‘instalados’ [...] Tenemos que aprender a ensanchar radicalmente las fronteras, [...] tenemos que abrir las puertas que hemos cerrado por miedo de los otros ([Xavier Morlans](#)). Acuñaemos esta terminología en nuestro estilo de vida: **sociedad abierta, sociedad líquida, economía digital, una nueva globalización, ...**

Como nunca estaremos preparados, porque todo, cada día resulta nuevo, podremos experimentar incertidumbre e inseguridad. La palabra miedo puede implicar o significar ansiedad, nerviosismo y hasta desconfianza. ¡No sucumbiremos al miedo!

El futuro depende de la educación en valores, en nuevos hábitos higiénicos, en respeto a los demás. Aprender de la historia, para no repetir lo que hemos hecho, ya que las consecuencias pueden ser similares o mayores. A desterrar la indiferencia y, a integrar la espiritualidad. A tomar consciencia de la vulnerabilidad de la persona. A considerarnos integrantes del mundo (**Laudato Si'**) y sabremos dialogar mediante las conversaciones y los pactos.

Ahora habremos de decir que no hay otra alternativa que cambiar, cambiar a otro estilo de vida, pues con el que hemos llevado, ya conocemos sus efectos. Y si volvemos a hacer lo que nos ha traído hasta aquí, tal vez nos suceda lo mismo. Cambio cognitivo y cambio comportamental, no hay otra solución. Lo que pasa es que nos falta la voluntad de aprender y mucho nos tememos que vamos a volver a las andadas...

En esta edición de **Labor Hospitalaria**, se aportan luces y reflexiones a propósito de las situaciones vividas a nivel social y en el ámbito de la Orden Hospitalaria en sus centros en los que se han atendido y aprendido a madurar, evolucionar y actual en momentos de crisis. Parece que hemos aprendido algo. También se destacan aspectos relacionados con la importancia de la dimensión emotiva en la atención tanto de los pequeños como de los mayores. No falta un análisis de nuestra dimensión y disposición para resultar solidarios en los momentos de crisis y en los momentos habituales con claros matices.

El ser humano se caracteriza por tener conciencia de su propia dignidad y de que la salvaguarda de la misma está unida al respeto de su libertad. Los políticos nos han manipulado. Como somos masa se nos ha manipulado: y el experimento ha funcionado. Hemos aprendido que no nos debemos dejar engañar tan fácilmente y entre todos remar en el mismo sentido sin dejarse llevar de ideologías manipuladoras: la libertad es esencial para poder crecer.

Hemos de recordar los principios morales que los católicos debemos tener presentes para deci-

dir sobre nuestra actuación ante leyes actuales y otras semejantes, y que, cualquier estado o persona comprometidos en la defensa de los derechos humanos pensamos que deberían respetar.

Somos muy conscientes que estamos inmersos en una sociedad multicultural. La bioética se mueve en ese contexto y habitualmente en la gestión de la complejidad, que tiene como desafío ayudar a pensar sobre la realidad, incluyendo en esa reflexión el sentido mismo de las profesiones sanitarias. Y, por descontando, teniendo en cuenta los colectivos a los que prestamos atención.

En la presente publicación de **Labor Hospitalaria**, por ser concretos y prácticos, se encarnan experiencias que están sirviendo para encontrar algún sentido en una crisis como la presente y para podernos orientar, sobre cómo superarlas cuando otras aparezcan, citando testimonios de personas que han aprendido algo y crecido desde su propia crisis personal. Sencillamente porque nos está moviendo el espíritu de la Hospitalidad que respiramos.

Bien sabemos que pocas cosas tenemos bajo control, ni siquiera nuestra propia capacidad de concentración... Tal vez la vida no sea tan complicada como la hacemos y tengamos que contentarnos con cosas más sencillas, no tan sofisticadas... Habremos de aprender a relajarnos, a serenarnos, a no exigirnos y a no sentirnos mal porque no llegamos, porque no sabemos, porque no hacemos...

Además, la pandemia ha permitido que miremos hacia dentro, que reflexionemos sobre dónde estamos y hacia dónde y cómo queremos caminar. Ha surgido una vuelta a la práctica espiritual y a la vivencia de lo religioso como algo necesario. Mirando en positivo la pandemia ha traído, que lo auténtico, sencillo y habitualmente inmaterial, se hace importante y ojalá, principal motor de nuestras vidas, a fin de ser plenos en ellas.

Calixto Plumed Moreno, O.H.
Director



Ante la Pandemia del Covid-19

Desde la Comisión General de Bioética de la Orden se diseñaron unas pautas éticas de referencia para los profesionales de la Orden Hospitalaria por encontrarse ante situaciones de urgencia o alarma, que debían ser tomadas en consideración. Sirvieron también estas consideraciones para agradecer todo el trabajo que se realizó en todos los ámbitos, reconociendo la labor de colaboradores y hermanos que desempeñaron esos inestimables servicios de atención a los enfermos, a pesar de las limitaciones y dificultades.

Estamos inmersos ante una realidad, que tiene entre otras, las siguientes características:

Al tratarse de una pandemia viral con distintas consecuencias de gravedad, se ha generado un estado de “**alarma**” a nivel mundial. Los países han tomado medidas diversas según su grado de afectación, las sugerencias de sus expertos, las medidas disponibles de protección, sus estrategias políticas, sus recursos socioeconómicos etc.

Una de las consecuencias más evidentes es el elevado número de personas infectadas, dada la facilidad de contagio. En algunos países, hay también un número considerable de personas fallecidas. La población más afectada, aunque no exclusivamente, son las personas de edad avanzada y las personas con patologías crónicas previas.

La consecuencia de salud es la más importante y evidente, pero se están poniendo de manifiesto otras consecuencias que también tienen su gravedad, y que además acaban teniendo una

repercusión en la salud de las personas y de la población: consecuencias económicas, sociales y de bienestar psíquico y espiritual.

Existe todavía, aunque nos afecta desde hace ya algunos meses, un gran desconocimiento sobre aspectos básicos de la pandemia. Nos faltan certezas sobre los mecanismos de contagio, sobre los tratamientos más adecuados y su efectividad; hay dudas sobre la inmunidad posterior a la enfermedad, así como sobre la duración de esta inmunidad... Todo ello genera incerteza, inseguridad, dificultad para la toma de decisiones, falta de confianza de la población hacia políticos, expertos y líderes públicos.

Los profesionales de la salud y los establecimientos sanitarios y sociales, están en el punto de mira de la sociedad. Predomina la admiración y el reconocimiento por su labor. Se les asignan atributos de heroicidad. Son evidentes los esfuerzos que realizan y los riesgos que asumen para seguir ejerciendo con responsabilidad su función de atender y cuidar de las personas Enfermas. Lamentablemente, en algunos lugares, hay también algunas expresiones de rechazo, por considerarles potenciales transmisores de la enfermedad.

Seguramente en la mayoría de profesionales hay satisfacción por poder ofrecer sus conocimientos en bien de la sociedad. Sin embargo, entre los profesionales hay también muestras de cansancio, físico, psíquico y moral. Para muchos ha sido, y sigue siendo, un sobreesfuerzo importante, una tensión por el riesgo de ser contagiado y poder contagiar a otros, también

a sus familiares, y a ello cabe añadir el desgaste emocional y moral por tener que atender a las personas a veces en situaciones y con medios que no son los habituales, ni en ocasiones los más óptimos.

El volumen de la pandemia ha provocado en varios lugares escasez de material sanitario. Las estructuras sanitarias existentes en muchos lugares han sido insuficientes. Todo esto tiene repercusiones tanto para la atención de los enfermos como para la de los profesionales: insuficiencia de camas de intensivos, de aparatos de ventilación mecánica, de medicamentos, de materiales de protección al contagio, los llamados **EPI** (equipos de protección individual), de test para el diagnóstico, etc. La mayoría de la población ha padecido y/o padece la escasez y las restricciones, provocadas también por la especulación económica. Faltan mascarillas, guantes y soluciones hidroalcohólicas para la higiene de manos.

Otra consecuencia ha sido la puesta en marcha de un número importante de ensayos clínicos y estudios de investigación, tanto para conseguir un tratamiento eficaz como para poder disponer de una o unas vacunas. Ello ha supuesto una revaloración del trabajo de los investigadores y científicos, una aportación económica considerable y un mayor trabajo en red a nivel mundial.

También podemos señalar como característica todo lo relacionado con el mundo de la comunicación. Presentaciones e informaciones de todo tipo, con tonos distintos, algunos buscando la exactitud y veracidad científica, otros más orientados a lo espectacular, dramatismo e

incluso morbosidad. Noticias falsas divulgadas con intereses poco nobles, lo que el Papa Francisco calificó en una entrevista de “coprofilia”.

Seguramente podríamos añadir todavía más características a esta lista. Todo ello nos lleva a buscar marcos éticos de referencia, a plantearnos los dilemas que en el ámbito ético surgen como consecuencia de esta pandemia, que, no por encontrarnos en situaciones de urgencia o alarma, pueden soslayarse ni dejar de ser considerados.

Debemos diferenciar entre actuar con celeridad y urgencia, de actuar sin criterios y de cualquier manera. También en las situaciones de crisis o de alarma sanitaria, debemos recordar que “**no todo vale**”, ni todo se justifica.

La Orden de San Juan de Dios, por su misión específica en el mundo de la salud, está implicada directamente en esta realidad y debemos velar entre todos para que no sean descuidados los aspectos éticos que nos deben caracterizar, también y quizá todavía más, en las situaciones de crisis sanitaria.

Los principios básicos de atención a las personas en todas sus dimensiones, así como un correcto acompañamiento y apoyo a los enfermos, a sus familias y allegados, son la base de nuestra manera de hacer y de atender.

Los valores de la calidad, la profesionalidad/responsabilidad, el respeto y la espiritualidad, deben seguir acompañando e identificando nuestra hospitalidad.

Somos conscientes y conocedores de que surgen con fuerza algunos dilemas éticos tanto en el interno de los establecimientos sanitarios y sociales, como en los debates de nuestra sociedad. Estos aspectos los podemos abordar en los Comités de Ética, en pequeños grupos de reflexión, cuando sea posible, o en los mismos equipos asistenciales durante el transcurso de nuestra actividad.

Dilemas sobre criterios de asignación de medios y oportunidades, ante una situación de limitación de recursos. Criterios para poder acceder a servicios de cuidados intensivos o a tratamientos reducidos. Tenemos experiencia de aplicar criterios, sobretodo, clínicos contextualizando la realidad de cada persona, no ciñéndonos a otros criterios como puede ser el de la edad.

En los entornos sanitarios siempre hemos personalizado, buscando el mayor bien posible para el paciente, procurando dar a todas las personas la oportunidad que necesitan, barajado los distintos criterios, combinados y personalizados para tomar decisiones sobre la aplicación o no de tratamientos, para la derivación o no a cuidados intensivos, para la adecuación del esfuerzo terapéutico, y para no ofrecer tratamientos fútiles ni realizar encarnizamientos terapéuticos.

La situación actual nos urge a ser ágiles y precisos en este tema. El apoyo de los Comités de Ética asistencial supone un gran soporte a los profesionales que están en primera línea asistencial. Es obvio que la asistencia clínica y social es prioritaria y fundamental en el momento actual. No debemos olvidar, sin embargo, que en nues-

tras instituciones procuramos una asistencia y cuidados integrales a las personas que atendemos, y ello implica el apoyo y las aportaciones de los profesionales de trabajo social, de psicólogos, de acompañantes espirituales, etc.

Estamos ante situaciones límite, en varios casos con la vida amenazada y más que nunca es necesario ofrecer esta asistencia integral. No podemos reducir la atención a las personas sólo a la asistencia terapéutica orgánica. Se nos plantea el dilema de asumir el riesgo que comporta de la presencia de diversos profesionales, y de afrontar el necesario trabajo complementario de los profesionales de distintas disciplinas.

La situación de crisis sanitaria, no puede menospreciar el principio de autonomía de la persona en su propio proceso de enfermedad, o ante su imposibilidad, la participación y consideración de sus representantes legales. El hecho de vivir una situación complicada no implica volver al “todo por el paciente, pero sin el paciente”. Hemos de procurar respetar los valores y principios de las personas que atendemos, las decisiones que tomen sobre su proceso. La pandemia no tiene que implicar un retroceso en el respeto a la autonomía y a los derechos de los pacientes. Somos conscientes de que en algún caso la situación de emergencia y el estado de alarma pueden suponer una restricción de algunos derechos. En ese caso nos esforzaremos en minimizar los efectos de la transgresión de los principios y derechos de los pacientes y de los profesionales.

También desde la ética, debemos empezar de manera ágil a considerar criterios de protección

y apoyo a nuestros profesionales. Personas que han estado en situaciones de tensión, tomando decisiones de riesgo, conviviendo con muchas situaciones de limitación y pérdidas, siendo testigos y tratando de paliar muertes solitarias, etc. Varios profesionales pueden sufrir un estrés postraumático debido a las situaciones que han tenido que afrontar. Será necesario un proceso de acompañamiento para poder asimilar, expresar y elaborar muchas de sus vivencias. Probablemente varias de ellas estén relacionadas con sentimientos de preocupación por temas éticos.

Los Comités de Ética de la Investigación, han visto aumentado su trabajo por el elevado número de ensayos clínicos y trabajos de investigación que se han puesto en marcha y se siguen planteando. La responsabilidad y profesionalidad, debe mantenerse en sus criterios éticos habituales, a pesar de las presiones y del volumen de actividad, manteniendo la garantía ética en todo lo que se evalúe. Os ofrecemos, por si os sirve de ayuda, el acceso a un “**Banco de Recursos Éticos Covid-19**” puesto en marcha por el **Instituto Borja de Bioética**, en el que participa la Orden.

En este enlace se puede encontrar artículos seleccionados sobre temas relacionados con la ética y la pandemia del Covid-19. Seguramente el apartado de mayor interés para nosotros sea el comprendido en la pestaña de “**Protocolos y Recomendaciones**”. Los artículos están en su idioma original, mayoritariamente español e inglés. El acceso es libre a través de web del Instituto: <https://www.iborjabioetica.url.edu/es/comunicacion/recursos-eticos-sobre-el-coronavirus-covid-19>

Desde los responsables de cada Región de la Orden se puede valorar la oportunidad de hacer difusión de algún protocolo o recomendación de mayor interés para su zona, o promover algún espacio abierto de consulta y/o debate para quienes puedan tener necesidad de ello. Sabemos que existen muchas publicaciones en diferentes países y continentes que pueden ser de interés y animamos a que se compartan entre las personas responsables de la Ética en las Provincias.

Los referentes para las Regiones son:

Hno. Hugues Assou / Africa.

Dra. Silvia Oger / América Latina.

Hno. Pio Chang / Asia Pacífico.

Dr. Salvino Leone / Europa.

Hno. Robert Moore / WEON.

**Hno. Joaquim Erra /
Presidente de la Comisión**

Tras la evolución de la pandemia: problemas y perspectivas

Comisión General de Bioética de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios y de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón. Con estas consideraciones, la Comisión General de Bioética desea animar a toda la Familia Hospitalaria a seguir reflexionando sobre los temas tratados y a poner en marcha las medidas más adecuadas para hacer efectiva, también en estos ámbitos, la vocación específica de la Orden y la Congregación, en el Carisma de la Hospitalidad.

Transcurridos más de dos años desde el inicio de la pandemia de Sars-Cov-2 y habiendo entrado ya en lo que comúnmente se denomina la “cuarta fase”, la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios y la Congregación de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón, a través de su Comisión General de Bioética, desean ofrecer este documento de posición sobre las cuestiones éticas más críticas de este periodo.

En todos los ámbitos que se enumeran a continuación, nuestros Institutos Religiosos, se sienten llamados a ofrecer su apoyo y compromiso operativo en las formas y modos que requieren las diferentes realidades sanitarias y geopolíticas.

1. La justicia distributiva. En su formulación más clásica y sencilla, la justicia puede definirse como la “capacidad de dar a cada uno lo suyo”. Aunque esencial, esta definición parece rica en implicaciones éticas cuando se desglosa en los cuatro elementos esenciales que la constituyen. De hecho, es necesario,

- Poseer esta capacidad que constituye una virtud real, teniendo por tanto la “**virtud de ser justo**”.

- Insertar esta virtud en la ética del don por el cual, aunque algo sea “**debido**”, al mismo tiempo constituye algo dado al otro.

- Para dar a cada uno lo que le corresponde y además las personas a las que dar son muchas y diferentes entre sí es necesario que cada uno reciba lo que le corresponde.

- Finalmente, es necesario dar lo suyo, es decir, lo que le pertenece como persona y que no se le puede quitar.

A la luz de estas consideraciones, es habitual dividir la justicia en tres expresiones diferentes:

- Justicia **conmutativa** (que lleva a dar a cada uno lo que le corresponde en virtud de la dignidad, el mérito, la función, etc.);

- Justicia social (inducir a la gente a dar a la comunidad lo que se le debe, especialmente en términos de contribuciones económicas, es decir, impuestos);

- Justicia **distributiva** que lleva a la distribución de los bienes en relación con las necesidades de todos y cada uno.

En este sentido, y en la perspectiva a la que nos enfrentamos, es decir, la nueva fase de la pandemia, surgen dos perspectivas distintas.

A. La primera, y quizás la más inmediatamente comprensible, se refiere a la distribución de los recursos sanitarios orientados específicamente a la prevención y el tratamiento de esta enfermedad en todo el mundo, con especial atención a los países en desarrollo, que son los que más sufren actualmente este problema crítico. La campaña y las políticas de vacunación no pueden dejar de tener en cuenta sus necesidades, que numéricamente son mucho mayores que las de Occidente. Además, las condiciones higiénicas y nutricionales, así como el hacinamiento en algunas zonas, dificultan enormemente la aplicación de ciertas medidas restrictivas como, por ejemplo, el distanciamiento social.

Las condiciones de pobreza, pues, no sólo son un obstáculo para la compra de vacunas y medicamentos, sino que hacen impensable la difusión de herramientas informáticas adecuadas, por ejemplo, para la enseñanza a distancia, las teleconferencias, etc., con un fuerte y mayor empobrecimiento cultural. Por último, los recursos estructurales, es decir, los hospitales y ambulatorios, son ciertamente menos numerosos de lo necesario y no son fácilmente adaptables o ampliables. Así pues, la justicia distributiva para estos países significa un fuerte esfuerzo por parte de los países occidentales para intervenir en relación con los principios sociales de solidaridad y subsidiariedad en su favor. Pero también significa, a nivel local, aplicar políticas que desvíen los recursos económicos hacia estas necesidades primarias y no hacia otros intereses económicos, armamentísticos, etc.

B. Pero la justicia distributiva también tiene otras formas, y esta vez no tanto para los países en desarrollo como para el Occidente. En muchos países, los Estados han tomado medidas para apoyar a las familias y las empresas que a menudo han sufrido enormes pérdidas debido al cierre forzoso del trabajo o a la ausencia del mismo por enfermedad. Pero esto quizás no sea suficiente. También es necesario que las provisiones económicas se extiendan a otros ámbitos, quizá difíciles de traducir a términos monetarios, pero no menos importantes, como el apoyo psicológico a los familiares que, por diversas razones, se han visto perjudicados por la pandemia y que seguramente no podrán dar lo mejor de sí mismos en el futuro. También hay que prestar especial atención a los niños que, sobre todo en los primeros cursos, han sufrido un daño considerable en su aprendizaje escolar, sólo parcialmente compensado por la enseñanza a distancia. Y también hay que pensar en cómo remediar la falta de encuentro debida al uso de máscaras que ha privado a los niños de miradas en el ámbito escolar, de los componentes visuales y labiales de la transmisión educativa.

2. Obligación de vacunación. Desde la aparición de la vacuna, superando con rigor científico las posibles críticas sobre su composición, el momento de la experimentación, etc., y aunque no se han superado algunas posturas inflexibles de los llamados “**no vax**”, ha surgido un problema que sigue abierto: ¿la vacuna debe ser voluntaria o no? Ciertamente, la situación ideal, como en otras condiciones clínicas, sería la del

consentimiento adecuado e informado. ¿Pero en caso de disidencia? Como es bien sabido en el caso de las vacunas en general, y de Covid en particular, la vacunación no sólo protege al individuo sino también a la comunidad: es la inmunidad de rebaño. De hecho, la propagación del contagio, paradójicamente dirigida a superarlo, en algunos casos tiene sentido y funciona. Por ejemplo, en Estados Unidos era costumbre, cuando una niña contraía la rubeola, hacer fiestas en las que se invitaba a otras niñas a jugar juntas para contraerla y así evitar un posible brote en un futuro embarazo. Esto puede tener importancia para la rubéola, que es una enfermedad bastante inofensiva, pero desde luego no para el Covid. Sin embargo, a pesar de los sólidos datos científicos, la contracción objetiva de la propagación del virus debido a la vacunación y la menor morbilidad en caso de infección en los individuos vacunados, siguen existiendo dos importantes cuestiones críticas:

- La primera se refiere a la vacunación en los niños. Es una práctica que suscita dudas incluso entre personas absolutamente convencidas de la bondad y conveniencia de la vacunación. Es necesario seguir reflexionando en base a las evidencias científicas que vayamos teniendo.
- La difusión de la vacunación en los países en desarrollo. Volveremos a hablar de justicia distributiva, pero ciertamente no podemos estar satisfechos y conformes con la superación de las restricciones que nos han desanimado en los últimos años (mascarillas, espaciamiento, pases verdes/sanitarios), etc., si en una gran parte del mundo el virus sigue circulando sin

ser molestado, cosechando víctimas y generando posibles nuevas variantes debido a la ausencia de vacunas disponibles.

3. Derecho a la asistencia. Aunque el problema era muy crítico al principio de la pandemia, no ha terminado del todo y reaparece hoy en día, especialmente en aquellas realidades (como los países en vías de desarrollo) con recursos sanitarios mucho más limitados que los del Occidente industrializado y exasperadamente sanitario. En estas realidades, no se puede atender a todo el mundo, al igual que en una guerra o una catástrofe natural no se puede atender a todo el mundo. ¿Qué criterios utilizar entonces? ¿Qué triaje? El criterio de prioridad no se puede aplicar siempre porque hay varias solicitudes simultáneas. No podemos aceptar la hipótesis utilitarista de descartar a los ancianos o a las personas con graves discapacidades estas personas constituyen una gran parte de la población en situación de mayor vulnerabilidad. La decisión de no curar preocupa:

- A pacientes que se ven de alguna manera excluidos de un posible recurso terapéutico;
- A sus familias que sufren como una “injusticia” esta exclusión;
- Al personal sanitario que se implica personalmente en la elección al tener que decidir. Tienen la responsabilidad de formarse para tomar decisiones complejas en final de vida y antes enfermedades graves.

Para ello sería necesario un plan estratégico que

compare los objetivos de salud pública con los objetivos de salud individual. Para ello, entran en juego los dos criterios clave de adecuación clínica y oportunidad. En virtud del primero (**adecuación**), los criterios selectivos y éticamente aceptables deben ser los de la mayor probabilidad de beneficiarse de la intervención; los de la urgencia de la intervención; los de las condiciones generales, sin discriminación por sexo, edad, condición social, etc., es decir, rechazando criterios utilitaristas y poniendo en el centro a la persona con sus necesidades concretas. El segundo concepto de oportunidad, debe tener en cuenta no sólo a los pacientes que están presentes en el centro hospitalario, a los que en el triaje clásico llegan al servicio de urgencias sino también a los que están en casa y pueden necesitar repentinamente hospitalización.

En cualquier caso, el límite de edad por sí solo (es decir, la exclusión de los pacientes de edad avanzada) no puede ser un criterio absoluto y discriminatorio. En otros ámbitos, un paciente muy anciano con múltiples patologías para el que los riesgos de la cirugía serían muy elevados no es candidato a la cirugía y nadie tiene nada que decir al respecto. También debe aplicarse a estas situaciones un criterio de proporcionalidad de la atención. Ante unos recursos objetivamente limitados, no se trata de diferentes apreciaciones del valor de la vida humana, que es para todos suprema e intangible, sino de realizar elecciones que salven el mayor número de vidas posibles.

4. Libertad individual y bien común. Otro conflicto de valores, o más bien de deberes, que se ha producido y que puede volver a produ-

cirse en el futuro, se refiere a la relación entre la libertad individual y el bien común. En los medios de comunicación habituales se han invocado acusaciones de ilegitimidad constitucional, abuso de poder, negación del derecho a la libertad, etc.

Como instituciones hospitalarias, obviamente no entramos en los posibles argumentos jurídicos y/o políticos del problema, limitándonos al ámbito ético. En primer lugar, debemos partir del hecho de que la libertad individual nunca es un valor absoluto, como no lo son los valores en general. El mismo hecho de que todos estén jerarquizados lo demuestra. Tampoco lo es la vida (véase la permisividad moral de la autodefensa, el martirio o el riesgo de uno mismo por el bien de los demás) y mucho menos la libertad. El problema surge más bien desde la perspectiva de estructurar correctamente esta jerarquía. Esto surge en relación con la ontología, la urgencia y la posibilidad. Por ejemplo, el bienestar económico no puede priorizarse ontológicamente respecto a la vida, pero sí lo hace, en determinadas circunstancias, respecto a la belleza o el conocimiento, que son ontológicamente superiores en sí mismos: ¡con la barriga vacía no se puede apreciar el encanto de la Capilla Sixtina! En el caso que nos ocupa, y más allá de posibles errores y diversas estrategias posibles, en cuyo fondo no vamos a entrar, existen todos los motivos para privar a los ciudadanos de ciertas libertades.

- La primera y más dura privación fue la de la libertad de movimiento. Fue el primero de los “sacrificios impuestos”;

- Luego la privación de la escolarización sólo parcialmente sustituida por la enseñanza a distancia en todo caso de modesta eficacia para la enseñanza primaria;
- La prohibición de visitar y acompañar a los familiares ingresados, sean o no a causa del Covid;
- La soledad de morir en el hospital sin la proximidad de los seres queridos;
- Las actividades productivas desencadenando una crisis económica nunca experimentada (excepto y en parte en tiempos de guerra) en primer lugar para las familias, pero luego también para los Estados en su conjunto.

En el plano ético, el enfoque sólo puede ser “teleológico”. ¿Cuáles son las consecuencias previstas de estas restricciones? Una disminución de los contagios. En algunos países, esto se ha hecho con medidas menos restrictivas, pero hay que tener en cuenta varios factores: las disposiciones restrictivas confiadas a la responsabilidad y la conciencia del individuo en muchos países funcionan, en otros mucho menos, por lo que se necesita una norma contundente para hacerla cumplir: en este sentido, la ética de la obediencia prevalece sobre la ética de la responsabilidad. No es casualidad, por otra parte, que muchas empresas hayan aplicado medidas de seguridad más por miedo a las sanciones que por auténtica responsabilidad social.

Pero una teleología correcta debe tener en cuenta todas las consecuencias para un enfoque me-

todológico correcto. Así, una vez aceptado este objetivo primordial, quedan por evaluar los demás: el desamparo psicológico de muchas familias (especialmente de los niños), las graves dificultades económicas que a menudo han llevado al cierre definitivo de muchas actividades, la crisis del turismo, etc. La pregunta que está en boca de todos es: ¿valió la pena? Desgraciadamente, la respuesta sólo puede ser positiva en ausencia del recurso de la vacunación. Con las vacunas, el panorama ha cambiado y habrá que reevaluar y revisar todas las medidas restrictivas, suprimiéndolas si es posible, limitándolas si procede, manteniéndolas si es necesario.

Hay condiciones en las que la libertad individual debe ceder ante el bien común. En este caso concreto, pues, no se trata de renunciar a un bien individual para favorecer un bien común ya que éste incluye la suma de los bienes individuales. El valor que hay que proteger, no es sólo la libertad sino también la salud y la vida.

Los planteamientos de justicia distributiva, de obligación de tratamientos, del derecho a la asistencia, y de la libertad individual, han de tener siempre una mirada protectora hacia las personas que se encuentran en situaciones de especial vulnerabilidad.





01/

Ante todo, personas: qué hemos aprendido en la escucha a profesionales sanitarios.

Virginia Cagigal de Gregorio,

Doctora en Psicología, especialista en Psicología Clínica.
Profesora del Departamento de Psicología y terapeuta
de la UNINPSI. Universidad Pontificia Comillas. Madrid.

La autora expone cómo ha impactado y sigue impactando la pandemia del COVID 19 en los profesionales sanitarios de todo el mundo. El cansancio, el dolor, el agotamiento psíquico, el aturdimiento... ha hecho mella en los profesionales sanitarios. Nos constata que la pandemia ha impactado igualmente en la salud mental de los profesionales sanitarios y sociosanitarios en cualquier lugar del mundo en donde se han llevado a cabo estudios científicos sobre ello. En este artículo nos cuenta cómo un equipo de psicólogos y psiquiatras de la UNINPSI - Unidad Clínica de Psicología de la Universidad Pontificia Comillas han tenido la oportunidad de acompañar a profesionales sanitarios y sociosanitarios.

Palabras clave: COVID, Profesionales Sanitarios, Escucha, Persona.

The author looks at how the Covid-19 pandemic affected and continues to affect healthcare professionals throughout the world. Causing fatigue, pain, mental exhaustion, torpor and other disorders, it has indeed clearly taken its toll on healthcare personnel. We have observed that the pandemic has also had an impact on the mental health of the healthcare and social and health care professionals everywhere in the world where scientific studies have been conducted on this matter. In this article, Dr Cagigal describes the experience of a team of psychologists and psychiatrists of UNINPSI (Psychosocial Intervention Unit, Comillas Pontifical University) who had the opportunity to accompany different healthcare and social and health care professionals.

Keywords: Covid, Healthcare professionals, Listening, Persons.

En el momento de escribir estas letras, se calcula que en España ya serán unos 13 millones de personas los que se hayan contagiado del COVID 19 en algún momento desde el inicio de la pandemia. Aún resuenan en nuestros oídos o se asoman a nuestros ojos los primeros sonidos o las primeras imágenes de lo que allá por noviembre/diciembre de 2019 pensábamos que era una enfermedad local, que nunca nos llegaría... pero vimos cómo se confinaba ciudades enteras, cómo se levantaban macro hospitales de emergencia de un día para otro, cómo comenzaba a extenderse una epidemia que acabó en globalización, afectando a todo el Planeta. Llegó, nos invadió sin que nos diéramos cuenta, y de algún modo, nos transformó.

Tras cada caso hay una historia, una vida, un recorrido, un dolor. Tras cada enfermo atendido ha habido un ramillete de profesionales luchando por sacarlo adelante, entregando horas, familia, normalidad de vida, salud física, psicológica y riesgo personal. Tras cada persona no diagnosticada, ha quedado la incertidumbre, la duda, a veces el vacío de su muerte por causa ignorada... Llegaron tiempos recios para todo el mundo.

En el centro de toda esta realidad globalizada, los profesionales sanitarios han ocupado un lugar excepcional, insustituible, porque sólo ellos pueden desempeñar las labores de cuidado, ayuda y sanación con los conocimientos y la preparación adecuados, y, por tanto, hemos necesitado indefectiblemente de ellos. Los centros hospitalarios se transformaron en pocas horas: lo que antes era un quirófano ahora era una

sala COVID, los roles desempeñados por unos fueron adaptados a otras necesidades, hubo profesionales que tuvieron que ocuparse de labores de gran responsabilidad en áreas que no eran de su especialidad, los equipos se estiraron como gomas elásticas tratando de dar respuesta a la ingente necesidad de atención médica y socio-sanitaria, entre compañeros se cubrieron los huecos que iban dejando los que contraían la enfermedad o aquellos que iban falleciendo en un inexorable conteo.

El cansancio, el dolor de alma y cuerpo, el agotamiento psíquico, el aturdimiento ante una realidad que superaba con creces toda ficción... todo ello iba haciendo mella en los profesionales sanitarios. Tanto esfuerzo fue pasando factura, porque al final todos somos del mismo barro, susceptibles de vernos afectados por el dolor ajeno, por la impotencia, por la culpa de no llegar a atender a todos, por la rabia de sufrir decisiones inadecuadas, por la incertidumbre de lo científicamente desconocido, por el sufrimiento personal o de los seres queridos, por ser testigo de tanta muerte en profunda soledad. Progresivamente iba incrementándose el porcentaje de profesionales sanitarios afectados por diversa sintomatología psicopatológica.

Los estudios sobre el impacto psicológico en profesionales sanitarios de todo el mundo son unánimes en sus resultados sobre las elevadas cifras de sanitarios afectados por síntomas de estrés postraumático (de 22% a 49% según diferentes estudios), ansiedad (de 40% a 47% según los diferentes estudios) y depresión (de 40% a 51% según los distintos estudios), junto con el desarrollo de fatiga por compasión, que implica cansancio hacia el cuidado a otros, dejando de ser eficaz y disponible para atender las necesidades, así como problemas de sueño en más de un 70% de los profesionales sanitarios (Bapolisi et al., 2022; Dawood, Tomita & Ramlall, 2021; Dosil et al., 2020; Greene et al., 2021; Huang y Zhao, 2020; Pappa et al., 2020; Pazmiño Erazo et al., 2021; Ribeiro et al., 2021; Rodante & Bellotti, 2020; Saragih et al., 2021).

Resulta además significativo constatar que la pandemia ha impactado igualmente en la salud mental de los profesionales sanitarios y sociosanitarios en cualquier lugar del mundo en donde se han llevado a cabo estudios científicos sobre ello (los datos que aquí acabamos de recoger proceden de países de todos los continentes, como España, Reino Unido, Israel, China, Congo, Sudáfrica, Zimbabue, Argentina, Ecuador, Brasil, Canadá, Estados Unidos...). Por tanto, podemos considerar que es un sufrimiento universal.

No han sido tantas las investigaciones llevadas a cabo para indagar cómo ha evolucionado este malestar emocional de los profesionales sanitarios tras la primera ola del COVID, pero los pocos estudios existentes dejan evidencia de que no ha habido mucha diferencia tras las etapas iniciales de la misma, de modo que a día de hoy, un porcentaje todavía muy elevado siguen afectados por ansiedad, depresión y sobre todo, por sintomatología propia del estrés postraumático (Allan et al., 2020; Hill et al., 2022; Rodante & Bellotti, 2020; Yilmaz, Yastibas & Ecelince, 2022). Estos datos evidencian la huella dolorosa en estas personas, lo que nos interpela sobre el cuidado y las necesidades que aún a día de hoy tienen, y que en muchos casos no han sido atendidas.

El equipo de psicólogos y psiquiatras de la UNINPSI - Unidad Clínica de Psicología de la Universidad Pontificia Comillas tuvimos la oportunidad de acompañar a profesionales sanitarios y sociosanitarios en la primera ola de la pandemia a través del dispositivo de escucha telefónica <http://sanitarios.noestassolo.es>, puesto en marcha en colaboración con la Provincia de España de la Compañía de Jesús, a través del cual, psicólogos clínicos y sanitarios ofrecieron desinteresadamente su apoyo profesional de escucha desde el 20 de marzo de 2020.

Posteriormente, pudimos continuar ofreciendo atención psicoterapéutica gratuita dirigida a estos profesionales, gracias al apoyo económico de MyInvestor, para lo cual pusimos en marcha

varios grupos de apoyo psicológico y se ofreció terapia individual a ciertas personas que más lo necesitaban.

Esta labor nos permitió comprender qué factores estaban incidiendo en mayor medida en el malestar de los profesionales, cuya narración en clave de primera persona confluía claramente con los resultados de los diferentes estudios que progresivamente iban dando a conocer el impacto psicológico que la pandemia estaba causando en ellos. También podíamos observar qué elementos agudizaban el malestar, como factores de riesgo, y los recursos personales que algunos tenían, y que actuaban como factores de protección.

Entre los factores de riesgo, la falta de apoyo instrumental en casi todos los casos se concretó en la falta de kits de protección, lo que expuso a miles de profesionales al virus de forma incontrolada e incontrolable. Esto les obligó a modificar hábitos (profesionales que optaron por no volver a sus casas para no poner en riesgo a los suyos, por ejemplo).

La mayor exposición sin protección adecuada es un claro factor de riesgo para el desarrollo de sintomatología psicopatológica (Berkhout et al., 2022; Coyne et al., 2020; Dawood et al., 2022; Greene et al., 2021; Pazmiño et al., 2021), puesto que tambalea las bases de la seguridad personal básica, lo que incrementa la percepción de alta vulnerabilidad que incide en el riesgo de desarrollo de ansiedad y estrés postraumático.

Algunos profesionales solicitaban la escucha porque necesitaban ser comprendidos y legitimados en su enfado y su ira por verse expuestos al contagio sin contar con los medios más básicos para su protección.

En cuanto al apoyo informativo, muchos profesionales acusaban el exceso de información no filtrada (lo que se ha dado en llamar infoxicación), así como la falta de criterios adecuados en las decisiones de los responsables (políticos,

sanitarios,) acompañada de falta de transparencia en las organizaciones para ayudar a los profesionales en su toma diaria de decisiones (Kurevakwesu, 2021) también debido en parte al desconocimiento hasta el momento de información científica sobre el propio virus y su comportamiento.

A pesar de que los investigadores compartieron de modo muy universal lo que se iba descubriendo sobre el virus, hubo meses muy confusos que llevaron a decisiones frecuentemente antagónicas o caóticas, generando desconcierto e inestabilidad emocional muy profunda.

El estigma social como consecuencia de la dificultad para la información fidedigna hacia la sociedad, puso a muchos profesionales sanitarios en situación de sentirse rechazados por el vecindario o por otras personas del entorno, lo que incrementó su malestar psicológico (Greene et al., 2021; Ribeiro et al., 2021).

Para el equipo de atención psicoterapéutica de la UNINPSI también se hizo claro que entre los profesionales sanitarios había muchos que no tenían los conocimientos suficientes sobre habilidades de abordaje personal de situaciones de alto estrés psicológico, lo que les hizo más difícil manejar el torrente de emociones que sufrían (Lima et al., 2020).

Los seres humanos necesitamos vínculos significativos, que garanticen nuestra supervivencia y nuestro bienestar. Por ello, ante situaciones que ponen en riesgo la vida, se hace acuciante la necesidad de apoyo social, de contar con una red de personas cercanas con la que compartir las dificultades, a través de la cual se puedan expresar y canalizar las cuestiones más amenazadoras que van surgiendo, que permita sacar afuera cualquier emoción que puede infectar el alma si se queda ahí dentro sin poder ser escuchada y comprendida.

Nuestra experiencia iba poniendo de manifiesto con enorme claridad la importancia para los profesionales sanitarios de ser escuchados, compren-

didados, acogidos, aceptados en su tormenta emocional, y cómo quienes contaban con ese apoyo en los ámbitos más personales o profesionales evolucionaban más saludablemente.

Poder hablar del estrés, de las experiencias dolorosas vividas durante el día, de las duras y solitarias despedidas que tantas veces les tocó acompañar, hablar de sus preocupaciones por contagiar a los suyos o a los compañeros, sacar afuera la culpa por enfermar sabiendo la inmensa carga de trabajo que colocaban en las espaldas de otros colegas, eran elementos profundamente sanadores, que permitían centrar la atención en los pequeños (inmensos) pasos cotidianos para ayudar a tantos.

En la escucha y la atención psicoterapéutica que hemos podido desarrollar desde nuestro centro, uno de los temas más recurrentes en los profesionales sanitarios era la preocupación por sus familiares: bien porque tuvieran padres mayores, bien porque tenían niños pequeños, y con mucha frecuencia porque muchos de ellos tuvieron que aislarse completamente de los suyos, o cuando menos, tomar mucha distancia.

Mostraban su preocupación por cómo podría impactar su alejamiento físico a sus hijos pequeños o adolescentes, por la falta de hueco para vivir la relación con la pareja con tranquilidad, por el dolor posible de los padres mayores ante la imposibilidad de encuentro presencial...

Sólo hemos podido encontrar un estudio que se preguntó sobre el impacto de la pandemia en las familias de los profesionales sanitarios, y lo que muestra es, por un lado, que los familiares estaban altamente motivados para dar apoyo al profesional sanitario y sentían elevado orgullo por su trabajo, pero al mismo tiempo, acusaban el incremento en las responsabilidades domésticas, así como la carga emocional que les suponía la ansiedad por la preocupación sobre la salud de sus seres queridos.

Para los familiares de los profesionales resultaba especialmente difícil de manejar el impacto de las noticias sobre las experiencias traumáticas

Las pérdidas y manejo del duelo en la pandemia han sido también factores de riesgo para la estabilidad emocional de los profesionales sanitarios

que se estaban viviendo en los centros hospitalarios y sociosanitarios, así como la falta de apoyo para que ellos mismos pudieran gestionar emocionalmente todo lo que les estaba aconteciendo (Tekin et al., 2022).

Las pérdidas y manejo del duelo en la pandemia han sido también factores de riesgo para la estabilidad emocional de los profesionales sanitarios. En las despedidas de los seres queridos en los primeros meses del COVID confluyeron mucho de los elementos propios de los duelos complicados: la rapidez con la que se podía pasar de una situación de aparente mejoría al fallecimiento, la angustia por falta de información sobre el estado y evolución de los seres queridos, el desgarramiento por la imposibilidad de acompañar a los enfermos hospitalizados, la impotencia para ayudar a sanar, el aislamiento para gestionar el sufrimiento, la imposibilidad de celebrar rituales de cierre acompañados por las personas queridas.

Los profesionales sanitarios sufrieron pérdidas entre sus seres queridos, como todo el resto de la población; también entre sus compañeros; y sufrieron victimización secundaria ante el dolor de muchos de los enfermos, a los que llegaban como podían, tras desvivirse para recoger un relato de las últimas horas de sus vidas que poder luego transmitir a los familiares unas palabras de paz. Cuánto bien han hecho el "No ha sufrido, se fue con paz", que han escuchado por boca de tantos profesionales sanitarios esas familias.

Todas estas narrativas, que pudimos ir hilando a través de la escucha individual y del compartir en los grupos de apoyo psicoterapéutico confluyen con los datos recogidos por la investigación sobre el alto impacto de la falta de apoyo social como factor de riesgo para la salud mental de los profesionales sanitarios durante las primeras olas del COVID (Bapolisi et al., 2022; Conversano et al., 2020; Kurevakwesu, 2021). Dawood et al. (2022), sobre una muestra de 365 trabajadores de ámbito sanitario en Sudáfrica, encontraron que un 63% sentía que no se es-

cuchaban sus preocupaciones, un 75.1% no se sentían cuidados y un 81.1% y un 74.0% no sentían apoyo físico o psicológico respectivamente. Son cifras dolorosamente elevadas, detrás de las cuales hay personas que no tenían en quién depositar la dureza que estaban viviendo. Por ello fueron tan importantes los dispositivos de escucha que se pusieron en marcha, canalizados en nuestro país sobre todo a través de los Colegios de la Psicología y de diferentes asociaciones de psicoterapia. La dificultad para el diálogo con los responsables o jefes de los servicios también se convirtió en un factor de riesgo que incrementaba la probabilidad de sufrir algún tipo de síntoma vinculado al estrés postraumático, la ansiedad o la depresión (Greene et al., 2021).

Durante la primera ola de la pandemia las organizaciones no gubernamentales de todo el mundo, incluso Naciones Unidas, reflejaron el gran incremento de voluntarios y personas dispuestas a ayudar.

Los estudios sobre crecimiento postraumático también reflejaron cambios significativos (Yilmaz, Yastibas & Ece Ince, 2022), pero pasado el tiempo, ya no hay tanto movimiento voluntario a pesar de que sigue habiendo necesidades, ni tampoco tantos medios para ayudar, e incluso, el crecimiento postraumático se ha reducido (Yilmaz, Yastibas & Ece Ince, 2022).

Es evidente que el escenario actual de la pandemia ha variado en gran medida, gracias al desarrollo y generalización de las diferentes vacunas, al incremento del conocimiento sobre el virus, al ajuste mayor en torno a qué medidas son las más adecuadas para cuidar y proteger adecuadamente, pero cabe preguntarse qué hemos aprendido de lo vivido, y si hemos sido capaces de generar cambios que nos humanicen.

Quizá una de las cuestiones que la pandemia ha puesto más en evidencia es la importancia de la atención psicológica de las personas. Con la pandemia se ha incrementado el malestar

psíquico en la población en general, muy especialmente en adolescentes y jóvenes, siendo más vulnerables a ello las mujeres (¿o quizá se permiten más conectar con sus emociones que los varones?); y tenemos evidencia científica de cómo el colectivo de personas que más necesitamos para poder salir adelante en una emergencia médica como la vivida ha quedado tan dañado en lo emocional. Por tanto, si deseamos atender bien a las personas si se diera una nueva situación de esta índole, no podemos descuidar la atención psicológica.

Para ello, el trabajo ha de ser fundamentalmente preventivo. A nivel instrumental, habrá que anticiparse y disponer de lo necesario para minimizar riesgos personales; en lo informativo, por una parte, es necesario preparar a los profesionales en el conocimiento de los mecanismos de respuesta de estrés y su manejo a nivel cognitivo, conductual y emocional.

Los profesionales sanitarios necesitan estar entrenados para gestionar eventualidades muy dramáticas, porque esta no es ni la primera ni la última a la que se van a ver enfrentados. En la formación de los médicos, en general, se presta poco espacio a la emoción del facultativo, y sin embargo, acompaña todo su ser en el ejercicio de su labor.

Tampoco el personal de enfermería, los celadores, los administrativos de hospitales, el personal sociosanitario de residencias, tienen habitualmente oportunidad de hacer un trabajo personal que les ayude a la gestión de tantas emociones que viven, aunque no sea en pandemia. Todo buen entrenamiento requiere de tiempo, constancia y disponibilidad.

Algunos centros hospitalarios sí pusieron en marcha espacios para la atención psicológica a los trabajadores, y aunque en algunos felizmente han quedado abiertas estas unidades, en la mayoría han dejado de ofrecerse, como si ya, una vez pasada la emergencia física, no quedarán secuelas personales, heridas del alma abiertas y atravesadas.

En cuanto a la gestión de la información, probablemente convenga desarrollar especialidades dentro del ámbito periodístico para tratar con rigor y con cuidado psicológico hacia la población las informaciones de tanto impacto emocional, sobre todo atendiendo al “cómo” se da dicha información.

Son cuestiones que actualmente quedan a criterio personal para ser o no tenidas en cuenta, y sin embargo, es necesario seguir iluminando con estudios científicos los procesos para ofrecer información veraz y honesta, cuidando al tiempo las posibles consecuencias para la población. También a los hogares y escuelas convendría que llegaran recomendaciones claras sobre el uso de dicha información, y su necesaria modulación o filtrado hacia los niños y adolescentes, amortiguando de este modo las posibles consecuencias de la infoxicación.

Por último, quizá lo más central a nivel psicológico que hemos podido comprender a partir de la pandemia es la relevancia de las relaciones interpersonales, de contar con espacios, grupos, personas, con quienes ir elaborando y digiriendo las experiencias dolorosas.

Había profesionales en nuestros grupos de centros sanitarios o sociosanitarios a los que les habría encantado recibir este tipo de apoyo en sus lugares de trabajo, pero no se habían creado; otros preferían hacerlo fuera del contexto laboral, y para ellos estábamos.

Pero también sabemos que ha habido profesionales que han tenido la oportunidad de sentir que en su centro hospitalario se daba la oportunidad para compartir a ese nivel profundo, que han sentido que era algo enormemente sanador para ellos, entre otras cosas, porque eso hace al profesional sentirse cuidado por la institución, tratado con la dignidad y la delicadeza que merece.

El feedback que recibimos en los grupos ha sido unánime en el agradecimiento por el soporte fundamental recibido, no sólo el que procedía

de los especialistas que conducían el grupo, sino en gran medida por el brindado por los propios participantes en los grupos. Y cuando un ser humano es bien tratado, tiende a su vez a tratar bien a otros, lo que es especialmente relevante en personas con profunda vocación de cuidar.

Los seres humanos somos en relación; nuestra identidad, nuestro sentido de vida, nuestra esperanza, se construyen en relación con otros. No podemos dejar que las experiencias brutales en lo emocional queden sin ser atendidas ni escuchadas, que ni tan siquiera reciban una palabra de acogida y de comprensión. Enfoquemos la mirada que personaliza, y facilitemos que, antes que, como héroe, cualquier profesional se sienta tratado como lo que es, persona.

Bibliografía

- Allan, S. M., Bealey, R., Birch, J., Cushing, T., Parke, S., Sergi, G., Bloomfield, M., & Meiser-Stedman, R. (2020). *The prevalence of common and stress-related mental health disorders in healthcare workers based in pandemic-affected hospitals: A rapid systematic review and meta-analysis*. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1810903>
- Bapolisi, A., Maurage, P., Rubambura, R. B., Tumaini, H. M., Baguma, M., Cikomola, C., Maheshe, G., Bisimwa, G., Petit, G., & de Timary, P. (2022). *Psychopathological states among Congolese health workers during the first wave of COVID-19 pandemic: Links with emotion regulation and social support*. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(2). <https://doi.org/10.1080/20008198.2022.2101346>
- Berkhout, S. G., Billings, J., Seif, N. A., Singleton, D., Stein, H., Hegarty, S., Ondruskova, T., Soulios, E., Bloomfield, M. A. P., Greene, T., Seto, A., Abbey, S., & Sheehan, K. (2022). *Shared sources and mechanisms of healthcare worker distress in COVID-19: A comparative qualitative study in Canada and the UK*. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(2). <https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2107810>
- Conversano, C., Marchi, L., y Miniati, M. (2020). *Perspective article Psychological distress among healthcare professionals involved in the Covid-19 emergency: vulnerability and resilience factors*.

Clinical Neuropsychiatry, 17(2), 94–96.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.11.023>

Coyne, L. W., Gould, E. R.,
Grimaldi, M., Wilson, K. G., Baffuto, G.,
y Biglan, A. (2020).
*First Things First: Parent Psychological
Flexibility and Self-Compassion During
COVID-19. Behavior Analysis in Practice.*
<https://doi.org/10.1007/s40617-020-00435-w>

Dawood, B., Tomita, A., & Ramlall, S. (2022).
*'Unheard,' 'uncared for' and 'unsupported':
The mental health impact of Covid-19 on
healthcare workers in KwaZulu-Natal
Province, South Africa.*
PLoS ONE, 17(5). [https://doi.org/
10.1371/journal.pone.0266008](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0266008)

Dosil, M., Ozamiz-Etxebarria, N.,
Redondo, I., Picaza, M., & Jaureguizar,
J. (2020). *Psychological symptoms in health
professionals in Spain after the first wave
of the COVID-19 pandemic.*
Frontiers in Psychology, 11.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.606121>

Greene, T., Harju-Seppänen, J., Adeniji,
M., Steel, C., Grey, N., Brewin, C. R.,
Bloomfield, M. A., & Billings, J. (2021).
*Predictors and rates of PTSD, depression and
anxiety in UK frontline health and social care
workers during COVID-19.*
European Journal of Psychotraumatology,
12(1). [https://doi.org/10.1080/20008198.
2021.1882781](https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1882781)

Hill, J. E., Harris, C., Christian, D. L.,
Boland, P., Doherty, A. J., Benedetto, V.,
Gita, B. E., & Clegg, A. J. (2022).
*The prevalence of mental health conditions
in healthcare workers during and after a pan-
demic: Systematic review and meta-analysis.*

Journal of Advanced Nursing, 78(6), 1551–
1573. <https://doi.org/10.1111/jan.15175>

Huang, Y., y Zhao, N. (2020).
*Generalized anxiety disorder, depressive
symptoms and sleep quality during COVID-19
outbreak in China: a web-based cross-sectional
survey.*
Psychiatry Research, 288(112954), 1-6

Kurevakwesu, W. (2021).
*COVID-19 and mental health services
delivery at Ingutsheni Central Hospital
in Zimbabwe: Lessons for psychiatric
social work practice.*
International Social Work, 64(5),
702–715. [https://doi.org/
10.1177/00208728211031973](https://doi.org/10.1177/00208728211031973)

Lima, C. K. T., Carvalho, P. M. de M.,
Lima, I. de A. A. S., Nunes, J. V. A. de O.,
Saraiva, J. S., de Souza, R. I., da Silva, C.
L. R. y Neto, M. L. R. (2020). *The emotio-
nal impact of Coronavirus 2019-nCoV (new
Coronavirus disease).*
Psychiatry Research (287). [https://doi.
org/10.1016/j.psychres.2020.112915](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112915)

Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T.,
Giannakoulis, V. G., Papoutsis, E.,
y Katsaounou, P. (2020).
*Prevalence of depression, anxiety, and
insomnia among healthcare workers during
the COVID-19 pandemic: A systematic
review and meta-analysis.*
Brain, Behavior, and Immunity (88),
901-907 [https://doi.org/10.1016/j.
bbi.2020.05.026](https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026)

Pazmiño Erazo, E. E., Alvear Velásquez,
M. J., Saltos Chávez, I. G., & Pazmiño
Pullas, D. E. (2021).
*Factores relacionados con efectos adversos
psiquiátricos en personal de salud durante la
pandemia de COVID-19 en Ecuador.*
Revista Colombiana de Psiquiatría, 50(3),
166–175

Ribeiro, P. C. C., Alvarenga, M. A. S., de
Azevedo, T. G., Bandeira, P. F. R., Pereira,
E. G., Mansur-Alves, M., Alvares-Teodoro,
J., Peixoto, C. B., Diniz, M. L. N., de Frei-
tas, S. K. P., & Teodoro, M. L. M. (2021).
*Impactos do avanço da pandemia de CO-
VID-19 na saúde mental de profissionais de
saúde.* PSICO, 52(3), 1–15. [https://doi.org/
10.15448/1980-8623.2021.3.41302](https://doi.org/10.15448/1980-8623.2021.3.41302)

Rodante, D. E., & Bellotti, M. S. (2020).
*El impacto psicológico de la pandemia por
COVID-19 en profesionales de la salud de
Buenos Aires.*
Acta Psiquiátrica y Psicológica de América
Latina, 66(4), 207–219

Saragih, I. D., Tonapa, S. I., Saragih, I. S.,
Advani, S., Batubara, S. O., Suarilah, I., &
Lin, C. J. (2021).
*Global prevalence of mental health problems
among healthcare workers during the Covid-19
pandemic: A systematic review and meta-
analysis.* International Journal of Nursing
Studies, 121. [https://doi.org/10.1016/j.
ijnurstu.2021.104002](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104002)

Tekin, S., Glover, N., Greene, T., Lamb,
D., Murphy, D., & Billings, J. (2022).
*Experiences and views of frontline healthcare
workers' family members in the UK during the
COVID-19 pandemic: A qualitative study.*
European Journal of Psychotraumatology,
13(1). [https://doi.org/10.1080/20008198.
2022.2057166](https://doi.org/10.1080/20008198.2022.2057166)

Yılmaz, K. İ. G., Yastıbaş, K. C., & Ece
İnce, F. (2022).
*Posttraumatic growth levels of healthcare
workers in two periods with different
intensities of covid-19 pandemic.* PsyCh
Journal. <https://doi.org/10.1002/pchj.599>



02/ Vivir con las emociones tanto los mayores como los jóvenes.

Calixto Plumed Moreno, O. H.,

Doctor en Psicología. Psicólogo Clínico.

Escuela de Enfermería y Fisioterapia San Juan de Dios.

Universidad Pontificia Comillas. Madrid.

El autor nos plantea el escenario postpandemia en el que necesitamos recuperar las relaciones con los demás, nuestra inteligencia social se manifiesta a través de nuestros cuerpos. Como bien dice el hermano Calixto, sin vida social, nos ahogamos, nos sentimos débiles y manipulables. Lo que necesitamos actualmente es saber curar, cuidar y acompañar a las personas heridas por el sufrimiento, esencialmente, el ocasionado por el vacío existencial que lleva al derrotismo y al sinsentido de la vida. La tecnología es una herramienta maravillosa a nuestro servicio pero que requiere la determinación de utilizar nuestros recursos y, sobre todo, nuestra capacidad crítica. El futuro depende de la educación en valores, en nuevos hábitos higiénicos y en respeto a los demás.

Palabras clave: Emoción, Vida, Redes sociales, Tecnología.

In this article, the author looks at the post-pandemic scenario in which people need to recover their relations with others, considering that our social intelligence is expressed through our bodies. As Br. Calixto so rightly states, without social life, we suffocate and feel weak and manipulable. What we now need is to know how to heal, care for and accompany people injured by suffering and essentially by that which has been caused by the existential vacuum that leads to a sense of defeat and of a lack of meaning in life. Technology is a wonderful tool that is at our disposal but it calls for determination to use our resources and, above all, our critical capacity. The future depends on education in values, new hygienic habits and respect for others.

Key words: Emotions, Life, Social networks, Technology.

1/

Los agentes sanitarios educadores y formadores de la sociedad.

Clásicamente se nos ha dicho que los determinantes biológicos de la salud por orden de influencia eran: 1.º El estilo de vida y 2.º El medio ambiente, casi igualados; 3.º El sistema de asistencia sanitaria y 4.º La biología humana.

También tradicionalmente se nos comentaba, -y lo hemos comprobado en algunas Autonomías-, que la proporción relativa de dinero público gastado en cada determinante ha sido aproximadamente esta: 1.º Sistema de asistencia sanitaria (12/16 del presupuesto); 2.º Biología humana (2/16 del presupuesto); 3.º Estilo de vida (1/16 del presupuesto) y 4.º Medio ambiente (1/16 del presupuesto). ¡Y así hemos andado!

La actual pandemia nos ha puesto cara a cara con los microorganismos. Tanto los virus como las superbacterias prosperan al ritmo de la evolución. Como nosotros. Todos formamos parte de la evolución. La vida microscópica parece fue la primera en estar en la tierrra, y puede ser quede la última. ¿Circuito de origen y final: alfa y omega?

Alrededor del 8% del genoma humano procede de virus que infectaron a nuestros ancestros hace millones de años (según dice [E. Lázaro](#)). Lo que para nosotros es una pandemia devastadora en estos momentos, para los virus no es más que el efecto de la selección natural (defiende [M. Porcar](#)). La mayor parte de virus microorganismos no son patógenos. El equilibrio de nuestro planeta depende de ellos (para [Josefa Antón](#)).

Somos muy conscientes y, lo hemos experimentando durante días pasados, que un confinamiento emocional prolongado puede llegar a cercenar el “sentido de la vida” de nuestros mayores y calar profundamente en su cerebro. Ningún político ha tenido en cuenta esta situación (ha comentado recientemente [Francisco Mora](#)).

En los planes sociosanitarios se intentó confinar, aislar durante más tiempo a los mayores, olvidando o ignorando que, en estas personas, el mayor sentido de su vida, el mayor peso psicológico reside en la relación emocional con los demás. Flaco servicio se les ha hecho y se les está haciendo. Porque el motor de la emoción retrasa de manera notable el envejecimiento. Pues, sigue siendo cierto que, la edad biológica no coincide con la edad cronológica. Además, muy relacionado está el hecho que, no se trata simplemente que seamos sensoriales y epidérmicos, que necesitemos “tocarnos”. Sabemos que, nuestra inteligencia social se manifiesta a través de nuestros cuerpos ([Oscar Vilarroya](#)). Y lo social es esencial al ser humano.

Nuestro cerebro está especializado en solucionar problemas sociales. Sin vida social, nos ahogamos. En el confinamiento prolongado nos asfixiamos. No lo soportamos. Nos sentimos débiles y manipulables. Nos sentimos explotados.

Por otro lado, las llamadas redes sociales, no socializan porque no tienen muy en cuenta nuestra corporeidad. Pues vivimos nuestra sociabilidad a través de nuestro cuerpo, no por las pantallas. Necesitamos tocarnos.

Las reuniones on line no son lo mismo que las reuniones presenciales. Se pueden aprovechar y, de hecho, han venido para quedarse en nuestra forma de trabajar, pero no suprimir las presenciales que refuerzan la sociabilidad. Nuestro cerebro tiene hambre de lo social directo y corporal.

Nunca estaremos preparados, porque todo cada día resulta nuevo, y podremos experimentar incertidumbre, inseguridad. La palabra miedo puede implicar o significar ansiedad, nerviosismo y hasta desconfianza.

De aquí que, teniendo en cuenta los papeles que desempeñan cada uno de los determinantes de la salud, los profesionales de la misma serán los formadores y educadores desde el presente. Cuando esto pase, ya será tarde. Desde ya, hay que ver lo bueno de estas vivencias de cada día, no esperar a mañana, que el mañana no existe, aunque lo sospechemos.

Lo que necesitamos actualmente es saber curar, cuidar y acompañar a las personas heridas por el sufrimiento y esencialmente el ocasionado por el vacío existencial que lleva al derrotismo y al sinsentido de la vida.

Pocas cosas tenemos bajo control, ni siquiera nuestra propia capacidad de concentración... Tal vez la vida no sea tan complicada como la hacemos y tengamos que contentarnos con cosas más sencillas, no tan sofisticadas... Habremos de aprender a relajarnos, a serenarnos, a no exigirnos y a no sentirnos mal porque no llegamos, porque no sabemos, porque no hacemos...

El futuro depende de la educación en valores, en nuevos hábitos higiénicos, en respeto a los demás. Aprender de la historia, para no repetir lo que hemos hecho, ya que las consecuencias pueden ser similares o mayores. A desterrar la indiferencia y, a integrar la espiritualidad. A tomar consciencia de la vulnerabilidad de la persona. A considerarnos integrantes del mundo (*Laudato Si'*) y sabremos dialogar mediante las conversaciones y los pactos.

2/

El mundo afectivo-emocional.

Todos experimentamos las mismas emociones, pero todos las experimentamos de forma distinta, porque somos únicos y diferentes. La frecuencia con la que se suceden nuestros episodios emocionales es otro rasgo crucial para la comprensión del perfil emocional individual (Cf. [Ekman, P. \(2004\). El rostro de las emociones. Barcelona: RBA Libros](#)).

Un episodio emocional puede ser breve, a veces con una duración de escasos segundos, a veces mucho más largo. Cuando dura horas, hablamos de un estado de ánimo y no de una emoción. Si se hace consciente, estable y normalizado podríamos llegar a hablar de sentimientos.

La emoción tiene que ver con algo que le importa a la persona. La emoción, de entrada, es incontrolable, surge, puede iniciarse de manera inconsciente. Está implicado el cerebro emocional (sistema límbico). El sentimiento lo podemos manejar y conducir: pasa al terreno de lo más consciente. Está más implicado el cerebro racional (córtex).

Experimentamos las emociones como algo que nos sucede, no algo que escogemos... No somos conscientes de nuestras valoraciones emocionales... Nos damos cuenta de que respondemos emocionalmente, cuando la emoción ya ha comenzado, cuando la valoración inicial se ha completado. Cuando nos damos cuenta de que estamos atrapados por la emoción, se puede reevaluar la situación. Pero ojo, ¡no es fácil el retorno! La emoción puede dominar la razón.

Nos emocionamos con respecto a asuntos que fueron relevantes para nuestros antepasados y con respecto a otros que hemos visto que nos

importan en nuestra propia vida. La persona, el hombre es un ser emocional desde su origen evolutivo.

El deseo de experimentar o no experimentar una determinada emoción (*tristeza / angustia, asco/ desprecio, placer/disfrute, alegría/contento, diversión, excitación, alivio, asombro, éxtasis/elevación, gratitud, felicidad, ira, miedo/sorpresa, disgusto / perplejidad / abatimiento, preocupación, desdén/desprecio...*), es la causa de gran parte de nuestro comportamiento: es el intento de feedback 360 grados (que incrementa los niveles de motivación, fructifica en personas con mayor madurez, permitiendo de manera eficaz su pleno desarrollo, el desempeño lo más adecuado posible, basado en sus competencias y posibilidades).

Una señal eficiente (clara, rápida y universal) informará a los demás de lo que la persona emocionada esté sintiendo. Pero hay que aprender a leer las emociones, no a proyectar las propias. Las cuasi-emociones que menos claras tienen las señales son la turbación, la culpa, la vergüenza y la envidia. Las otras emociones hablan por sí mismas.

Resulta imprescindible aprender a vivir con las emociones. La inteligencia emocional, la inteligencia espiritual, que todos tenemos en esencia, es clave para la empatía, la acogida, la hospitalidad. Nos ayuda al desarrollo de nuestra relación humanizada y digna.

3/

La relación familiar y la afectividad.

La comunicación adolescente-madre predice positivamente el desarrollo de estilos de afrontamiento, particularmente para los estilos de afrontamiento centrados en las emociones de los niños. En contraste, la comunicación adolescente-padre predice negativamente algunos estilos de afrontamiento centrados en la emoción para los niños, incluido el afrontamiento de desahogo, el afrontamiento de búsqueda de apoyo social emocional y el afrontamiento religioso. La comunicación adolescente-padre no predice ningún estilo de afrontamiento para las niñas.

Algunos estudios han explorado respuestas de socialización de los padres a la ira, la tristeza y la preocupación y cómo pueden diferir para los jóvenes que varían en su renuencia a expresar emociones.

Los resultados sugieren que los diferentes niveles de resistencia de los adolescentes a expresar emociones están relacionados con las respuestas de socialización de emociones de los padres de maneras significativas que pueden desempeñar un papel único en la promoción o el desaliento de la expresión de emociones negativas.

Las redes sociales se están apoderando de la vida de los adolescentes y alterando la forma en que se relacionan con los demás. Están creando su propia y cambiante cultura.

Lo cual es motivo de preocupación para los adultos, que no lo entienden. Sobre todo, los adolescentes están motivados para usar las redes sociales porque pueden desarrollar una identidad basada en un perfil idealizado.

Este perfil debe ser al menos tan bueno como el de sus pares, para obtener la aprobación de estos últimos. Este es especialmente el caso en un contexto donde los cambios en la estructura familiar otorgan un mayor peso a la opinión de los pares. Los jóvenes se ven impulsados a buscar refugio en Internet por la falta de apoyo familiar y de padres menos presentes emocionalmente. Este efecto podría limitarse fomentando la comunicación entre los adolescentes y sus padres.

La inteligencia emocional, la inteligencia espiritual, que todos tenemos en esencia, es clave para la empatía, la acogida, la hospitalidad.

La inteligencia emocional, la inteligencia espiritual, que todos tenemos en esencia, es clave para la empatía, la acogida, la hospitalidad

4/

Las llamadas redes sociales, las nuevas tecnologías y su influencia emocional.

Estos son datos (Cf. Masip, M. (2018). *Desconecta*. Barcelona: Planeta-Círculo de Lectores):



Un 75% de la población mundial afirma tener dependencia del móvil. España es el país europeo con más adicción adolescente a la red, el 21,3% de los adolescentes la padecen, mientras la media europea se sitúa en un 12,7%. Los adolescentes consultan su teléfono cada 7 minutos... Un 70% de los adultos mayores de 35 años, considera que hemos dejado de comunicarnos en persona para hacerlo a través del móvil. Por cada segundo que pasa se crean seis nuevos perfiles en las redes sociales. El 75% de los adultos utilizan el teléfono móvil cuando están con sus amigos o familiares. El 92% de las imágenes con contenido sexual propio enviadas, acaban siendo vistas por otros ojos que no son los de destino original. El 97% de la población considera que la sociedad actual hace mal uso del teléfono móvil.

Y estas son opiniones, (Cf. Sanguinetti, P. (2022) *Inteligencia artificial (IA): el silencio de los humanistas*. (La Lectura, 15/07):



Tenemos que reivindicar el papel de las humanidades y precisamos de la simbiosis entre IA y Humanidades.

Las máquinas ingeligenes han poblado el cine y la literatura. El escenario más inquietante no es que sean capaces de rebelarse contra los humanos, sino de confundirse con ellos.

Contamos con una clara situación social que está orientada como sigue (Cf. Hidalgo, D. (2021) *Anestesiados*. Madrid: Libros de la Catarata): Las edades de la tecnología digital:

- A)** La era de la tecnología digital sólida (1960/1980-2007): los aparatos digitales más habituales, estaban situados en lugares precisos, enmarcando así su uso físico y temporalmente, de modo que resultaba casi incompatible con otras actividades;
- B)** La edad de la tecnología líquida (2007-2020): la aparición del primer iPhone marcó la inflexión entre tecnología sólida y líquida;
- C)** El comienzo de la era de la tecnología gaseosa (2020-...): vaporización de la tecnología, basada en la miniaturización de los aparatos conectados, en su penetración difícilmente detectable y en la multiplicación de la velocidad de conexión. La auténtica alfabetización digital no consiste en utilizar un ordenador o navegar por Internet, sino en comprender y sopesar las consecuencias de un estilo de vida permanentemente conectado.

Numerosos estudios indican que el cerebro no reacciona del mismo modo a la lectura de una página impresa que a la de una pantalla, por lo que es más difícil adquirir conocimientos profundos en un e-book que en un libro. La multiplicación de dispositivos informáticos desempeña un papel en la disminución de la inteligencia. La delegación de facultades en la máquina, equivale a renunciar a una parte de nosotros mismos.

¿Qué decir del impacto específico de la tecnología en el sueño?:

Entre 1991 y 2015, el número de adolescentes estadounidenses que no dormía lo necesario aumentó en un 57%, y si ponemos la lupa sobre los años más recientes, la cifra de quienes dormían menos de siete horas por noche aumentó en un 27% entre 2012 y 2015. Hay quien dice que los nativos digitales, esa generación que vive inmersa en lo digital desde que nace, han desarrollado una suerte de sexto sentido y facultades excepcionales, pero la literatura científica desmiente de manera categórica tal idea: la inmensa mayoría del uso de lo digital se concentra en las aplicaciones más triviales: redes sociales, videojuegos, plataformas audiovisuales, tan sencillas de utilizar como un cepillo de dientes, explica un directivo de Google.

5/

Personalidad, emoción y redes sociales.

En las últimas dos décadas, la investigación científica ha explorado el uso problemático de internet, los videojuegos y los teléfonos móviles. Sin embargo, todavía hay poco conocimiento consistente sobre la concurrencia del uso problemático de la tecnología y el papel de las características de personalidad desadaptativas en la adolescencia. Los adolescentes con altos niveles de uso problemático de la tecnología reflejan una mayor disfunción general de la personalidad que otros grupos.

Los especialistas en marketing invierten mucho en los sitios de redes sociales (SRS) con el objetivo de llegar a un número creciente de consumidores. Se plantearon preocupaciones con respecto a la influencia de las publicaciones que se muestran en los SRS en relación con el comportamiento, en particular, la promoción de comportamientos nocivos para la salud dirigidos a adolescentes que pueden estar en riesgo de prácticas sugestionables. Las redes de pares en la escuela y la posición de los estudiantes en estas redes pueden influir en su bienestar académico.

El apoyo emocional es altamente protector contra la mala salud mental. Aunque existen varias medidas de apoyo emocional, ninguna aborda específicamente las redes sociales (SM) como fuente de apoyo emocional. Mientras que el apoyo emocional cara a cara (FTF) se asocia con probabilidades ligeramente menores de depresión, el apoyo emocional basado en SM se asocia con probabilidades ligeramente mayores de depresión.

En una era de creciente impacto de la comunicación en línea en los sitios de redes sociales, la interacción emocional no está limitada ni restringida por el tiempo o el espacio. El duelo se extiende al anonimato del ciberespacio. ¿Qué papel juega la interacción virtual en los sitios de redes sociales para lidiar con la emoción humana básica del duelo causado por la pérdida de una persona amada? Hay patrones de regulación emocional en sitios de redes sociales y similitudes, así como diferencias en el duelo en línea de niños, adolescentes y adultos.

Las redes sociales proporcionan nuevos espacios donde explorar la identidad y su presentación a los demás, siendo fundamental estudiar cómo afectan a la construcción del autoconcepto y el afecto percibido en la adolescencia.

Los problemas emocionales en la adolescencia son un problema de salud pública, no sólo por las consecuencias o impacto negativo que suponen sobre la calidad de vida, el bienestar y desa-

rollo de los propios jóvenes, sino por los costes socio-económicos y sanitarios que ello supone. La presencia de alteraciones emocionales en la infancia y la adolescencia ha propiciado el enorme interés por desarrollar estrategias específicas tanto para su evaluación como su intervención. En la actualidad, el uso problemático de las redes sociales es considerado un factor de riesgo para la salud mental de los adolescentes debido a las consecuencias negativas presentes en el funcionamiento psicosocial.

Los déficits en regulación emocional podrían ser un factor antecedente del uso problemático de las redes sociales, subyaciendo como mecanismo explicativo de esta relación la presencia de sintomatología depresiva en adolescentes.

Las redes sociales proporcionan nuevos espacios donde explorar la identidad y su presentación a los demás, siendo fundamental estudiar cómo afectan a la construcción del autoconcepto y el afecto percibido en la adolescencia. Las redes sociales permiten a los adolescentes experimentar con un autoconcepto diferente, que influye sobre sus afectos.

El uso excesivo de redes sociales puede afectar el bienestar de los adolescentes. Investigaciones recientes encuentran relaciones significativas entre el uso problemático de las redes sociales (UPRS) y el desajuste psicológico.

El porcentaje de alto riesgo de UPRS más elevado en las chicas podría relacionarse con los niveles más bajos en percepción intrapersonal, regulación emocional e IE global, lo que apunta a la necesidad de diseñar estrategias de prevención que atiendan a dichas diferencias de género. A través de las redes sociales se expresan ciertas emociones y afectos, así como la configuración de la identidad personal de las personas más jóvenes.

Ha habido aumentos en la depresión adolescente y el comportamiento suicida en las últimas dos décadas que coinciden con el advenimiento de las redes sociales (SM) (plataformas que

permiten la comunicación a través de medios digitales), que es ampliamente utilizada entre los adolescentes.

El aumento del tiempo dedicado o la frecuencia de uso de SNS y el comportamiento problemático y adictivo en SNS se asocian significativamente con niveles más altos de síntomas depresivos. Estos hallazgos ayudan a informar a los médicos y educadores sobre cómo dirigirse a los jóvenes vulnerables que corren el riesgo de desarrollar problemas de salud mental.

El uso de las redes sociales está asociado con preocupaciones sobre la imagen corporal, trastornos alimentarios y conductas de cambio corporal en los adolescentes. Los marcos biopsicosociales son útiles para conceptualizar las relaciones entre el uso de las redes sociales y los resultados de la imagen corporal, la alimentación y el desarrollo muscular.

6

Adicción y dependencia a las redes: Facebook, Twitter, Instagram y las emociones.

La exposición sistemática a las redes sociales provoca comparaciones sociales, especialmente entre las mujeres que comparan su imagen con la de los demás; son particularmente vulnerables a la disminución del estado de ánimo, la autoobjetivación, las preocupaciones corporales y una menor percepción de sí mismos.

Estudios actuales han explorado si las posibilidades de tener migraña están influenciadas por la amistad de un joven con un migrañoso.

La migraña puede propagarse a través de las redes sociales en adolescentes jóvenes.

Las redes sociales juegan un papel importante en la vida diaria de los adolescentes y también se han vuelto muy interesantes para la investigación en salud. Hay información sobre la percepción social de las publicaciones relacionadas con la ortodoncia en las redes sociales. Si bien los estados emocionales de los usuarios se percibieron de manera muy diferente en ambos SNS, el contenido relacionado con la ortodoncia también reveló efectos significativos en la percepción social. Debido a que los selfies con frenillos visibles se asociaron con sentimientos positivos por parte de los adultos jóvenes.

Existen diferencias entre culturas individualistas y colectivas en el uso emocional de Facebook: relación con la empatía, la autoestima y el narcisismo. Instagram es un sitio de redes sociales (SNS) que facilita los procesos de búsqueda de retroalimentación y comparación social (SCFS), que son particularmente relevantes durante la adolescencia. Los me gusta representan retroalimentación evaluativa numérica y parecen ser considerados como una forma de recompensa social. Los “me gusta” tienen una relevancia social y afectiva especial para los adolescentes con SCFS alto, quienes pueden volverse más susceptibles emocionalmente a los comentarios que reciben de su audiencia en Instagram.

Instagram es la red social de más rápido crecimiento y cuenta con una audiencia que comparte estilos de vida relacionados con su interés por la belleza y la moda. La popularidad de los influencers y su liderazgo de opinión ha dado como resultado la convergencia de una determinada imagen corporal con la promoción de productos y marcas. Los adolescentes ponen mayor atención e intensidad emocional en el atractivo del cuerpo desnudo de los influencers en comparación con los adultos jóvenes, y muestran poco interés en las marcas. Y se siguen incorporando continuamente otras redes que inmediatamente se apropian de los jóvenes y adolescentes.

Las redes sociales se han convertido en ámbitos de interacción social entre los jóvenes, que crean un perfil para relacionarse con los demás. Aunque dicen conocer los riesgos, admiten que aceptan a desconocidos como amigos y ofrecen datos reales sobre su vida. Ante esta situación, se hace más evidente la necesidad de la alfabetización mediática y digital de estos jóvenes que, aunque no deberían estar en Facebook hasta los 13 años, cuentan con un perfil de manera mayoritaria.

Facebook y Twitter han cambiado las relaciones interpersonales. Los adolescentes son el sector de la población que más utiliza estas redes. Los utilizan de forma emocional, para expresar sus emociones y comentar las de los demás. La empatía, el narcisismo y la autoestima pueden jugar un papel importante en el uso de estas redes. Quienes usan Facebook y Twitter tienen puntajes más altos en empatía. Se ha observado que ciertas formas de utilizar estas dos redes sociales están asociadas al narcisismo. Un mayor uso de Facebook y Twitter se asocia con una menor autoestima.

Mirando en positivo, las redes están sirviendo para exponer, manifestar y buscar soluciones frente a muchas enfermedades crónicas. Los adolescentes hacen uso de las mismas e intercambian información al respecto durante el periodo de la enfermedad.

La detección y captación de sustancias a través de las redes es un hecho. Otro tanto sucede con las bebidas. Destaca Instagram y se suman otras redes para dar a conocer y distribuir y también pueden servir para detectar y superar posibles riesgos en su consumo.

Muerte, duelo, dolor forman parte de nuestra experiencia generalizada. En las plataformas sociales, es Facebook la que más refleja esta inquietud y manifestaciones de los usuarios y su abordaje. Y en ellas se pronuncian con diversas actitudes ante estos fenómenos relacionados con la muerte y con el proceso de morir. La afectividad, una vez más a flor de piel.

Las emociones cumplen un papel fundamental en la capacidad de acción de los seres humanos, razón por la cual es indispensable estudiarlas para entender los fenómenos sociales contemporáneos

7/

Control por las redes sociales. Ciberviolencia.

Uno de los principales causantes de los conflictos en las parejas adolescente son los celos. La presencia de los celos en las relaciones afectivas se debe principalmente a que existe una normalización social que se relaciona con una necesidad para demostrar cariño.

Las emociones cumplen un papel fundamental en la capacidad de acción de los seres humanos, razón por la cual es indispensable estudiarlas para entender los fenómenos sociales contemporáneos en los que participan los adolescentes.

Comprender las experiencias de la compasión, los celos y la envidia de los adolescentes implicados en situaciones de cyberbullying en los roles de espectadores y agresores.

La compasión adquiere la forma de tristeza y rabia, especialmente entre los espectadores de cyberbullying. Por otra parte, los celos son un motivo que justifica la agresión a otros a través de Internet, y una forma de gestionar las tensiones en los vínculos sexo-afectivos.

El uso de redes sociales digitales y la participación en escenarios presenciales en los que se disputan posiciones a nivel académico favorece el proceso de comparación social vinculado a la envidia que está en la base del cyberbullying.

En el caso de la ciberviolencia, las variables que precedían la violencia perpetrada a través de las redes sociales fueron la necesidad de exclusividad, la relación asimétrica, el afecto de la madre y el padre, el control de la madre, el sexo y la cibervictimización. Las variables predictoras de la cibervictimización, por su parte, son el sexo y la cibervictimización.

Dilucidar los factores personales que protegen contra las consecuencias psicológicas de la cibervictimización podría ayudar a una detección e intervención escolar más eficaz. Hay conexión entre las habilidades de IE, el género y la cibervictimización, sugiriendo que la regulación emocional puede ser considerada un recurso valioso, así como de inclusión en futuros programas de prevención de cibervictimización ajustados por géneros.

El ciberacoso ha surgido recientemente como una nueva forma de acoso escolar que se lleva a cabo en el ciberespacio, convirtiéndose en un importante problema psicosocial y generando un gran impacto sobre aquellos adolescentes que lo sufren. Ser víctima de ciberacoso puede crear un importante desajuste emocional y psicológico, afectando a áreas tan importantes como la satisfacción vital (SV).

Las emociones en el cyberbullying están a orden del día. Hay una gran diferencia entre las emociones de aquel que acosa y las emociones que experimentan las víctimas.

Es preciso trabajar una buena educación emocional entre los jóvenes, ya que son muy vulnerables e inmaduros a los efectos y reacciones. Y las redes sociales son un vehículo muy apropiado cuando no se sabe controlar su uso.

Las competencias sociales y emocionales están ganando protagonismo y empiezan a relacionarse con conductas incluso violentas. Las redes sociales constituyen la llave de entrada a las relaciones interpersonales, más para los jóvenes. Pero está comprobado que puede ser una vía abierta a la violencia en las redes.

Y más si se van depositando contenidos emocionales on line ya que existe el riesgo de acoso cibernético aprovechando este material subido a la red. El maltrato tiene consecuencias afectivas negativas indiscutibles. Está implicada la amígdala del sistema límbico, pero parece ser que puede implicar otras estructuras neurales que no se están teniendo en cuenta actualmente.

8/

Pensemos en positivo: las redes durante la Covid 19.

Los niños y adolescentes pasan una parte cada vez mayor de su vida social conectándose entre sí a través de las redes sociales. Si bien esto es claramente un logro y puede haber ayudado a muchos de ellos durante los difíciles bloqueos de COVID-19, existe un debate político y científico en curso sobre el daño potencial que el uso (excesivo) de las redes sociales puede representar para los jóvenes.

La pandemia del COVID-19 ha tenido un impacto significativo en el funcionamiento diario, tomándose medidas importantes para reducir la propagación del virus. Los estudios informan de un aumento en la adicción al juego y al uso de Internet con un impacto perjudicial en el bienestar psicosocial.

Existe una relación entre la adicción al juego, el uso de Internet y las preocupaciones por el COVID-19. Los adolescentes en general han aumentado el uso de redes sociales y de servicios de transmisión. Además, las puntuaciones altas en adicción al juego, uso compulsivo de Internet y uso de redes sociales también informan de puntuaciones altas en depresión, soledad, aversión, mala calidad del sueño y ansiedad relacionada con la pandemia.

En confinamiento por COVID-19 ha tenido un efecto significativo en el uso de Internet y en el bienestar psicosocial de los adolescentes.

9/

Dos sugerencias / conclusiones.

Cuando una persona decide de manera voluntaria utilizar la tecnología, cuando sopesa los objetivos y las consecuencias de su uso, cuando es capaz de limitar su uso y seguir siendo dueña de ella misma, la tecnología es lo que se supone que deber ser: una herramienta maravillosa a su servicio. Todo ello requiere la determinación de utilizar nuestros recursos y capacidad crítica.

La humanidad del siglo XXI será tecnocrítica o no será. Cobrará consciencia de que solo puede perdurar como especie libre e inteligente si delimita el papel de la tecnología y define lo que espera de ella. Asumirá que eso implica sacrificios y esfuerzo, y entenderá que es el precio por evitar su propio fin.

Bibliografía

Amendola, S., Spensieri, V., Biuso, G. S., & Cerutti, R. (2020). The relationship between maladaptive personality functioning and problematic technology use in adolescence: A cluster analysis approach. *Scandinavian journal of psychology*, 61(6), 809-818.

Almansa Martínez, A., Fonseca, O., Castillo Esparcia, A. (2013) *Redes sociales y jóvenes: Uso de Face-book en la juventud colombiana y española*. Comunicar. Revista científica iberoamericana de comunicación y educación Núm. 40 Pág. 127-134

Aranda, M., García-Domingo, M., Fuentes, V., & Linares, R. (2022). *Inteligencia emocional y apego adulto: efectos del uso problemático del smartphone*. *Anales de Psicología*, 38(1), 36-45.

Bazarova, N. N., Choi, Y. H., Whitlock, J., Cosley, D., & Sosik, V. (2017). *Psychological distress and emotional expression on Facebook*. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 20(3), 157-163.

Benítez-Andrades, J. A.; Arias, N.; García-Ordás, M.T.; Martínez-Martínez, M.; García-Rodríguez, I. (2020) *Feasibility of Social-Network-Based eHealth Intervention on the Improvement of Healthy Habits among Children*. *Sensors (Basel)*; 20(5) 2020 Mar 04.

Bergman, B.G.; Wu, W.; Marsch, L. A.; Crosier, B.S.; DeLise, T.C.; Hassanpour, S. (2020)

Associations Between Substance Use and Instagram Participation to Inform Social Network-Based Screening Models: Multimodal Cross-Sectional Study. *J Med Internet Res*; 22(9): e21916, 2020 09 16.

Blossom Fernandes, Urmi Nanda Biswas, Roseann Tan-Mansukhani, Alma Vallejo, & Cecilia A. Essau. (2020) *The impact of COVID-19 lockdown on Internet use and escapism in adolescents*. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes* Vol. 7 nº. 3- septiembre 2020 - pp 59-65

Botting, N., Durkin, K., Toseeb, U., Pickles, A., & Conti Ramsden, G. (2016). *Emotional health, support, and self-efficacy in young adults with a history of language impairment*. *British Journal of Developmental Psychology*, 34(4), 538-554.

Bovero, A., Tosi, C., Botto, R., Fonti, I., & Torta, R. (2020). *Death and dying on the social network: an Italian survey*. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 16(3), 266-285.

Caetano, A.P., Freire, I., Veiga Simão, A.M., D. Martins, M.J. & Pessoa, M. T. (2016) *Emoções no cyberbullying: um estudo com adolescentes portugueses*. *Educ. Pesqui.*, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 199-212, jan./mar.

Calvo González, S., & San Fabián, J. L. (2018). *Redes sociales y socialización afectiva de las personas jóvenes: necesidades docentes en Educación Secundaria Obligatoria*.

REICE. Revista Iberoamericana sobre
Calidad, Eficacia y Cambio en Educación.

Campbell, S., & Osborn, T. L. (2021).
*Adolescent psychopathology and psychological
wellbeing: a network analysis approach.*
BMC psychiatry, 21(1), 1-13.

Chapoton, Boris; Régner Denois,
Véronique; Nekaa, Mabrouk; Chauvin,
Franck; Flaudias, Valentin. (2020)
*Social Networking Sites and Perceived
Content Influence: An Exploratory Analysis
from Focus Groups with French Adolescents.*
Int J Environ Res Public Health;
17(19)2020 09 25.
MEDLINE | ID: mdl-32992902.

Christiane Arrivillaga, Lourdes Rey
y Natalio Extremera. (2022)
*Uso problemático de redes sociales e
inteligencia emocional en adolescentes:
análisis de las diferencias por género.*
European journal of education and
psychology, ISSN 1888-8992, ISSN-e
1989-2209, Vol. 15, N°. 1, 2022

Cipolletta, Sabrina; Malighetti, Clelia;
Cenedese, Chiara; Spoto, Andrea. (2020)
*How Can Adolescents Benefit from
the Use of Social Networks?*
The iGeneration on Instagram. Int J Environ
Res Public Health; 17(19)2020 09 23.

Cudo, Andrzej; Szewczyk, Marta;
Blachnio, Agata; Przepiórka, Aneta;
Jarzabek-Cudo, Agnieszka. (2020)
*The Role of Depression and Self-Esteem
in Facebook Intrusion and Gaming
Disorder among Young Adult Gamers.*
Psychiatr Q; 91(1): 65-76, 2020 03.

Cudo, Andrzej; Torój, Malgorzata;
Demczuk, Marcin; Francuz, Piotr. (2020)
*Dysfunction of Self-Control in Facebook
Addiction: Impulsivity Is the Key.*
Psychiatr Q; 91(1): 91-101, 2020 03

Da Silva Santo, M. A.,
& Dell'Aglio, D. D. (2022).
*Autolesão na Adolescência sob a Perspectiva
Bioecológica de Desenvolvimento Humano.*
Revista Psicologia: Teoria e Prática, 24(1), 1-24.

De Los Reyes Mera, V., Jaureguizar
Alboniga-Mayor, J., Bernarás Iturrioz, E.,
& Redondo Rodríguez, I. (2021).
*Violencia de control en las redes sociales
y en el móvil en jóvenes universitarios.*
Aloma: revista de psicología, ciències
de l'educació i de l'esport 39(1): 27-35

De Nardi, Laura; Trombetta, Andrea;
Ghirardo, Sergio; Genovese, Maria Rita
Lucia; Barbi, Egidio; Taucar, Valentina. (2020)
*Adolescents with chronic disease and social
media: a cross-sectional study.*
Arch Dis Child; 105(8): 744-748, 2020 08.

Dönmez, Yunus Emre;
Soylu, Nusret. (2020)
*The Relationship between Online Sexual
Solicitation and Internet Addiction in Adolescents.*
J Child Sex Abus; 29(8): 911-923, 2020.

Echeverri, S. J. Ú., Klimenko, O.,
Otálvaro, I., & Restrepo, Y. A. C. (2021).
*Riesgo de adicción a redes sociales e Internet
y su relación con habilidades para la vida y
socioemocionales en una muestra de estudiantes
de bachillerato del municipio de Envigado.*
Psicogente, 24(46), 123-155.

Errasti, J., Amigo, I., &
Villadangos, M. (2017).
*Emotional uses of Facebook and Twitter:
Its relation with empathy, narcissism, and s
elf-esteem in adolescence.*
Psychological Reports, 120(6), 997-1018.

Errasti Pérez, J. M., Amigo Vázquez, I.,
Villadangos Fernández, J. M.,
& Moris Fernández, J. (2018).
*Differences between individualist and
collectivist cultures in emotional Facebook
usage: Relationship with empathy,
self-esteem, and narcissism.*
Psicothema.

Eskin Bacaksiz, F., Taskiran Eskici, G.,
Kader Harmanci Seren, A. (2020)
*"From my Facebook profile":
What do nursing students share on Timeline,
Photos, Friends, and About sections?*
Nurse Educ Today; 86: 104326, 2020 Mar.
MEDLINE | ID: mdl-31945672.

Ekman, P. (2004).
El rostro de las emociones.
Barcelona: RBA Libros.

Fabris, M. A., Marengo, D.,
Longobardi, C., & Settanni, M. (2020).
*Investigating the links between fear
of missing out, social media addiction,
and emotional symptoms in adolescence:
The role of stress associated with neglect
and negative reactions on social media.*
Addictive Behaviors, 106, 106364.

Flaskerud, J. H. (2020).
*Loneliness, social isolation,
morbidity and social networks.*
Issues in Mental Health Nursing,
41(7), 650-654.

Galbava, S., Machackova, H.,
& Dedkova, L. (2021).
*Cyberostracism: Emotional and behavioral
consequences in social media interactions.*
Comunicar, 29(67).

Gao, T., Li, M., Hu, Y., Qin, Z.,
Cao, R., Mei, S., & Meng, X. (2020).
*When adolescents face both Internet addiction
and mood symptoms: A cross-sectional
study of comorbidity and its predictors.*
Psychiatry research, 284, 112795.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112795>

García, L., Orts, C. Q.,
& Peña, L. R. (2020).
*Cibervictimización y satisfacción vital en
adolescentes: la inteligencia emocional como
variable mediadora.*
Revista de Psicología Clínica con Niños
y Adolescentes, 7(1), 38-45.

González-Cabrera, J.;
Pérez-Sancho, C. y Calvete, E. (2016)
*Diseño y validación de la "escala de inteligencia
emocional en internet" (EIEI) para adolescentes.*
Psicología conductual = behavioral
psychology: Revista internacional de
psicología clínica y de la salud,
ISSN 1132-9483, Vol. 24,
N°. 1, págs. 93-105

González García, E.,
& Martínez Heredia, N. (2018).
*Redes sociales como factor incidente en el
área social, personal y académica de alumnos
de Educación Secundaria Obligatoria.*
Tendencias Pedagógicas, 32, 133-146.
<https://doi.org/10.15366/tp2018.32.010>

Gracia Granados, B., Quintana-Orts, C. & Rey, L. *Regulación emocional y uso problemático de las redes sociales en adolescentes: el papel de la sintomatología depresiva Health and addictions: salud y drogas*, ISSN-e 1578-5319, Vol. 20, Nº. 1, págs. 77-86

Graf, I., Kruse, T., Braumann, B., Hofer, K., & Ehlebracht, D. (2022). *Looking good but tweeting bad? The social perception of orthodontic-related posts on Twitter and Instagram*. *Head & face medicine*, 18(1), 1-11.

Hein, T. C., & Monk, C. S. (2017). *Research Review: Neural response to threat in children, adolescents, and adults after child maltreatment—a quantitative meta-analysis*. *Journal of child psychology and psychiatry*, 58(3), 222-230.

Hertlein, K. M., & van Dyck, L. E. (2020). *Predicting engagement in electronic surveillance in romantic relationships*. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 23(9), 604-610.

Hidalgo, D. (2021) *Anestesiados*. Madrid: Libros de la Catarata.

Hortoványi, J. (2015). *Effect of the media on the drawings of 14-16 years old adolescents*. *Psychiatria Hungarica: A Magyar Pszichiatriai Tarsaság Tudományos Folyoirata*, 30(2), 192-200.

Jabłońska, M. R., & Zajdel, R. (2020). *Artificial neural networks for predicting social comparison effects among female Instagram users*. *PloS one*, 15(2), e0229354.

Jassogne, C., & Zdanowicz, N. (2020). *Real or Virtual Relationships: Does It Matter to Teens?* *Psychiatria Danubina*, 32(suppl. 1), 172-175.

Kaess, M. (2020). *Social media use in children and adolescents—on the good or the bad side of the force?* *Child and adolescent mental health*, 25(4), 199-200.

Kim, H., Schlicht, R., Schardt, M., & Florack, A. (2021). *The contributions of social comparison to social network site addiction*. *PloS one*, 16(10), e0257795. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0257795>

Kornienko, O., & Rivas-Drake, D. (2022). *Adolescent intergroup connections and their developmental benefits: Exploring contributions from social network analysis*. *Social Development*, 31(1), 9-26.

Kross, E., Verduyn, P., Boyer, M., Drake, B., Gainsburg, I., Vickers, B., Ybarra, O., & Jonides, J. (2019). *Does counting emotion words on online social networks provide a window into people's subjective experience of emotion? A case study on Facebook*. *Emotion (Washington, D.C.)*, 19(1), 97-107. <https://doi.org/10.1037/emo0000416>

Lehrer, H. M., Janus, K. C., Gloria, C. T., & Steinhardt, M. A. (2017). *Personal and Environmental Resources Mediate the Positivity-Emotional Dysfunction Relationship*. *American journal of health behavior*, 41(2), 186-193. <https://doi.org/10.5993/AJHB.41.2.10>

Li, Q., Zhao, L., Xue, Y., & Feng, L. (2021). *Stress-buffering pattern of positive events on adolescents: An exploratory study based on social networks*. *Computers in Human Behavior*, 114, 106565.

Mañas-Viniegra, L., Núñez-Gómez, P., & Tur-Viñes, V. (2020). *Neuromarketing as a strategic tool for predicting how Instagramers have an influence on the personal identity of adolescents and young people in Spain*. *Heliyon*, 6(3), e03578.

Marín-López, I., Zych, I., Ortega-Ruiz, R., Hunter, S. C., & Llorent, V. J. (2020). *Relations among online emotional content use, social and emotional competencies and cyberbullying*. *Children and Youth Services Review*, 108, 104647.

Marín-Cortés, A., Palacio, D., Medina, J., & Carmona, A. (2021). *Compasión, celos y envidia: emociones sociales y Cyberbullying entre adolescentes*. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 12(2), 494-515. <https://doi.org/10.21501/22161201.3459>.

Masip, M. (2018). *Desconecta*. Barcelona: Planeta-Círculo de Lectores).

McNeil, D.; Zeman, J. (2020) *Adolescents' Reluctance to Express Emotions: Relations to Parent Emotion Socialization*. Accepted: 8 November 2020 / Published online: 26 November 2020 © Springer Science+Business Media, LLC, part of Springer Nature 2020.

Montgomery, S. C., Donnelly, M., Bhatnagar, P., Carlin, A., Kee, F., & Hunter, R. F. (2020). *Peer social network processes and adolescent health behaviors: A systematic review*. *Preventive medicine*, 130, 105900.

Morán-Pallero, N., & Felipe-Castaño, E. (2021). *Autoconcepto en las redes sociales y su relación con el afecto en adolescentes*. *Behavioral Psychology*, 3(29), 611-625.

Musetti, A., Starcevic, V., Boursier, V., Corsano, P., Billieux, J., & Schimmenti, A. (2021). *Childhood emotional abuse and problematic social networking sites use in a sample of Italian adolescents: The mediating role of deficiencies in self-other differentiation and uncertain reflective functioning*. *Journal of Clinical Psychology*, 77(7), 1666-1684.

Myerberg, L. B., Rabinowitz, J. A., Reynolds, M. D., & Drabick, D. A. (2019). *Does negative emotional reactivity moderate the relation between contextual cohesion and adolescent well-being?* *Journal of Youth and Adolescence*, 48(11), 2179-2189.

Nie, J., Li, W., Long, J., Zeng, P., Wang, P., & Lei, L. (2020). *Emotional resilience and social network site addiction: The mediating role of emotional expressivity and the moderating role of type D personality*. *Current Psychology*, 1-13.

O’Dea, B., Han, J., Batterham, P. J., Achilles, M. R., Calear, A. L., Werner-Seidler, A., ... & Christensen, H. (2020). *A randomised controlled trial of a relationship-focussed mobile phone application for improving adolescents’ mental health*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(8), 899-913.

Ostendorf, S., Wegmann, E., & Brand, M. (2020). *Problematic social - networks - use in German children and adolescents - the interaction of need to belong, online self - regulative competences, and age*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(7), 2518.

Oksanen, A., Miller, B. L., Savolainen, I., Sirola, A., Demant, J., Kaakinen, M., and Zych, I. (2021). *Social Media and Access to Drugs Online: A Nationwide Study in the United States and Spain among Adolescents and Young Adults*. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 13(1), 29 - 36. <https://doi.org/10.5093/ejpalc2021a5>

Pan, Y. J., Chen, Y. C., Lu, S. R., Juang, K. D., Chen, S. P., Wang, Y. F., ... & Wang, S. J. (2020). *The influence of friendship on migraine in young adolescents: A social network analysis*. *Cephalalgia*, 40(12), 1321-1330.

Paredes, A., Vitaliti, J. M., Aguirre, J., & Strafile, S. (2015). *Tipos de apoyo y la digitalización de las redes personales. El uso de Facebook de adolescentes rururbanos de Mendoza (Argentina)*. *Revista hispana para el análisis de redes sociales*, 26, 97-123.

Peris, M., de la Barrera, U., Schoeps, K., & Montoya-Castilla, I. (2020). *Psychological risk factors that predict social networking and internet addiction in adolescents*. *International journal of environmental research and public health*, 17(12), 4598.

Peña Axt, J. C., Lagos, L. A., & Henríquez, V. B. (2019). *Los celos como norma emocional en las dinámicas de violencia de género en redes sociales en las relaciones de pareja de estudiantes de Temuco, Chile*. *Multidisciplinary Journal of Gender Studies*, 8(2), 180-203.

Piteo, E. M., & Ward, K. (2020). *Social networking sites and associations with depressive and anxiety symptoms in children and adolescents-a systematic review*. *Child and adolescent mental health*, 25(4), 201-216.

Reid, A. E., Hancock, D. W., & Kadirvel, S. (2020). *Are college students’ perceptions of social network drinking accurate? Examining the validity of the Important People Instrument*. *Psychology of addictive behaviors*, 34(2), 335.

Rey, L., Quintana-Orts, C., Mérida-López, S., & Extremera, N. (2018). *Inteligencia emocional y cibervictimización en adolescentes: El género como moderador= Emotional intelligence and peer cybervictimisation in adolescents: Gender as moderator. Inteligencia emocional y cibervictimización en adolescentes: El género como moderador= Emotional intelligence and peer cybervictimisation in adolescents: Gender as moderator, 9-18*.

Rimpelä, A., Kinnunen, J. M., Lindfors, P., Soto, V. E., Salmela-Aro, K., Perelman, J., ... & Lorant, V. (2020). *Academic well-being and structural characteristics of peer networks in school*. *International journal of environmental research and public health*, 17(8), 2848.

Rodgers, R. F., Slater, A., Gordon, C. S., McLean, S. A., Jarman, H. K., & Paxton, S. J. (2020). *A biopsychosocial model of social media use and body image concerns, disordered eating, and muscle-building behaviors among adolescent girls and boys*. *Journal of youth and adolescence*, 49(2), 399-409.

Rodríguez, J. A. P., & Ortiz, M. Á. C. (2018). *Evaluación de problemas emocionales y nuevas tecnologías en los jóvenes*. *Revista de Estudios de Juventud*, (121), 91-115.

Romero, E., & Alonso, C. (2019). *Maladaptive personality traits in adolescence: behavioural, emotional and motivational correlates of the PID-5-BF scales*. *Psicothema*, 31(3), 263-270. <https://doi.org/10.7334/psicothema2019.86>

Saini, N., Sangwan, G., Verma, M., Kohli, A., Kaur, M., & Lakshmi, P. V. M. (2020). *Effect of social networking sites on the quality of life of college students: a cross-sectional study from a city in north India*. *The Scientific World Journal*, 2020.

Sánchez-Hernández, M. D., Herrera, M. C., & Expósito, F. (2021). *Does the Number of Likes Affect Adolescents’ Emotions? The Moderating Role of Social Comparison and Feedback-Seeking on Instagram*. *The Journal of Psychology*, 156(3), 200-223.

Sanguinetti, P. (2022). *Inteligencia artificial: el silencio de los humanistas*. (La Lectura,15/07)

Scott, E. S., Canivet, C., & Östergren, P. O. (2020). *Investigating the effect of social networking site use on mental health in an 18–34 year-old general population; a cross-sectional study using the 2016 Scania Public Health Survey*. *BMC public health*, 20(1), 1-10.

Sevic, S., Ciprić, A., Buško, V., & Štulhofer, A. (2020). *The relationship between the use of social networking sites and sexually explicit material, the internalization of appearance ideals and body self-surveillance: Results from a longitudinal study of male adolescents*. *Journal of youth and adolescence*, 49(2), 383-398.

Shensa, A., Sidani, J. E., Escobar-Viera, C. G., Switzer, G. E., Primack, B. A., & Choukas-Bradley, S. (2020). *Emotional support from social media and face-to-face relationships: Associations with*

depression risk among young adults.
Journal of affective disorders, 260, 38-44.

Simpson, E. G.; Lincoln, C.R.;
McCauley Ohannessian, C. (2019)
Does Adolescent Anxiety Moderate the Relationship between Adolescent-Parent Communication and Adolescent Coping?
Published online: 25 October 2019
© Springer Science+Business Media, LLC, part of Springer Nature 2019.

Souza, M. H. D. N., Nóbrega, V. M. D.,
& Collet, N. (2020).
Social network of children with chronic disease: knowledge and practice of nursing.
Revista Brasileira de Enfermagem, 73.

Stockdale, L. A., & Coyne, S. M. (2020).
Bored and online: Reasons for using social media, problematic social networking site use, and behavioral outcomes across the transition from adolescence to emerging adulthood.
Journal of adolescence, 79, 173-183.

Van Rijsewijk, L. G., Snijders, T. A.,
Dijkstra, J. K., Steglich, C.,
& Veenstra, R. (2020).
The interplay between adolescents' friendships and the exchange of help: A longitudinal multiplex social network study.
Journal of Research on Adolescence, 30(1), 63-77.

Van Royen, K., Poels, K.,
& Vandebosch, H. (2016).
Help, I am losing control! Examining the reporting of sexual harassment by adolescents to social networking sites.
Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking, 19(1), 16-22.

Van Zalk, M. H., Nestler, S., Geukes, K.,
Hutteman, R., & Back, M. D. (2020).
The codevelopment of extraversion and friendships: Bonding and behavioral interaction mechanisms in friendship networks.
Journal of Personality and Social Psychology, 118(6), 1269.

Vannucci, A., Simpson, E. G., Gagnon, S.,
& Ohannessian, C. M. (2020).
Social media use and risky behaviors in adolescents: A meta-analysis.
Journal of Adolescence, 79, 258-274.

Vidal, C., Lhaksampa, T., Miller, L.,
& Platt, R. (2020).
Social media use and depression in adolescents: a scoping review.
International Review of Psychiatry, 32(3), 235-253.

Yang, J., Ti, Y., & Ye, Y. (2022).
Offline and Online Social Support and Short-Form Video Addiction Among Chinese Adolescents: The Mediating Role of Emotion Suppression and Relatedness Needs.
Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking, 25(5), 316-322.





03/

¿Dosis de recuerdo para la solidaridad?

Sebastián Mora Rosado,

Doctor en sociología, licenciado en filosofía

Departamento de Teología moral y praxis de la vida cristiana.

Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia San Juan de Dios.

Universidad Pontificia Comillas. Madrid.

Desde la marea negra del Prestige a la crisis de Ucrania muestran como la sociedad española reacciona al momento de catástrofe con responsabilidad, cercanía y solidaridad. La capacidad de movilización, los aportes personales y económicos dibujan para estos momentos de emergencia una capacidad relevante de compromiso. Ahora bien, qué ocurre una vez que este momento pierde intensidad, presencia mediática o surgen otras emergencias.

La fisonomía de la solidaridad en España parece que requiere dosis de recuerdo, en forma de nuevas emergencias, para poder desplegarse con “normalidad”. De ahí las preguntas constantes que nos hacemos, personal y comunitariamente: ¿son los tiempos postpandémicos más solidarios? ¿la pandemia nos ha enseñado el camino de la solidaridad? Aunque en el fondo sabemos que son preguntas sin una respuesta unívoca. El autor dibuja un breve recorrido por algunos análisis que entrevean la evolución de la solidaridad en estos tiempos postpandémicos, para posteriormente plantear algunas reflexiones que puedan ayudarnos a la acción en estos tiempos inciertos y complejos.

Palabras clave: Solidaridad, Emergencia, Pandemia, Ayuda.

Events ranging from the Prestige oil spill to the Ukrainian crisis show that, in the face of catastrophe, Spanish society reacts with responsibility, empathy and solidarity. In times of emergency, capability of mobilisation and personal and financial contributions evidence a notable capacity of commitment. What happens, however, when such times lose their intensity and media presence or when other emergencies arise?

The physiognomy of solidarity in Spain would appear to require booster shots in the form of new emergencies in order to develop with “normality”. Hence the constant personal and community queries that we pose ourselves: Are our post-pandemic times more solidary? Has the pandemic shown us the way to solidarity? Deep inside, though, we know that these questions lack a definite answer. In this article, the author makes a brief review of some of the analyses that offer a glimpse of the evolution of solidarity in the post-pandemic period, and then goes on to present some reflections that may help us to take action in these complex and uncertain times.

Key words: Solidarity, Emergency, Pandemic, Help.

e inauguraron un nuevo ciclo de protesta creativo y expresivo que culminaron en las manifestaciones del 15M.

Dos años después, el 11 de marzo de 2004, Madrid vivió uno de los días más tristes de su historia. Cuatro atentados terroristas segaron la vida de 192 personas y causaron más de 2.000 heridos. La sociedad madrileña, con el sustento de la ciudadanía española, se volcó con las víctimas de estos atentados. Los servicios de emergencia (bomberos, sanitarios, protección civil, policía) se volcaron de forma heroica en la atención de las víctimas mostrando una profesionalidad y humanidad desbordante.

También, miles de madrileños trataron de ayudar de forma organizada, en algunos casos, y sobre todo de manera informal. El colectivo de psicólogos prestó asistencia a miles de personas afectadas, los sacerdotes se volcaron para escuchar y acompañar a familiares en mitad del naufragio, los puntos de donaciones de sangre tenían colas interminables, etc. Cuentan algunos miembros de los servicios de emergencia que pedían mantas y caían de los balcones, necesitaban cinturones para torniquetes y aparecían como por arte de magia, estaban exhaustos y recibían bebidas, alimentos y aliento por parte de una ciudadanía que ante el inmenso dolor movilizó su solidaridad.

Pero no solo las catástrofes españolas movieron la solidaridad de la ciudadanía española. En el año 2010 el terremoto de Haití impactó en el fondo del corazón a la sociedad española. El sismo provocó más de 300.000 víctimas y los afectados, de manera directa o indirecta, fueron innumerables. Todavía Haití sigue levantando escombros de aquel terremoto, además de los efectos de otras réplicas -especialmente en 2021- y el impacto de diversos huracanes.

Aquel terremoto de 2010 logró la recaudación de fondos mayor de la historia de la solidaridad internacional en España. Más de 100 millones de euros recaudaron las Organizaciones de Ayuda al Desarrollo Españolas, logrando en

Hace veinte años el hundimiento del **Prestige** en las playas gallegas se convirtió en una de las mayores catástrofes ecológicas que hemos vivido en el España. La marea negra provocada por el vertido del fuel cubrió los 2.000 kilómetros de costa de Galicia.

Las imágenes del famoso “**chapapote**” llegando a las orillas de las playas, la impotencia de los vecinos de los pueblos costeros tratando de retirar las interminables galletas de fuel y la desastrosa gestión política y comunicativa de la catástrofe levantó una impresionante marea blanca de solidaridad. Más de 300.000 voluntarios y voluntarias llegaron a Galicia de todos los puntos de España, y muchas personas de países extranjeros, para quitar el chapapote con sus propias manos. Las cadenas de monos blancos en las costas se convirtieron en la ola de solidaridad más intensa y mediática de la historia del voluntariado.

Esta ola de solidaridad vino acompañada por el movimiento “**Nunca Más**” que fue la primera movilización ciudadana, de carácter transversal y multiforme, que logró sin el concurso de las redes sociales generar un marco de protesta colectiva general. A golpe de SMS se llegaron a movilizar a más de 200.000 personas bajo un grito unánime. Estas movilizaciones generaron un creciente aumento de la conciencia ecológica

1. El País, 24 de marzo de 2020. Disponible en https://elpais.com/cultura/2020/03/23/babelia/1584986441_659231.html (consulta 22/11/2022)

2. <https://aavvmadrid.org/noticias/las-redes-vecinales-distribuyen-alimentos-a-mas-de-50-000-personas-en-toda-la-region/> (Consulta 25/11/2022)

3. <https://aavvmadrid.org/noticias/las-redes-vecinales-de-madrid-siguen-ayudando-con-alimentos-a-mas-de-13-000-personas-al-mes/> (Consulta 25/11/2022)

4. Se puede consultar <https://www.solivid.org/> (Consulta 25/11/2022)

5. Según el Informe de la Cátedra Amor Laetitia más del 70% de la población de barrios vulnerables ha tomado una mayor conciencia sobre la muerte y el sufrimiento. <https://www.comillas.edu/noticias/139-familia/amoris-laetitia/4269-los-barrios-vulnerables-cambian-de-actitud-tras-el-covid> (Consulta 25/11/2022)

términos relativos ser uno de los países con mayor aportación a la catástrofe. El huracán Mitch y el Tsunami del sureste asiático que se habían convertido en las situaciones de emergencia humanitaria con mayor apoyo en España se vieron sobrepasadas por la solidaridad con Haití.

La pandemia por coronavirus ha sido otro de esos momentos de intensidad solidaria desbordante. La pandemia ha sido, y en cierta medida sigue siendo, “**un hecho singular, excepcional y totalizante**” (Mora, López-Ruiz y Blanco, 2021) que ha abierto nuevas incertidumbres y ha permitido que nos hagamos, con el trasfondo de un dolor inmenso, preguntas sociales, políticas, económicas y existenciales consideradas tabú hasta entonces. El retorno de la vulnerabilidad (De la Torre, 2020), la emergencia de la sociedad de los cuidados (Laguna, 2021), la necesidad de ralentizar el fenómeno de la globalización para volver a la economía de proximidad (Olivie y Gracia, 2021), la creciente conciencia ecológica, la importancia de la cobertura de los derechos sociales básicos, etc.

Las imágenes de los balcones aplaudiendo a las personas dedicadas a los trabajos esenciales en general y al personal sanitario en particular, se crearon bajo licencia open access múltiples aplicaciones digitales para la escucha y la ayuda mutua, se abrieron de forma gratuita bibliotecas digitales y se crearon multitud de redes vecinales de ayuda en proximidad. Paolo Giordano llegó a afirmar que “**en tiempos de contagio somos parte de un único organismo; en tiempos de contagio volvemos a ser una comunidad**”¹

La emergencia de las redes vecinales en los tiempos pandémicos fueron un fenómeno muy destacado que desde la relacionalidad y proximidad se constituyó como “**un patrimonio inmaterial que construye una necesaria riqueza no material**” (Navarro, 2021). Por ejemplo, en la Comunidad de Madrid se atendieron a más de 100.000 personas desde el primer confinamiento hasta mayo de 2021. Fueron 76 redes vecinales (de ellas 63 en la capital) las que, desde despensas comunitarias, aportaron ayuda en

alimentos y productos de primera necesidad a unas 30.000 familias. Una labor gigantesca que fue desarrollada gracias al trabajo de más de 6.000 personas² y que en la actualidad siguen ayudando a más de 13.000 personas al mes³. Barcelona⁴, como otra ciudad con gran densidad de población, la presencia de las **Xarxes de suport veïnal (Navarro 2021)** tuvieron una labor esencial.

La solidaridad, la ayuda mutua, la empatía y la intención de comprometerse en proyectos compartidos se palpaba en la vida de unas sociedades que vivían bajo una incertidumbre radical. Parece que la pandemia cambió el imaginario de los barrios haciéndonos más consciente de la realidad del mundo y posibilitó una mayor conciencia sobre el sufrimiento que padecían y padecen muchos vecinos y vecinas⁵.

Cuando los sonos de la pandemia comenzaban a acallarse estalló de manera inesperada, para la mayoría de la población, y anunciada por los analistas y politólogos la invasión rusa de Ucrania. Miles de personas se vieron obligadas a salir de su país, especialmente mujeres, niños y personas mayores, generando una ola intensa de solidaridad.

En España miles de personas abrieron sus casas, las organizaciones sociales y religiosas abrieron programas específicos de acogida, las campañas de **fundraising** tuvieron mucha colaboración y algunas personas partieron para recoger a estas personas y traerlas a nuestro país, incluso en vehículos personales. Un movimiento intenso y amplio que mostraba como el músculo solidario no se había agotado durante la pandemia.

Desde la marea negra del **Prestige** a la crisis de Ucrania muestran como la sociedad española reacciona al **momentum catastrófico** con responsabilidad, cercanía y solidaridad. La capacidad de movilización, los aportes personales y económicos dibujan para estos momentos de emergencia una capacidad relevante de compromiso. Ahora bien, qué ocurre una vez que este **momentum catastrófico** pierde intensidad,

presencia mediática o surgen otras emergencias. Podemos plantear la hipótesis de que España es un país intensamente solidario, pero con una temporalidad breve. En este sentido hago más las palabras de Miguel Ángel Villena (2000) cuando afirmaba que España es solidaria, pero de manera compulsiva. El genial Forges siguió escribiendo en sus viñetas “¡No te olvides de Haití!” hasta mucho tiempo después del terremoto. El dibujante, desde su sociología desde el humor, conocía muy bien a la sociedad española y no quería que la catástrofe humanitaria que más apoyo había recibido se olvidase en los corazones de la ciudadanía española.

La fisonomía de la solidaridad en España parece que requiere dosis de recuerdo, en forma de nuevas emergencias, para poder desplegarse con “normalidad”. De ahí las preguntas constantes que nos hacemos, personal y comunitariamente: ¿son los tiempos postpandémicos más solidarios? ¿la pandemia nos ha enseñado el camino de la solidaridad? Aunque en el fondo sabemos que son preguntas sin una respuesta unívoca.

Uno de los problemas para argumentar nuestra hipótesis, alta intensidad y temporalidad breve, reside en cómo medir la solidaridad. Los indicadores siempre son indirectos, parciales y, muchas veces, con intenciones políticas o publicitarias. Por ejemplo, como luego veremos, un indicador que se utiliza habitualmente para auscultar la solidaridad social es el volumen de donaciones a entidades no lucrativas.

Dependiendo del volumen de donaciones podemos establecer un termómetro de la solidaridad⁶, compararlo con otros países o ver la evolución en el tiempo. Pero ¿podemos reducir la solidaridad a una donación esporádica o periódica?, ¿es más solidaria la persona que más aporta en donaciones? A continuación, vamos a hacer un breve recorrido por algunos análisis que entrevean la evolución de la solidaridad en estos tiempos postpandémicos, para posteriormente plantear algunas reflexiones que puedan ayudarnos a la acción en estos tiempos inciertos y complejos.

2/

Tendencias de la solidaridad en tiempos pandémicos.

A pesar del imaginario de que la pandemia ha reforzado la solidaridad, la tendencia parece mostrar una evolución decreciente según algunos estudios. La Fundación FOESSA (2022) en su estudio sobre el impacto de la COVID-19 muestra cómo la ayuda entre terceros -personas no familiares- presenta una tendencia a la debilidad comparándolo con el año 2018. Tal como se observa en la tabla 1, si en 2018 casi el 70% de la población obtenían ayuda por parte de terceros cuando lo necesitaban, este porcentaje se ha reducido 3,9 puntos. Esta tendencia supone que en torno a un tercio de los hogares que requieren de ayuda no la han recibido de terceros. Esta tendencia, aunque de menor intensidad, se muestra también en los hogares en exclusión que necesitan de una ayuda más urgente. Alrededor de un 32% de la población con una situación social vulnerable no recibieron ayuda durante el año 2021. Esta tendencia muestra que la pandemia no ha reforzado los lazos de ayuda entre terceros, más bien se han debilitado de una forma significativa.

Recibe ayuda	2018	2021	2021-2018
Integración	69,2	65,2	-4
Exclusión	70,9	68,6	-2,2
Total	69,9	66	-3,9

Presta ayuda	2018	2021	2021-2018
Integración	59,1	48,6	-10,5
Exclusión	49,3	39,7	-9,6
Total	58,1	46,9	-11,2

Tabla 1. Población que recibe ayuda o presta ayuda a terceros por grupo de exclusión/inclusión 2018-2021. En porcentaje
Fuente: Elaboración propia FOESSA (2022).

6. Por ejemplo: Cruz Roja destaca que España es el país más solidario en la época del coronavirus: <https://www.madridlowcost.es/cruz-roja-confirma-a-espana-como-el-pais-mas-solidario-en-esta-crisis/> o La Fundación Elosúa Rojo comentando un informe de la Asociación española de fundraising afirmaba que España era un país solidario por el volumen de donaciones monetarias y en especie: <https://fundacionelosuarrojo.org/espana-es-un-pais-solidario/>

7. Esta pregunta se realizó por primera vez en abril de 2020, tras un parón de unos meses se volvió a realizar en septiembre de 2020. Desde este mes se realizó de manera ininterrumpida hasta diciembre de 2021, cuando la pandemia remitía de intensidad en la opinión pública y el CIS varió la serie en sus barómetros.

Si analizamos esta realidad desde el punto de vista de la prestación de la ayuda nos encontramos con un descenso, si cabe, más acelerado. Analizando el dato global de la población observamos un descenso de 11,2 puntos, entre el año 2018 y el 2021, de los hogares que prestaban ayudas a terceros en caso de necesidad. Tendencia de descenso que se corrobora en los hogares más vulnerables (con un descenso de 9,6 puntos) y en aquellos que tienen una situación social más desahogada (10,5 puntos). Este último dato es especialmente significativo porque muestra que los que han sido menos afectados por la pandemia, los que han mantenido cierta estabilidad social, no incrementan su ayuda a los menos favorecidos por la pandemia y sus consecuencias.

También, según este informe, se han reducido los hogares que prestan y reciben ayuda. Es decir, las dinámicas de ayuda mutua entre hogares con diversas necesidades también han sufrido un severo desgaste. Un 12,7% menos de hogares manifiestan desarrollar estas dinámicas de ayuda mutua. Esto implica pasar de más de la mitad de la población (52,2%) en el 2018, al 39,5% en el 2021 (cuatro de cada diez familias). El dato positivo lo encontramos en el mantenimiento de la intensidad de la ayuda recibida y

prestada. En aquellas situaciones en las que la ayuda ha permanecido esta se realiza con una mayor periodicidad que con respecto al 2018.

Los barómetros del CIS, desde el inicio de la pandemia hasta diciembre del 2021, nos permiten un acercamiento dinámico al comportamiento de la solidaridad. A través de la pregunta por el civismo y la solidaridad⁷ en los tiempos pandémicos más duros se refleja una fotografía muy sugerente. La pregunta por esta cuestión se realizó por primera vez en el barómetro de abril de 2020 para aparecer desde entonces, con algunos meses sin preguntar, hasta diciembre de 2021 (gráfico 1). En abril de 2020 apresados por el miedo y la incertidumbre un 93,5% de los entrevistados veían de forma nítida que la ciudadanía estaba dando un ejemplo sobresaliente de civismo y solidaridad. Sin embargo, en el barómetro de septiembre, tras un verano vivido con cierta apertura y libertad, pero iniciándose el despegue de la segunda ola y en un ambiente político que ya presenta rupturas relevantes el porcentaje de los que alaban el civismo y solidaridad cae hasta el 48,3% y no superará el 60% hasta el barómetro de octubre de 2021. Alcanzará su nivel más alto, después de abril de 2020, en diciembre de 2021 con un 69%.

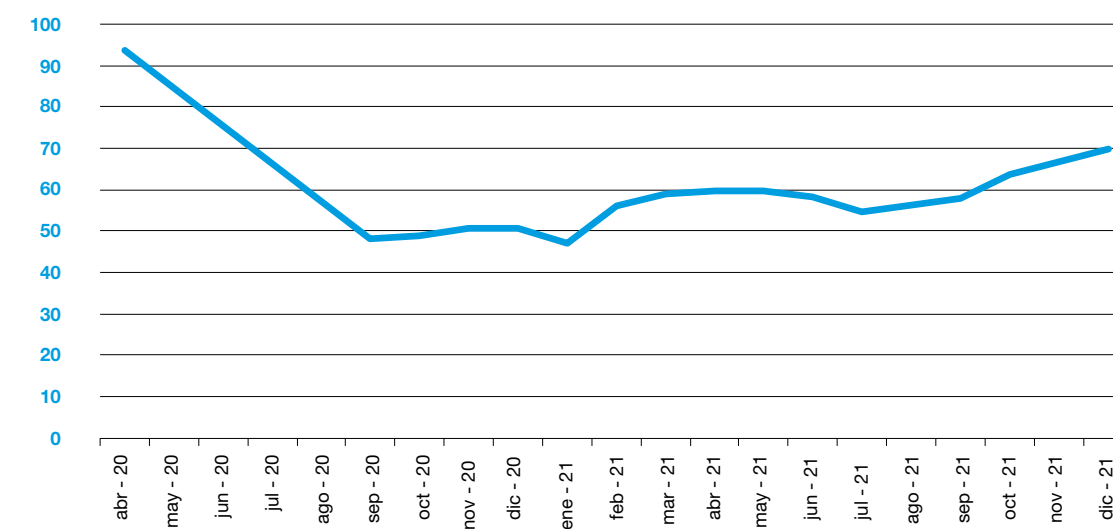


Gráfico 1. Evolución del porcentaje de personas que creen que “la mayoría de los/as españoles/as estamos dando un ejemplo de civismo y solidaridad en la forma de afrontar las medidas contra el COVID-19”. Abril 2020/diciembre 2021. En porcentaje
Fuente: Elaboración propia a partir de los barómetros del CIS.

LH n.334

Esta serie parece corroborar nuestra hipótesis de partida. Somos especialmente solidarios en situaciones extremas, cuando el miedo, la incertidumbre y el sufrimiento nos desborda. Sin embargo, cuando parece amainar el temporal volvemos a nuestra tendencia habitual en el imaginario de la solidaridad. Los primeros meses, de marzo a septiembre, fueron los más intensos en experiencias y propuestas solidarias de todo tipo; sin embargo, el verano y la polarización política cambio la tendencia y empezamos a vivir la vuelta a la “nueva normalidad” que no era más que la “clásica normalidad”.

En una investigación⁸ que hemos realizado en la Cátedra José María Martín Patino de la Cultura del Encuentro, de la Universidad Pontificia Comillas, sobre la “cultura del encuentro” (López-Ruiz, Mora, Blanco y Lorenzo, 2022) tras la pandemia, hemos encontrado que las prácticas solidarias, entendidas en el modo clásico de participación en el voluntariado y donaciones a ONG, no han sufrido un gran cambio.

La participación en el voluntariado (gráfico 2) suele implicar un grado de compromiso relevante que, junto a la contribución económica, conlleva la dedicación de un recurso casi siempre escaso: el tiempo. Mientras que el 5% de la población representada en la muestra colabora esporádicamente como voluntaria con este tipo de organizaciones, solo un 2,5% lo hace habitualmente.

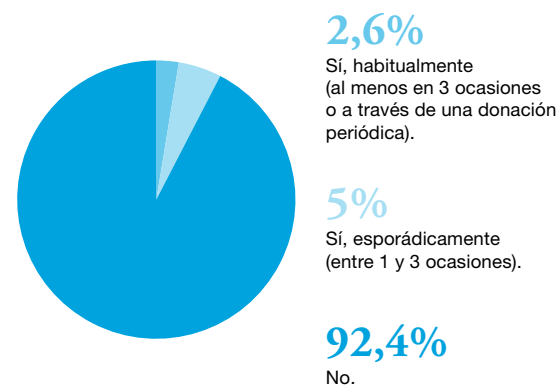


Gráfico 2. ¿Participa actualmente como voluntario en alguna ONG? En porcentaje
Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta de la Cultura del Encuentro 2021

La Plataforma para el Voluntariado en España cifra en torno al 7% las personas que colaboran como voluntarias, frente al 7,6% de la encuesta sobre la cultura del encuentro.

La Plataforma no establece la diferencia entre voluntario esporádico o habitual. Además, se trata de magnitudes muy similares y, sobre todo, que no muestran cambios relevantes, en el caso de la Plataforma que tiene una serie más larga, con las tendencias previas al coronavirus.

El porcentaje de personas que ha colaborado económicamente con ONG (gráfico 3) en los anteriores 12 meses, ya sea de forma esporádica o habitual, es más del doble de las que lo hicieron solo como voluntarios (17,9% y 7,6%).

La Asociación Española de Fundraising⁹ afirma que el 37% de la población ha colaborado en los últimos 12 meses frente al casi 18% de la investigación que estamos citando.

Prácticamente el doble porque la Asociación española abre su abanico a toda clase de organizaciones (culturales, cívicas, deportivas, etc.) mientras que en la cultura del encuentro se ciñe a la colaboración con las ONG.

Lo relevante para nuestra reflexión es que no se han dado cambios significativos, fuera de la compulsión de ayuda de los primeros meses de coronavirus.

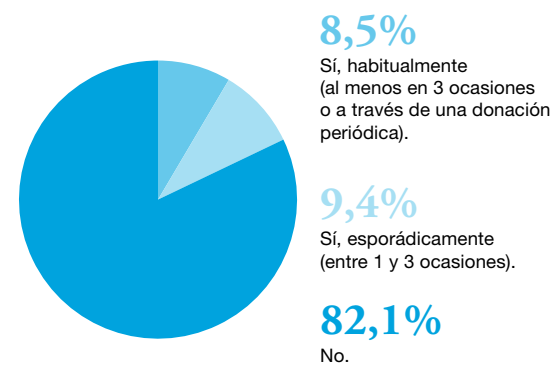


Gráfico 3. En los últimos 12 meses, ¿ha colaborado económicamente con una ONG?
Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta de la Cultura del Encuentro 2021.

8. El trabajo de campo se realizó en junio de 2021 con un universo para población general mayor de 18 años y una muestra de 1.209 entrevistas, con un margen de error +2,82 (nivel de confianza 95% y p/q=50/50). La muestra total incluye una cuota de 200 inmigrantes.

9. <https://www.aefundraising.org/>

10. CIS 3325 “Encuesta sobre relaciones sociales y afectivas en tiempos de la pandemia por COVID-19”. Mayo 2021. https://www.cis.es/cis/open/cm/ES/1_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=14571

Siguiendo con los datos de la misma investigación y valorando la disposición que tienen las personas para ayudar a los demás, concluimos que la mayoría de las personas se sitúa en el término medio entre los polos de egoísmo y solidaridad (gráfico 4). En una escala que representa como posiciones extremas las afirmaciones “la mayoría de la gente intenta ayudar a los

demás” -valor 10 - y “la mayoría de las veces la gente mira por sí misma” -valor 0 de la escala- la respuesta media se sitúa en 4,9.

Es casi la mitad de la escala y, además, se muestra como la distribución de las respuestas es bastante simétrica y responde a una curva normal, con cierta prevalencia hacia el polo positivo.

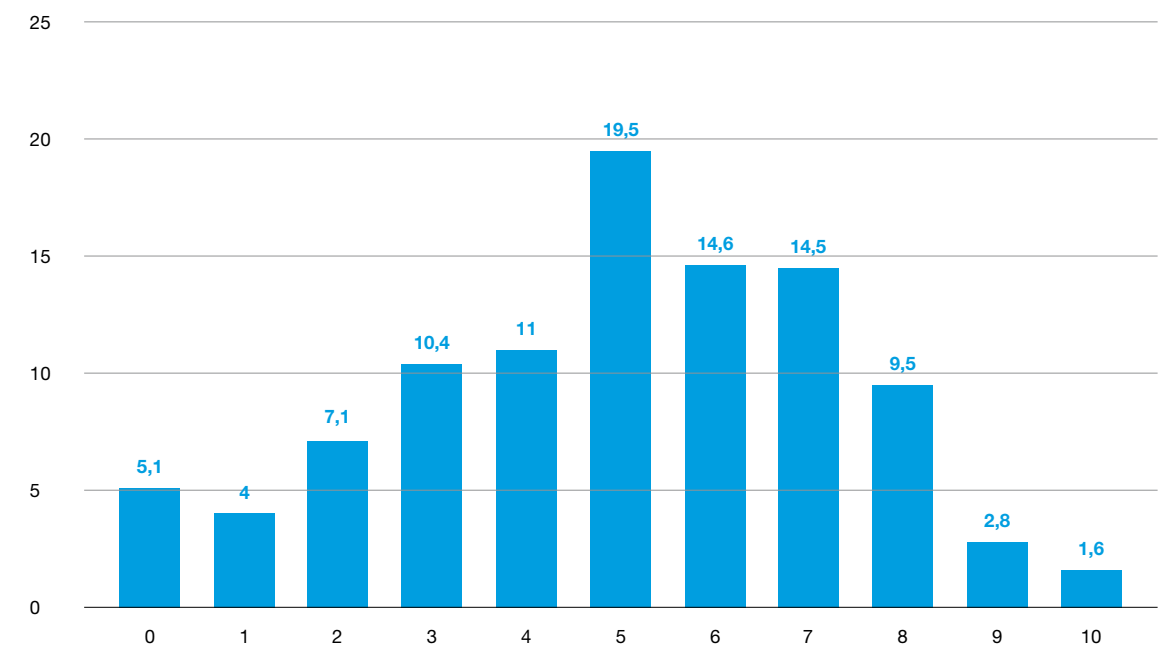


Gráfico 4. ¿Diría usted que la mayoría de las veces la gente intenta ayudar a los demás (10) o que principalmente mira por sí misma (0)? En porcentaje

Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta de la Cultura del Encuentro 2021.

Es interesante observar que cuando se analizan prácticas y conductas concretas los resultados, tras el impacto de la pandemia, se sitúan en valores de la vieja normalidad o incluso con una tendencia a la baja, como se mostraba en el estudio de la Fundación FOESSA. Sin embargo, cuando se pregunta por percepciones las estimaciones son más positivas como observamos en esta pregunta por la propensión a la ayuda.

24 años el 49%. La percepción parece mostrarse con un imaginario más positivo que la realidad encarnada en prácticas concretas.

En el fondo, deseamos que la solidaridad se incremente y se haga más sólida en nuestras sociedades, aunque parece que la realidad dista de nuestros deseos, excepto en momentos de emergencia.

En esta misma línea, el CIS realizó un estudio en mayo de 2021¹⁰ en el que la población se inclinaba a que la pandemia suponía un incremento de la solidaridad: los mayores de 65 y más años lo corroboraban en un 61%, los de 55 a 64 años en un 53% y los jóvenes entre 18 y

3/

¿Un nuevo horizonte de la solidaridad?

En España desde la **Gran Recesión (2009)** hemos vivido con especial intensidad el crecimiento de la pobreza y la exclusión social es sus versiones más severas. La pandemia de la COVID19 ha acelerado estos procesos de empobrecimiento llegando a imágenes, como las llamadas “**colas del hambre**”, que eran desconocidas hace no muchos años.

Desde los años de la Gran Recesión las organizaciones sociales y los servicios públicos están soportando una presión asistencial continua y en incremento constante. Por ejemplo, con la pandemia **Cruz Roja** desplegó el proyecto más ambicioso de la organización en territorio español¹¹ y **Cáritas española** llegó a atender en el año 2020 a 625.991 personas más que en 2015. Si además de la crisis pandémica sumamos la crisis de Refugio de 2015 con la guerra de Siria y ahora la guerra de Ucrania nos damos cuenta que estamos desde hace años en “**pie de emergencia**” (**García Roca, 2012**). La pandemia se convirtió en un punto axial para comprendernos como sociedades vulnerables y vulneradas que requieren estar alerta, en situación de emergencia.

La narrativa de la acción humanitaria utilizada para las grandes catástrofes allende de nuestras fronteras se ha instalado en nuestras sociedades (**Mora, 2021**). Desde esta cosmovisión humanitaria parece que hemos reducido los derechos humanos al derecho a la supervivencia y el imaginario de la justicia social se ha confundido con el derecho a la asistencia humanitaria¹². En definitiva, con la pandemia se ha culminado un giro acelerado del “**humanismo al humanitarismo**” (**Pia, 2006**) en la concepción de la solidaridad. Este giro se ejemplifica en una solidaridad alerta frente a las emergencias, anclada en

el corto plazo y sostenida desde el horizonte de la supervivencia. En definitiva, una solidaridad compulsiva, desmemoriada y con un claro tinte emotivo e individualista.

Ya a finales de los años 90, tras las Olimpiadas y la EXPO de Sevilla, se reflexionó mucho sobre la solidaridad como espectáculo (**Aranguren, 1998**). La solidaridad, en tiempos postmodernos, se convirtió en un objeto de consumo y de expresividad personal. Ser solidario, en el horizonte del llamado altruismo indoloro (**Lipovetsky, 1994**), fue una moda que inundó los medios de comunicación de telemaratones para promocionar diversas situaciones sociales. En la actualidad, la solidaridad espectáculo ya no se sitúa desde el giro expresivo postmoderno, sino desde la heurística del miedo (**Jonas**), desde la conciencia de la vulnerabilidad y los límites. En este sentido, hablamos de solidaridad compulsiva y de su desvanecimiento cuando el miedo afloja su soberanía. Por eso, son compatibles momentos de intensa expresividad solidaria con las prácticas del sálvese quien pueda. Recordando los meses de confinamiento, fuimos capaces de aplaudir hasta la extenuación a los sanitarios y mostrar repulsa porque eran cómo vecinos y vecinas potenciales agentes de contagio.

En este sentido, es relevante otra característica de este nuevo horizonte de la solidaridad que consiste en su intensa capacidad de discriminar qué situaciones merecen la proximidad solidaria y cuáles están abocadas al olvido. **Judit Butler (2010)** explica cómo nuestro mundo tiene la capacidad de establecer qué “**vidas merecen ser lloradas**” y cuáles no merecen ninguna lágrima. Hay cementerios anónimos, vidas olvidadas sin ningún rito ni atención, mientras que existen otras inundadas de flores. La solidaridad es selectiva con el sufrimiento y plantea vías diversas para su despliegue. Hay procesos sociales y emergencias humanitarias que requieren de nuestra presencia y otras situaciones sobre la que construimos un muro de frialdad. Podemos recordar la distinta reacción con la crisis humanitaria de los refugiados provenientes de la guerra de Siria y las personas refugiadas por

11. Cruz Roja lanzó el Plan Responde en marzo del 2020 y lo catalogó como “la mayor movilización de recursos, capacidades y personas de Cruz Roja en nuestra historia, para brindar asistencia a personas en vulnerabilidad”. Ver: <https://www2.cruzroja.es/-/lanzamos-el-plan-cruz-roja-responde-frente-al-covid-19> (consulta 25/11/2022)

12. En este horizonte me parecen muy esclarecedoras las reflexiones de (**Raich, 2002**)

La mejor vacuna contra la indiferencia ética comienza por no vivir de espaldas al dolor y la injusticia del mundo

la invasión de Ucrania. Una Europa que cerró fronteras al sufrimiento sirio y se abrió de **par en par** a la situación de las personas provenientes de Ucrania. Unos representaban una amenaza de invasión y otros mostraban las raíces solidarias de Europa.

Conjugando frialdad y sentimentalismo somos capaces de cubrir situaciones dramáticas con nuestra indiferencia (**Maiso, 2016**). Poniendo en juego la “**ignorancia indiferente**” y la “**irresponsabilidad de los privilegiados**” (**Tronto, 2005: 239-240**) evitamos profundizar en algunas situaciones de injusticia y sufrimiento, para enaltecer otras causas que sí merecen nuestra energía solidaria. El sentimentalismo esporádico se convierte en un instrumento privilegiado para profundizar en la producción social de la frialdad. La solidaridad compulsiva es

“Un estado del alma en el que la indiferencia es crónica, mientras que la sensiblería emerge tan solo de manera intermitente evidenciando una función compensatoria” (**Maiso, 2016:64**).

Cubiertos bajo un

“Sentimentalismo sin piedad” (**Alba Rico**) somos capaces de vivir con naturalidad la muerte en el mediterráneo de miles de personas, y al mismo tiempo, sentir una conmoción emocional desbordante participando en una campaña para niños con dificultades. Desde la solidaridad compulsiva edificamos un régimen atencional selectivo, proponiendo una emotividad discriminatoria, que marca las vidas que merecen ser lloradas, para levantar muros de indiferencia desde una “**compasión inocua**” (**Sontag**).

En este sentido, es más relevante la cualidad solidaria, que la “**cantidad solidaria**”. Tras la pandemia tenemos los resortes esenciales para construir una solidaridad como cultura del encuentro, solidaridad que permita construir “**paraísos desde el infierno**”, siempre que seamos capaces de derribar muros de indiferencia y apoyarnos en los vínculos comunitarios.

4/

La solidaridad como encuentro.

Rebecca Solnit ha analizado la capacidad de resiliencia que brota tras los desastres (**Solnit, 2020**) y frente al imaginario común del egoísmo del sálvese quien pueda, en situaciones de catástrofes brota el altruismo por todos lados, emerge el “**paraíso en el infierno**”. Afirmaba que cuando la normalidad se ve interrumpida

“La gente da un paso al frente –no toda, pero sí la gran mayoría– para hacerse guardián de su hermano” (**Solnit, 2020: 25**).

El papa Francisco, en **Fratelli tutti**, afirmaba en el mismo horizonte:

“La pandemia despertó durante un tiempo la conciencia de ser una comunidad mundial que navega en una misma barca, donde el mal de uno perjudica a todos. Recordamos que nadie se salva solo, que únicamente es posible salvarse juntos.

LH n.334

Por eso dije que la tempestad desenmascara nuestra vulnerabilidad y deja al descubierto esas falsas y superfluas seguridades con las que habíamos construido nuestras agendas, nuestros proyectos, rutinas y prioridades. [...] Con la tempestad, se cayó el maquillaje de esos estereotipos con los que disfrazábamos nuestros egos siempre pretenciosos de querer aparentar; y dejó al descubierto, una vez más, esa bendita pertenencia común de la que no podemos ni queremos evadirnos; esa pertenencia de hermanos” (FT,32).

La pandemia, la crisis ecológica, la tercera guerra mundial “a pedacitos” (Francisco), la desigualdad creciente e intensa que vivimos, el retorno de hambrunas crónicas requiere verdaderamente un nuevo horizonte de la solidaridad. Una solidaridad que no se deja medir fácilmente por los resultados de su acción, ni por los indicadores indirectos de su desarrollo.

El análisis que hemos planteado muestra una solidaridad frágil necesitada de dosis de recuerdo para que el virus del egoísmo y el individualismo no infecte nuestra estimativa moral.

La mejor vacuna contra la indiferencia ética comienza por no vivir de espaldas al dolor y la injusticia del mundo, para, posteriormente, hacernos consiente que la única solidaridad permanente es la que se desarrolla desde la comunidad. Como dice el papa Francisco

“No es una opción posible vivir indiferentes ante el dolor, no podemos dejar que nadie quede a un costado de la vida. Esto nos debe indignar, hasta hacernos bajar de nuestra serenidad para alterarnos por el sufrimiento humano. Eso es dignidad”. (FT, 68).

Bibliografía

- ▶ **Aranguren, L. A. (1998).** *Reinventar la solidaridad. Voluntariado y educación.* Madrid: PPC.
- ▶ **Butler, J. (2010).** *Marcos de guerra: las vidas lloradas.* Barcelona: Paidós.
- ▶ **De la Torre, J. (2020).** *El principio de vulnerabilidad y el coronavirus.* En R. Amo y F. Montalvo (Eds.), *La humanidad puesta a prueba. Bioética y COVID-19* (pp. 105-121). Madrid: Universidad Pontificia Comillas.
- ▶ **FOESSA. (2022).** *Evolución de la cohesión social y consecuencias de la COVID-19 en España.* Madrid: FOESSA.
- ▶ **García Roca, J. (2012).** *Reinvención de la exclusión en tiempos de crisis.* Madrid: Cáritas-FOESSA.
- ▶ **Laguna, J. (2021).** *Ciudadanía: del contrato social al pacto de cuidados.* Madrid: PPC.
- ▶ **Lipovetsky, G. (1994).** *El crepúsculo del deber. La ética indolora en los nuevos tiempos democráticos (1st ed.).* Barcelona: Anagrama.
- ▶ **López-Ruiz, J. A., Mora, S., Blanco, A. y Lorenzo, F. (2022).** *La cultura del encuentro.* En A. Blanco, A. Chueca, J. A. López-Ruiz y S. Mora (Eds.),

Informe España 2022 (pp. 49-129). Madrid: Universidad Pontificia Comillas.

▶ **Maiso, J. (2016).** *Sobre la producción y reproducción social de la frialdad.* En J. A. Zamora, M. Reyes Mate y J. Maiso (Eds.), *Las víctimas como precio necesario* (pp. 51-71). Madrid: Trotta.

▶ **Mora, S. (2021).** *Del asistencialismo al sueño de una fraternidad universal. Corintios XIII.* Revista de Teología y Pastoral de la Caridad, (179), 75-98.

▶ **Mora, S., López-Ruiz, J. A. y Blanco, A. (2021).** *Pensar desde la pandemia.* En A. Blanco, A. Chueca y López-Ruiz, J.A, Mora, S (Eds.), *Informe España 2021* (pp. 15-56). Madrid: Universidad Pontificia Comillas.

▶ **Navarro, M. (2021).** *Redes vecinales de apoyo y estrategias de afrontamiento en familias empobrecidas en Barcelona en tiempos de pandemia.* Gazeta De Antropología, 37(1), artículo 2. doi:10.30827/Digibug.69640

▶ **Olivié, I. y Gracia, M. (2021).** *Globalización y pandemia.* Análisis Del Real Instituto Elcano (ARI), (49) Retrieved from <https://www.realinstitutoelcano.org/analisis/globalizacion-y-pandemia/>

▶ **Pla, L. (2006).** *Dialéctica del humanismo y el humanitarismo.* En J. M. Bermudo (Ed.), *Del humanismo al humanitarismo* (pp. 143-168). Barcelona: Horsori Editorial.

▶ **Raich, J. (2002).** *La evolución ética de la idea humanitaria.* Madrid: MSF.

▶ **Solnit, R. (2020).** *Un paraíso en el infierno: las extraordinarias comunidades que surgen en el desastre.* Madrid: Capitan Swing.

▶ **Tronto, J. (2005).** *Cuando la ciudadanía se cuida: una paradoja neoliberal del bienestar y la desigualdad.* En Emakunde Congreso Internacional Sare, 2004 (Ed.), *¿Hacia que modelo de ciudadanía?* (pp. 231-254). Vitoria: Emakunde.

▶ **Villena, M. A. (2000).** *España solidaria.* Madrid: Gestión.



04/ Pandemia y postpandemia: efectos sobre nuestras vidas.

Julio de la Torre,
Profesor Adjunto de Facultad
Escuela Universitaria de Enfermería San Juan de Dios.
Universidad Pontificia Comillas. Madrid.

Los efectos del confinamiento claramente fueron perjudiciales para la población, en muchos aspectos, que van de lo social a lo económico y centrándonos en la salud, aun vemos muchos de los efectos del impacto pandémico: adicciones, sobrepeso, violencia intrafamiliar, divorcios, problemas de salud mental en niños y adolescentes, reducción de ingresos económicos, etc. Aunque el autor también plantea algún aspecto positivo como que volver a lo auténtico, a lo sencillo y a lo habitualmente inmaterial, se hace importante y ojalá, se convierta en el principal motor de nuestras vidas, a fin de ser plenos en ellas.

Palabras clave: Andemia, Población, Efecto, Vida.

The effects of the lockdown were clearly harmful for people in many ways, ranging from the social to the economic spheres and specially as regards health. We may still see many results of the pandemic's impact: addictions, excess weight, intra-family violence, divorces, mental health problems in children and adolescents, reduction of financial income, etc. Although the author presents some positive aspects, such as a return to what is authentic, simple and usually intangible, we may only hope that they will take on a growing importance and become the principal driving force of our lives, fostering our fulfilment.

Palabras clave: Pandemic, People, Effects, Life.

y la segunda puramente novelesca, descritas anteriormente.

Los efectos del confinamiento claramente fueron perjudiciales para la población, en muchos aspectos, que van de lo social a lo económico y centrándonos en la salud, aun vemos muchos de los efectos del impacto pandémico.

En cuanto a las adicciones, aumentó el consumo de alcohol, agravándose en los casos donde ya era un problema. Según un informe realizado por la OECD, un 36% de los encuestados había aumentado su consumo en relación con el año anterior a la pandemia.

Este patrón se ha visto también reflejado en las ventas de alcohol, que en 2020 han aumentado entre un 3% y un 5% en países como Alemania, Reino Unido o EE.UU., en comparación con el 2019. El porcentaje de fumadores con dependencia al tabaco se triplicó durante los meses de confinamiento.

Según un estudio realizado por la **Sociedad Española de Obesidad** un 44% de los españoles aumentamos de peso durante el confinamiento. Una mala alimentación y el sedentarismo, principales causas de este repunte en el peso medio de los ciudadanos que viven en España.

El nivel de ingresos, tamaño de la vivienda y nivel educativo son las variables que más han influido en el aumento de peso durante el confinamiento.

En estos momentos, se estima que en España un 60% de la población tiene exceso de peso y más de un 20% presentan obesidad. Todos estos efectos no han revertido del todo.

Los casos de violencia intrafamiliar, de diferentes causas, también aumentó. Los divorcios y separaciones en España volvieron a aumentar un 13,2% en 2021 tras su caída en 2020 por la pandemia, según la Estadística de Nulidades, Separaciones y Divorcios del **Instituto Nacional de Estadística (INE)**.

Cuando el campeón mundial de Boxeo **Mike Tyson** ingresó en prisión (con cargos por asalto y violación, entre otros) la opinión pública aplaudía la decisión de la justicia, que no contemplaba la riqueza o el poder mediático que había llegado a tener el deportista: muy al contrario, la sociedad podría llegar a compensar a las víctimas con la justicia.

Una vez cumplió su condena, Tyson declararía que los años de cárcel habían supuesto para él una liberación, y que los consideraba como los mejores de su vida. Posiblemente, y en su caso, los efectos de un encierro obligado, unidos a una férrea disciplina tanto física como mental, y, sobre todo, el re-encuentro con Dios a través del islam, le proporcionaron la paz interior que necesitaba y que ni la fama ni el dinero pueden ofrecer.

Otro ejemplo, en este caso literario, donde el encierro no es considerado como tal para el recluso, lo tenemos el Hannibal Lecter, personaje de ficción creado por el escritor **Thomas Harris**, y desde donde su celda podía asomarse al mundo a través de la lectura de libros y la prensa, donde analizaba lo que acontecía, especialmente en las páginas de sucesos, ayudando así a la agente del FBI Clarice Starling a descubrir y neutralizar a un peligroso asesino.

En España, y buena parte del mundo, el confinamiento en domicilio de toda la población desde los meses de marzo a mayo del año 2020 tuvo efectos que nada tienen que ver con estas historias, la primera, decididamente novelada,

Los efectos en los estudiantes fueron, han sido, y siguen siendo llamativos, pues vieron cómo se les apartaba de amigos y vida social en colegios, institutos y universidades, y donde, además, los procesos de aprendizaje y estudio cambiaron de manera radical. La pandemia de la Covid-19 y las medidas adoptadas para su mitigación, principalmente encaminadas a la protección a través del aislamiento personal, modificaron de golpe sus hábitos sociales dejando al descubierto muchas de las fragilidades existentes y afectando a la salud mental de niños y adolescentes, así como a sus familias.

Un estudio realizado en España e Italia muestra los síntomas referidos por los padres durante el confinamiento: sentimientos de soledad (31,3%), nerviosismo (38%), inquietud (38,8%), irritabilidad (39%) y dificultad de concentración el 76% de los jóvenes.

En cuanto al impacto económico, varios colectivos han sufrido un deterioro importante en sus ingresos. Se estima que en torno a 280.000 personas han perdido la totalidad de sus ingresos durante la pandemia (adicionales a las aproximadamente 565.000 que ya estaban en esa situación antes de la llegada del COVID-19). Además, estimado en torno a 1,2 millones de personas, ha sufrido una reducción sustancial de sus ingresos (siempre superior a un 30%).

1/

Educación y salud.

En las sociedades tanto desarrolladas como las que no, los pilares fundamentales que trabaja cualquier organización no gubernamental se cimentan en la salud en primer término, y seguidamente en la educación. Ambos en un sentido amplio y que parte de lo más sencillo: provisión de servicios como ayuda sanitaria, basada en la

contratación de profesionales médicos y de enfermería, además de asegurar el acceso al agua potable y a un sistema adecuado de saneamiento; la educación engloba aspectos que van desde la alfabetización hasta la provisión de becas de estudio para alumnos destacados.

Ambos pilares son el soporte fundamental en cualquier sociedad, y son los que, desde las ONGD implementamos desde hace tiempo en países menos afortunados que el nuestro en lo económico.

Cuando en una comunidad hemos conseguido estos dos objetivos primarios, pasamos a otros, como el fortalecimiento de la economía local y la creación de redes que comuniquen diversos proyectos, hasta que alcanzan la independencia de los donantes.

En la España de las Autonomías, las diversas Comunidades fueron asimilando las competencias en educación y sanidad progresivamente, de tal manera que no hay políticas comunes en muchos aspectos que son vitales, tales como el acceso a tratamientos oncológicos, puesto de manifiesto en diversas ocasiones por las sociedades científicas correspondientes.

Así todo, y pese a la denuncia, la pertinaz inequidad pone por delante los diversos intereses políticos, frente a la seguridad del paciente o a la posibilidad de acceso al mejor tratamiento del cáncer.

La Covid19 no debería habernos pillados desprevenidos. Tal y como en otras ocasiones había ocurrido con otras pandemias, como la Gripe A provocada por el virus H1N1 entre los años 2009-10, el nivel de prevención era clave para evitar, tanto la propagación, como el posible colapso del sistema sanitario.

Muchos creemos que es necesario poner en evidencia las deficiencias del sistema o de los procedimientos de recogida de datos: no es ya una cuestión política (que atañe en responsabilidad compartida a quienes gobiernan en estado y au-

LH n.334

tonomías) sino de seguridad y de salud pública. Un grupo de expertos en Salud Comunitaria ha insistido de forma reiterada, por una parte, en la desigual forma de encarar la pandemia.

Aquí se pone de manifiesto la necesidad de coordinar una política conjunta en salud y prevención para todo el territorio nacional, como han hecho el resto de los países de nuestro entorno, incluso los que, como Portugal o Grecia, tienen una menor capacidad sanitaria e inversión en el sistema de salud. Por otra parte, se ha denunciado la falta de material, protocolos unificados, test diagnósticos, y la imposibilidad de hacer real el cuidado a la población por parte de las autoridades.

Los datos y la información deben servir para poder atender mejor las necesidades que en una pandemia son tan cambiantes: debemos manifestar una postura clara hacia la transparencia, veracidad, coherencia en el acceso a esos datos. Hemos de alabar el buen hacer de los profesionales que, desde los servicios públicos y el sector privado, tanto de sanidad, como seguridad, comercio y servicios, han demostrado en estos meses, y continúan haciéndolo. La población, en su mayor parte responsable y comprometida con la situación, ha respondido a las medidas sobre prevención y protocolos de distanciamiento social.

También hemos de considerar dentro del comportamiento social, cuestiones culturales, relacionales y estacionales, donde factores como el verano y el ansia de libertad, y después del confinamiento de varios meses de duración, han propiciado la permanencia de la pandemia.

Volviendo a los datos, los firmantes de la conocida carta a Lancet sobre la petición de una auditoría independiente que aclarase la gestión de la pandemia, dirigida tanto desde gobierno central español, como autonómicos, estaban cargados de razones para pedir la evaluación de todas las acciones llevadas en materia de salud. Principalmente con la idea de implementar medidas de mejora.

2/

De ideas y pensamiento.

El filósofo y pensador español **Emilio Lledó** (1927) afirma que, si no se tiene libertad de pensamiento y sentido crítico, es inútil disponer de la libertad de expresión. Y es una máxima que debería estar presente siempre en nuestro análisis político.

Hace falta una exposición sosegada, independiente y con la capacidad de tomar decisiones vinculantes para las autoridades, tanto en Comunidades Autónomas, como en el Gobierno central. Contamos con expertos en epidemiología, cuidados críticos, atención primaria, y todos los que han sido protagonistas en esta situación, en la atención y cuidado de pacientes, tanto de Covid, como de otras enfermedades graves y prevalentes, como las cardiovasculares y cáncer. Escuchémoslos.

El librepensamiento está en la encrucijada entre lo políticamente correcto y salir de la norma: somos llevados de la mano por una clase dirigente sin una adecuada preparación y sin experiencia profesional suficiente (a lo sumo, el contrato con el partido, que no deja de ser papel mojado). Y así, claro, estamos perdidos.

Miramos a los países de nuestro entorno, encontramos referencias, unidad de acción frente a la pandemia en materia de salud, y en el nuestro no dejamos de ver actuaciones que se alejan de lo urgente, y hasta de lo importante, para ir hacia cuestiones secundarias que necesitarían reposo y diálogo prolongado para que fructificaran.

Kant afirmaba que el ser humano es lo que la educación hace de él, y podemos y tenemos el deber de que la educación sanitaria, del buen hacer y la responsabilidad de todos, consiga frenar la propagación de una pandemia: los polí-

La población, en su mayor parte responsable y comprometida con la situación, ha respondido a las medidas sobre prevención y protocolos de distanciamiento social

ticos no nos salvarán, todos y cada uno debemos ser responsables de nuestras obras. En este sentido, vivimos un dilema dentro de otro, una crisis en forma de remolino. De todos depende invertir el sentido que tome la corriente en esa espiral, para salir de ella o hundirnos del todo.

Recuerdo a un profesor de Psicopatología que, al llegar al aula, en una de esas magníficas clases magistrales que se fijan en la memoria, donde casi dos centenares de alumnos guardábamos un silencio absoluto, dibujó una línea, muy recta, con tiza, desde un extremo a otro de la pizarra.

El trazado se escuchó con todo detalle, y la explicación fue breve, pero completa: si nos situamos ante la realidad de un paciente, o cualquier persona, la situación vivida, sea ante la enfermedad, la opinión, o incluso el pensamiento político, siempre será variable.

En lo habitual, nunca permanecerá inmóvil en un punto: decía que solamente quien no sepa escuchar, o quien, de manera patológica, sea inalterable ante cualquier estímulo exterior, podrá moverse en su postura y aceptar el diálogo como camino hacia el cambio.

Una de nuestras profesoras de Salud Comunitaria explica en el aula la variedad de la escala de grises que va entre el blanco y el negro, y la gran paleta de colores a la hora de afrontar cualquier problema de salud en la población.

Ante problemas complejos, soluciones que deben darse desde muchas perspectivas: con Covid19, hemos de trabajar desde el laboratorio y la virología, para el desarrollo de vacunas y medicamentos eficaces, desde la medicina intensiva, para el manejo de la enfermedad en estadios avanzados, desde Atención Primaria, para el control de pacientes con síntomas leves y con una perspectiva familiar, desde la Salud Pública, para el control epidemiológico, desde la Educación para la Salud, para hacer que los cambios en cuanto a la higiene, el lavado de manos y el uso de mascarillas, sea el adecuado. Más allá de la salud, donde dejamos las especialidades que

tratan a pacientes de todo tipo de patologías, tanto agudas como crónicas, están las perspectivas económicas, de movilidad, laborales y de consumo, y todas ellas, de una u otra manera, afectan a las personas.

Pero no queda ahí eso: sin una perspectiva cultural y social, nada de lo que hagamos será eficaz. Los determinantes sociales en salud son clave en esta pandemia, y pocas son las voces que se escuchan en este sentido. También se basan en ciencia, y se deben considerar como tal: la aparición o la exacerbación de enfermedades mentales, la sensación de soledad.

La presencia de la tristeza, como respuesta ante una situación adversa de pérdida, tanto de seres queridos, como la incertidumbre ante un futuro que se dibuja incierto, no solamente en el área de salud, que parece cada vez más encaminado hacia la resolución, sino en el área social, económica y laboral a una escala global y que provoca a su vez, problemas de salud, como ejemplo, las adicciones.

Ante cualquier crisis social, aumenta el consumo de drogas:

“Los grupos vulnerables y marginados, los jóvenes, las mujeres y los pobres pagan el precio del problema mundial de las drogas. La crisis del COVID-19 y la recesión económica amenazan con agravar aún más los peligros de las drogas, cuando nuestros sistemas sociales y de salud han sido llevados al límite y nuestras sociedades están luchando para hacer frente”,

en palabras de la directora ejecutiva de UNODC, **Ghada Waly**.

LH n.334

3/

Futuro y covid.

El ser humano, por naturaleza, es optimista: la neurobiología explica que el optimismo florece, frente a la adversidad, con una fuerte resiliencia y frente al horror de la desesperación de la enfermedad y la muerte. Ejemplos de este hecho hay muchos: el de [Ana Frank](#), confinada durante más de dos años en pocos metros cuadrados, que sería víctima del nazismo y moriría en el campo de concentración de Bergen-Belsen, y escribía en su diario:

“Me siento demasiado alegre para ser lógica, demasiado contenta con la expectativa de poder sentarme de nuevo, en octubre, en los bancos de la escuela. ¡Oh, oh! ¿No he dicho hace un instante que no hay que anticiparse nunca? ¡Perdón, perdón! No por nada me llaman 'un amasijo de contradicciones'”.

La revista [Lancet](#) publicó el año pasado un modelo estimativo del impacto de la vacunación en países en desarrollo, con el resultado de que la vacunación de diez patógenos seleccionados y cuya vacunación es la habitual en países desarrollados (virus de la hepatitis B, Haemophilus influenzae tipo B, Virus del Papiloma humano, Encefalitis Japonesa, Sarampión, Meningococo tipo A, Neumococo, rotavirus, rubéola y fiebre amarilla). Esto habrá evitado aproximadamente 70 millones de muertes entre 2000 y 2030, de las cuales 37 millones se evitaron entre el año 2000 y 2019.

La necesidad de una sociedad activa de la vuelta a la normalidad pasa por la confianza en el sistema de una manera global, pero de forma específica, en los gobiernos que gestionan

cada uno de los sectores afectados por la crisis. Indudablemente compleja una gestión de este tipo, con diferentes niveles de actuación y que, de forma global, debe ofrecer una respuesta en todos los aspectos dañados por la pandemia.

La relación entre el número de víctimas mortales y el desempleo puede ser un indicador válido de la gestión de la pandemia y un elemento diferenciador entre los países que mejor (o peor) han gestionado la crisis del coronavirus.

En África hay muchas tradiciones, una de ellas es la del espíritu Ubuntu, que es una filosofía de vida basada en elementos como la confianza y ayuda mutua, el respeto, el cuidado de lo colectivo, con el comienzo del cuidado de uno mismo; además es la denominación de una magnífica distribución de software libre.

Muy aplicable en tiempos de pandemia, donde la responsabilidad y acciones individuales tienen efectos en toda la comunidad. La vacunación y medidas de distanciamiento son ejemplos de ello.

La pandemia ha supuesto una buena regla de medir la situación de cada país respecto a conocer la fatiga de sus sistemas de protección en materia de salud a la población: no es sólo la disponibilidad de camas de hospitalización, o de cuidados intensivos: esta cobertura va más allá y comprende aspectos que van desde la educación para la salud, realizada desde atención primaria, a la disponibilidad de enfermeras en los colegios.

Por otro lado, en nuestro país se ha polarizado (también) la discusión sobre el papel de la sanidad privada en esta crisis, llevando de nuevo las aguas hacia un discurso político que una gran parte de la población no acepta, pues demanda soluciones para la vida real, vengan de la iniciativa pública, privada, o como es tan frecuente, de la colaboración de ambas.

4/

Aprender para la próxima.

Los confinamientos masivos y sin una justificación de transmisión comunitaria posiblemente sean un planeamiento equivocado, más a estas alturas de la postpandemia, donde las vías de transmisión son conocidas y fácilmente controlables. Urge que los confinamientos sean justificados de forma transparente y con una sólida base científica desde el punto de vista de la transmisión comunitaria. Esta transmisión está mucho más relacionada con el comportamiento inadecuado de algunos sectores de la población (de todas las edades, pero especialmente, de jóvenes).

Hay países, como Japón, que ha programado y lanzado una agenda de recuperación basada en la tecnología, y en políticas de aceleración de desarrollo científico y no en una agenda basada en la ideología. La toma de decisiones a golpe de decreto, sin conformidad de mayorías representativas en una agenda política forzada, en el contexto de una pandemia, y en temas clave para el desarrollo de un país, debería tener mucho más aire de consenso que de confrontación.

Hay ejemplos cercanos, como el de Portugal donde lo normal es ver que los partidos políticos se han puesto de acuerdo en cada una de las decisiones tomadas en cuanto al control de la crisis, unas más acertadas que otras, y haciéndose cargo de la responsabilidad cuando las cosas no han ido bien.

En el marco de la sostenibilidad, puede ser una oportunidad si las inversiones no se dispersan en proyectos realmente inviables: la creación y mantenimiento del empleo y la transformación de la industria de servicios hacia un modelo de mayor calidad y productividad, pueden ser motores de un verdadero progreso. Dentro de la agenda y del empleo de los fondos de recuperación, además de la transparencia, deberían

priorizarse cuestiones como la digitalización de la sanidad y la educación, donde el efecto de la pandemia será negativo a medio plazo (a corto ya lo es) y que las áreas económicas más afectadas sean capaces de adaptarse y transformarse en un salto hacia adelante.

El espíritu Ubuntu es mucho más que una posibilidad o un deseo, se convierte en una necesidad, donde todos debemos trabajar y remar hacia adelante.

Las secuelas post Covid incluyen aspectos no sólo físicos, que suelen ser de tipo respiratorio y gastrointestinal, sino también psicológicos, con una elevación en el consumo de medicamentos para el dolor, además de antidepresivos, por poner algunos ejemplos.

Además, se presentan trastornos metabólicos, problemas cardiovasculares y un marcado impacto en negativo a la calidad de vida.

Se hace también necesaria una reflexión sobre el control de la incertidumbre, o sobre el dolor, o la pérdida, de amigos, de seguridades, o de seres queridos, pues es algo que está impregnado en la naturaleza humana, y en la resiliencia natural que nos caracteriza, también desde lo intangible, lo espiritual.

Escribía a mis alumnos en el contexto de exámenes y a las prácticas en el hospital unas líneas de ánimo, enfrentando su situación de pandemia y postpandemia:

Concentraos en lo que podéis controlar a corto plazo, disfrutad del sabor de un buen café, o un helado. Sed valientes: mirad los problemas como un reto a solucionar. Estad preparados para cualquier sorpresa, nunca hasta ahora lo hemos vivido como sociedad, en este tiempo de pandemia. Abrirse a las sorpresas, buenas o malas, y aceptarlas, ayuda mucho.

LH n.334

Dedicaos un tiempo de silencio para vosotros, para el control, y sed capaces de “reiniciar” y sobre todo de apagar, para volver a encender con energía renovada. Si lo consideráis, pedid ayuda. Aprendamos de cada una de las relaciones que hacemos, de lo que nos rodea, para construir o seguir construyendo.

En nuestro país, para que todos los ciudadanos nos sintamos integrados en la idea de esa conservación, deberemos despejar de la ecuación el activismo político radical, que se adueña de posiciones que deberían tener un sentido que aunara estos propósitos de forma natural, para la consecución de los Objetivos para el Desarrollo Sostenible 2015-30, como continuidad de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2000-15, planteados con la aspiración de llegar a un equilibrio necesario para el bienestar de todos.

De las 17 metas, la tercera, dedicada a la Salud, puede que sea vista como piedra angular en estos momentos, y, sin embargo, no se alcanzará si no es con el apoyo del resto de objetivos, que incluyen, como no puede ser de otra manera, la educación, la creación de empleo, el cuidado y la protección social, la defensa de los derechos humanos, y el cuidado del medio ambiente.

Como conclusión general, la pandemia ha traído efectos negativos, como cualquier catástrofe, no es nada nuevo una situación que ha dejado 115.901 personas fallecidas por coronavirus en nuestro país. España registra, según los últimos datos oficiales, de noviembre de 2022, 13.595.504 personas confirmadas con infección por coronavirus.

Estas cifras en la práctica son mucho mayores, pues las patologías previas han ido enmascarando los diagnósticos finales, tanto de enfermedad como de muerte por su causa. Como ejemplo, un estudio de Reino Unido afirma que el 75% de los fallecimientos de niños por Covid-19 tenía patologías previas.

Sin embargo, la pandemia, como en cualquier otra crisis donde se toca fondo, presenta la oportunidad de volver a la superficie, de renovar ideas acerca de trazar nuevos proyectos, de dibujar sobre lienzo en blanco muchas de las líneas que se desdibujan con la monotonía.

La pandemia ha permitido que muchas personas paremos, miremos hacia dentro, que reflexionemos sobre dónde estamos y hacia dónde y cómo queremos caminar.

Se ha producido, tras la crisis inicial, una vuelta a la práctica espiritual y a la vivencia de lo religioso como un hecho necesario. Es uno de los efectos positivos que la pandemia ha traído, que lo auténtico, sencillo y habitualmente inmaterial, se hace importante y ojalá, principal motor de nuestras vidas, a fin de ser plenos en ellas.





05/

La pandemia Covid desde la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios.

Calixto Plumed Moreno, O. H.,

Doctor en Psicología. Psicólogo Clínico.
Escuela de Enfermería y Fisioterapia San Juan de Dios.
Universidad Pontificia Comillas. Madrid.

El hermano Calixto Plumed nos presenta una reflexión sobre datos covid-19 y la actuación en los centros de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios en España. Ante los datos recogidos sobre las intervenciones tenidas, aproximadamente, en unas 60.000 personas atendidas, se plasman algunas reflexiones al respecto y cómo se han dispuesto los medios disponibles en momentos de gran dificultad. Según el autor, no estábamos preparados para una crisis pandémica como la vivida. No obstante, después de algo más de dos años hemos sacado algunos aprendizajes que pueden ayudar a controlar o prevenir crisis futuras. Algunos parten de los aciertos y otros, de los errores cometidos durante la gestión de la pandemia. El hermano Calixto concluye en que debemos aprender de la historia, para no repetir lo que hemos hecho, con consecuencias similares o mayores. A desterrar la indiferencia y a integrar la espiritualidad. A tomar consciencia de la vulnerabilidad de la persona.

Palabras clave: Vida, Covid, Pandemia, Crisis.

Br. Calixto Plumed makes a reflection on the data relating to the Covid-19 pandemic and the action taken in the centres of the Hospitaller Order of Saint John of God in Spain. On the basis of the information collected on the care given to some 60,000 people, he presents a series of ideas on this subject and discusses how the available means were deployed in times of great difficulty.

According to the author, we were not prepared for a pandemic crisis like the one that struck us. Even so, after dealing with it for somewhat over two years, we have come to learn some things that may help to control or to prevent future crises. Some of these considerations stem from successful actions that were taken, while others are based on the mistakes which were made in the pandemic's management. The preventive measures that were taken and the making of decisions to anticipate foreseeable events proved to be essential.

Br. Calixto concludes that we should learn from the past to avoid a repetition of what took place with similar or even more serious consequences. We must put an end to indifference and make spirituality an integral part of our lives. We must become aware of our vulnerability as persons.

Palabras clave: Life, Covid, Pandemic, Crisis.

Cuando todo esto pase y después qué.

“Este es tiempo para practicar un ocio laborioso y reposar en una sosegada actividad” (san Bruno).

“Algunas personas viven la vida como si estuvieran seguras de que tendrán otras” (Lisa Taddeo).

“Cuando todo esto pase” es la muletilla que nos ha quedado con ocasión de la crisis del COVID-19. En la calle, en casa, en el trabajo presencial u on line, en la radio, en las redes sociales, en la televisión... Y, si todo esto no pasa, ¿qué pasa?

Pocas cosas tenemos bajo control, ni siquiera nuestra propia capacidad de concentración... Tal vez la vida no sea tan complicada como la hacemos y tengamos que contentarnos con cosas más sencillas, no tan sofisticadas...

Hemos cerrado todas las agendas (electrónicas o de papel) y hemos podido comprobar que no nos sirve ninguna: es el día a día el que cuenta e impone su programa, porque el valor que tenemos en este momento, y en todos, es la vida y hay que cuidarla, ya que nuestra obligación es vivir, si no ¿para qué hemos nacido?

Cuando esto pase, ya será tarde: desde ya hay que ver qué de bueno tienen estas vivencias, de cada día, no esperar a mañana, que el mañana no existe todavía... Lo que necesitamos actualmente es saber curar, cuidar y acompañar a las personas heridas por el sufrimiento y esencialmente el ocasionado por el vacío existencial que lleva al derrotismo y al sinsentido de la vida.

En estos periodos, diferentes de los que llamamos normales, nos hemos volcado en **San Juan de Dios** con plena dedicación a encarnar la atención integral, incluyendo la dimensión espiritual y de sentido.

Las crisis se dan en diferentes momentos de la vida y son inevitables. Desde los cambios vitales por los que todos tenemos que pasar, hasta las situaciones más inesperadas, las crisis están ahí, formando parte de la vida humana.

Si se consigue encontrar algún sentido a la vida en las crisis, o algún sentido a la situación de crisis, que enriquezca nuestra vida, es mucho más fácil poderlas superar y salir enriquecidos de ellas. Incluso pueden ser la oportunidad de una auténtica transformación interior que nos oriente mejor.

Y si somos capaces de encontrar el sentido último, no habremos perdido ni el tiempo inmediato, ni la propia vida en algunos de sus ámbitos que se sintetiza en estas **pautas o mandamientos**:

- 1) Es una oportunidad para aprender.
- 2) La solidaridad no se improvisa.
- 3) Somos frágiles, no autosuficientes.
- 4) La calma vendrá del compromiso.
- 5) Es un gran problema la incertidumbre.
- 6) Sabemos que rumiar los miedos a solas los alimenta.
- 7) El futuro de la arrogancia tiene un corto recorrido.
- 8) Cuanto peor, peor hasta para aprender.
- 9) El individualismo inteligente no basta.
- 10) Descendemos de supervivientes y resilientes (Cf. **El Cultural**, 17.03.2020).

1/

La crisis del Covid como oportunidad para la hospitalidad.

¡Somos pura crisis! ¡Nuestra constitución y condición humanas es estar en crisis! Y no estar en crisis es estar muerto. Nos encontramos con crisis en la infancia, crisis de la adolescencia, crisis de los 40, crisis de pareja, crisis generacional, crisis económica, crisis de ansiedad, crisis de identidad, crisis por el Covid-19. El tema es cómo abordamos la crisis, cómo la vivimos y cómo sabemos crecer con ella, ya que no nos la podemos quitar de encima desde el nacimiento hasta la muerte.

No vienen mal estas palabras de **Alex Rovira**, a propósito de las crisis:

“Vivir es arriesgarse a morir... Pero se tienen que correr riesgos. Porque el mayor peligro en la vida es no arriesgar nada. Puede que así evites sufrimientos: Pero no vas a aprender, cambiar, amar ni vivir. Encadenado al miedo, uno se convierte en esclavo. Sólo eres libre si te arriesgas”,

si afrontas las crisis, se podría añadir. Si hay algo que estamos aprendiendo los profesionales de la salud de esta situación tan excepcional y extraña, no es, sino la confirmación de lo efímera que es la vida.

Siendo optimistas y buscando el sentido positivo de toda esta situación, hemos conseguido que el planeta se tome un respiro, alargándole la vida un poco más, aunque pagando un precio

demasiado alto, demasiadas muertes de miles de personas, sobre todo de una generación, que no se merecía este final. ¡Qué incongruencia!

Hemos constatado además, la solidaridad tan inmensa de la mayoría de las personas, la gran capacidad de adaptación que tiene el ser humano para enfrentarse a situaciones tan extremas y graves como esta pandemia, aunque en un futuro próximo, cuando acabe todo esto, suframos las consecuencias, como efectos psicológicos por la sobrecarga de trabajo, frustración, agotamiento físico y mental de una gran parte de la población, del personal sanitario y los efectos más negativos en las personas más vulnerables.

La forma de afrontar la crisis es diferente en cada individuo a nivel personal o profesional, ya que el camino a seguir para superarla lleva al descubrimiento y conocimiento de uno mismo y de sus recursos para abordarla. Los individuos que quedan atrapados en esta crisis necesitan cambiar su visión del mundo, pues tienen unos esquemas mentales que no son adaptativos, al menos en parte.

En estos casos, la crisis se puede acompañar por alguien afín o profesional, pero solamente hasta que la persona descubra el camino por sí misma, encuentre las respuestas a la crisis que está pasando y así pueda establecer las prioridades en su vida, que ha de aprender a vivir de diferente manera, y ha de sentir que ese momento le tiene que servir para crecer en su madurez personal, afectiva, relacional y poder encontrar el sentido de cómo va a vivir la propia vida en adelante.

En definitiva, primero en el propio interior y, en relación con otros después, siendo hospitalarios con uno mismo, para ser con los demás.

Es posible, que aparte de los factores personales de resiliencia, sea un factor muy importante el desarrollar la actitud adecuada para dejar que la crisis nos transforme, o, al menos nos dé una oportunidad para madurar o aprender algo para nuestras vidas, y para encontrar un mejor sentido.

Que este miedo no esté pasando en vano, sin dejar ningún cambio tras de sí. Es preciso ahuyentar la angustia. Ante la Covid-19 nuestra humanidad se divide en grupos: los **susceptibles** (a los que todavía puede contagiarse), los **ultrasusceptibles** (ancianos y personas de salud frágil) y los **removidos** (los que ya no están contagiados porque han muerto o se han curado) (Cf. **Paolo Giordano**). Hoy, todavía nos hace falta la vacuna de la paciencia. Bien sabemos con **Susan Sontag** que la enfermedad es el lado nocturno de la vida. Y también que las epidemias son emergencias médicas, y algo más.

2/

Los sanitarios y asistenciales con pensamientos positivos.

Estamos en una sociedad que puede llegar a generar rasgos paranoides, y tiende a pensar y decir que la culpa la tiene el otro. Aunque suene muy fuerte se puede afirmar que la salud mental de nuestros dirigentes, deja mucho que desear. En esta nuestra sociedad, buscamos siempre culpables, para quitarnos los fracasos y los muertos de encima. ¡Nunca menos oportuna nuestra situación actual!

Es de admirar la agudeza que manifiesta **El Roto** en sus diseños, pero nos llamó la atención en la fecha del 22.04.2020 cuando presentaba un virus cualquiera que con cara de “**cabreo y envidia**” exclamaba:

¡Todos los muertos se le atribuyen al dichoso coronavirus! ¿Es que los demás no matamos? (Cf. **El País digital**).

Parece que ya nos va quedando algo claro que ha habido muchos difuntos en estas fechas, aunque la disminución es notable, pero lo que no está tan claro es la causa del fallecimiento: porque, aunque sí podemos afirmar que durante el año 2019 murieron muchos de gripe, también nos atrevemos a afirmar que los de estos días del año 2020 y siguientes, no son todos muertos por coronavirus, sino con coronavirus, en muchos casos.

Y de estas muertes estamos buscando culpables, y quienes han estado o hemos acompañado a personas enfermas o familiares que han pasado por esta situación, en algunos momentos bajos, nos culpabilizamos de no haber sabido o podido hacer más de lo que hemos hecho: pensemos en médicos, enfermeros, auxiliares, psicólogos, agentes de pastoral,... Incluso hay muchos desaprensivos y paranoides que culpabilizan al sistema de Salud, incluso a los profesionales sanitarios y asistenciales, de no saber actuar y prevenir. Estamos favoreciendo que la responsabilización sea cada vez más sinónimo de auto-culpabilización.

Las relaciones (positivo vs. negativo), (lado oscuro vs. lado brillante) no tienen por qué ser diametralmente opuestas, sino que pueden estar conectadas íntimamente a través de un proceso de tesis-antítesis-síntesis.

La idea de buena vida, no implica solo cultivar la gratitud u otras fortalezas del carácter, desarrollar optimismo o tener experiencias de plenitud, sino que también tiene que ver con el afrontamiento positivo mediante el tratamiento de la culpa, el disgusto o la envidia, aceptando estas emociones, pero comprometiéndose a seguir teniendo metas congruentes con los propios valores para tener una vida plena y con significado.

Todos somos conscientes que las situaciones que vivimos diariamente tienen diferentes lados, caras. Aunque seguramente no todos somos conscientes de cómo realmente son todos esos lados. Normalmente nos quedamos con el lado bueno y el lado malo.

En función de cada uno y de la actividad, daremos más peso a uno o a otro. Aunque es bastante habitual tratar de eliminar el lado malo.

Admitimos diversidad de versiones o rostros. Seguramente tanto buenos como malos, aunque seguramente el etiquetarlos sea el primer error que muchos cometemos. Estamos habituados a hablar y oír hablar de ellos. Pero, en toda situación, hay algo de positivo.

El cubo tiene seis caras, suele apoyarse en la inferior, por lo tanto, es preciso saber aceptar la base del cubo, aunque no se vea como las otras. Pensar en positivo es aceptarse y aceptar.

Pensar en positivo es ser hospitalarios y poseedores de una gran dosis de humanización.

A propósito de la enfermedad Covid-19 -cuyo comportamiento puede estar incluido dentro de teoría matemática del caos-, no debemos olvidar que, si la humanidad surgió por su cuenta, a partir de una serie acumulada de acontecimientos durante la evolución, sigue inmersa en este proceso hasta su fin, si llega a suceder.

Nuestro destino terrestre está sellado y no hay, ni habrá, nada que podamos hacer al respecto. La supervivencia de nuestra especie será, si acaso es posible, viajar a destinos planetarios muy alejados, dentro de unos 2.000 millones de años... ¡Parece lejano para preocuparnos!

Según este enfoque que se nos antoja pesimista y poco práctico, no estamos predestinados a alcanzar ninguna meta, ni tampoco podemos responsabilizarnos de cualquier poder que no sea el nuestro.

Sólo la comprensión de nosotros mismos, nos salvará. No se nos concederá una segunda oportunidad. Éste es el único planeta que tenemos para vivir; y éste es el único enigma que debemos descifrar: aprender a vivir, encontrar el sentido de nuestra propia vida (Cf. **Wilson, E.O. (2016)**). El **sentido de la existencia humana**. Barcelona: Gedisa).

3/

Los centros sanitarios y los profesionales no son contagiosos. Los políticos, sí.

El virus no ha desaparecido, sigue solapado y oculto y no sabemos por dónde anda. Hay brotes y secuelas como los de cualquier enfermedad. Ahora bien, tal vez no somos lo suficiente conscientes de cuál es nuestro papel de colaboradores en contra de esta enfermedad.

Estamos volviendo a la vieja normalidad, sin haber estrenado la nueva normalidad o, mejor la nueva realidad. Los profesionales de la salud nos indignamos cuando comprobamos la insolidaridad reinante al no poner en práctica los medios y protocolos adecuados en cada momento y circunstancia. ¡No somos capaces de aprender, y tropezamos dos y más veces en la misma piedra!

Los profesionales y los centros sanitarios no pueden volver a ser un foco de contagio, sino todo lo contrario. Han de ser referentes de seguridad y confianza por cuanto han sabido y saben hacer, siempre que se tengan los suficientes medios y recursos preventivos, así como coordinación.

Los políticos nos han manipulado. Como somos masa se nos ha manipulado: el experimento ha funcionado. Y nos hemos dado cuenta demasiado tarde.

En el contexto en que nos movemos en **Labor Hospitalaria** y, desde diferentes ángulos, las reflexiones que siguen nos pueden ayudar, personal y profesionalmente a saber discernir y abordar las diversas circunstancias éticas y morales con las que nos encontremos.

Acompañar a las personas que experimentan el sufrimiento en sus diferentes facetas y teniendo en cuenta que tratamos el sufrimiento integralmente. Somos abanderados de la Hospitalidad y bien sabemos que la Humanización está vinculada con la Ética y con la Calidad en nuestra asistencia y acompañamiento: si no están las tres unidas, no existe ninguna de ellas.

4/

Reflexión sobre los datos covid-19 y actuación en los Centros de San Juan de Dios. Cambios derivados de la crisis. Algunas reflexiones y lecciones.

Es de agradecer a cada uno de los Centros de la Orden en España la labor en la recogida de los datos asistenciales. Asimismo, a los coordinadores que han sintetizado los mismos a lo largo de dos años, para así poder ser rigurosos y lo más certeros posible en los diagnósticos y aprendizajes tenidos.

Ante los datos recogidos sobre las intervenciones tenidas (aproximadamente 60.000 personas atendidas) en los Centros de la Orden Hospitalaria en España que ser reflejan en las Tablas 1 y 2 de los Centros Sociales y de los Sanitarios, se desean plasmar algunas reflexiones al respecto y cómo se han dispuesto los medios a su alcance en momentos de gran dificultad. Todos ellos han evitado males mayores. Descenderemos a algunos detalles concretos.

- Se ha transformado la forma de trabajar, reduciendo el tamaño de los grupos terapéuticos, con restricción de visitas y salidas del centro, modificando los programas de intervención en las unidades de adicciones (sin permisos terapéuticos), así como en las Unidades de Hospitalización Breve de adultos y adolescentes.

- El personal sanitario ha sabido adaptarse, en tiempo récord, a nuevos requerimientos: perfiles de pacientes psiquiátricos más complejos, mayor presión asistencial de la habitual y protocolos de aislamiento y manejo de EPI's desconocidos en un centro de estas características.

- Se ha introducido la tecnología para mantener el contacto de los pacientes y sus familiares (teléfono, videollamadas individuales y grupales, mail, etc). Igualmente se han implementado en consultas externas y hospitales/centros de Día la atención telefónica y la videollamada como plataforma para mantener la asistencia en momentos de confinamiento y como complemento de la atención presencial desde el final del primer confinamiento hasta la actualidad.

4/1

Consecuencias de la crisis de pandemia en los profesionales.

Con estas consideraciones previas que afectan en proporciones diversas en varios ámbitos:

- **Aspecto laboral.** Frente a la población general, ningún colaborador ha perdido el trabajo. Se mantiene con las mismas condiciones. En los centros, se facilitó la conciliación de la convivencia familiar y el trabajo durante el confinamiento. Se propuso el teletrabajo a los no sanitarios.

- **Afectación COVID-19.** En los centros y a lo largo de los dos años analizados, aproximadamente un 40% de los trabajadores se han contagiado y han tenido síntomas compatibles

Somos abanderados de la Hospitalidad y bien sabemos que la Humanización está vinculada con la Ética y con la Calidad en nuestra asistencia y acompañamiento: si no están las tres unidas, no existe ninguna de ellas

TABLA 1. SAN JUAN DE DIOS ESPAÑA. CENTROS SOCIALES

	Plazas personas Covid+ en el programa (1)	Usuarías internas atendidas Covid+ (2)	Usuarías/os atendidas Covid+ (3)
SJD Serveis Socials Barcelona	33	75	578
SJD València	-	32	-
Fundació SJD Serveis Socials Mallorca	-	34	-
SJD Fundació d'Atenció a la Dependència	-	180	-
Fundació Germà Tomas Canet	63	85	419
Fundación Tobías	-	67	-
SJD Terres de Lleida	-	191	-
Fundación Jesús Abandonado	-	127	-
Sevilla	9	65	-
Jerez	14	40	-
Residencia San Juan de Dios Antequera	-	52	-
Centro de San Juan de Dios Málaga	-	186	-
Granada	6	NS	-
Tenerife	1	26	-
Ciudad San Juan de Dios de Alcalá de Guadaíra	12	72	-
Residencia Salud Mental Zurbarán - Las Palmas	60	35	-
Residencia Salud Mental El Lasso - Las Palmas	30	2	-
Residencia de adultos NTP (DI) - Las Palmas	56	23	-
Hogar residencia menores Las Palmas	11	8	-
Sanatorio Marítimo Gijón	93	116	-
CSJD Valladolid	30	73	-
Hogar y Clínica San Rafael (Vigo)	17	83	-
Residencia SJD Madrid	7	29	-
Albergue SJD Madrid	26	52	-
Centro Santa María de la Paz (Madrid)	16	5	-
Hogar Municipal Transeunte León	2	-	-
Prog. Protec. Internacional León	-	26	-
Prog. Protec. Internacional Ciempozuelos	-	10	-
TOTALES	486	1.694	997

1. Número máximo de plazas, en algún momento dado del periodo, destinadas a la atención de pacientes COVID en el programa (incluye tanto las plazas reservadas para aislamiento de casos del propio centro como las reservadas para atender necesidades de otras instituciones públicas).

2. Número total de personas Covid+ residentes en el centro y que se positivizaron atendidas en el periodo.

3. Número total de personas Covid+ derivadas de otros centros atendidas en el periodo

LH n.334

Tabla 2. San Juan De Dios. España Centros Sanitarios

	Número De Camas				Total Ingresos Covid-19 Positivo			Altas Hospitalización Covid-19 Positivo				Altas Uci Covid-19 Positivo			Urgencias
	Hospitalización ⁽¹⁾		Uci ⁽¹⁾		Hospitalización ⁽²⁾	Uci ⁽⁴⁾		Exitus ⁽⁵⁾	Otros Hospitales ⁽⁶⁾	Domicilios ⁽⁷⁾	Uci ⁽⁸⁾	Exitus ⁽⁹⁾	Otros Hospitales ⁽¹⁰⁾	Mismo Hospital ⁽¹¹⁾	Pacientes Atendidos ⁽¹²⁾
	Total	Ocupadas Covid + ⁽²⁾	Total	Ocupadas Covid + ⁽²⁾											
Hsjd Barcelona	310	10	24	10	652	12	-	12	601	59	3	37	72	3.380	
Parc Sanitari Sjd	205	220	12	12	2.353	245	317	20	2.240	21	47	18	180	3.854	
Sjd Terres De Lleida	-	-	-	-	3	-	3	-	-	-	-	-	-	-	
Sjd Serveis Sociosanitaris Esplugues	92	46	-	-	153	-	11	10	8	-	-	-	-	-	
Hsjd Palma-Inca	261	60	-	-	1.133	-	157	9	954	-	-	-	-	-	
Hsjd Zaragoza	184	19	-	-	242	-	77	3	165	-	-	-	-	-	
Hsjd Aljarafe	200	110	24	16	1.341	151	134	16	990	71	57	2	96	2.332	
Hsjd Sevilla	70	6	-	-	102	-	42	-	60	-	-	-	-	36	
Hospital San Rafael Granada	124	50	-	-	189	-	34	13	130	-	-	-	-	-	
Hsjd Tenerife	130	36	5	5	66	2	12	6	48	2	-	-	2	362	
Hsjd Córdoba	147	9	12	11	451	61	-	-	357	50	16	3	42	3.665	
Hospital San Juan Grande Jerez	50	21	2	-	99	-	28	2	69	-	-	-	-	71	
Hsjd Burgos	62	-	-	-	14	-	3	5	6	-	-	-	-	-	
Hsjd León	160	34	-	-	118	-	27	18	73	-	-	-	-	Nd	
Hospital Santa Clotilde	112	-	-	-	24	-	-	17	24	-	-	-	-	-	
Hsjd Santurtzi	92	33	-	-	38	-	7	9	36	-	-	-	-	728	
Hospital San Rafael (Madrid)	143	136	12	12	1.582	71	236	10	1.195	61	28	12	49	22.122	
Hsjd Pamplona	256	98	-	-	570	-	229	17	294	-	-	-	-	-	
Hospital Fundación San José (Madrid)	376	43	-	-	649	-	99	-	-	-	-	-	-	-	
Centro Asistencial Sjd Palencia	570	95	-	-	351	-	2	35	-	-	-	-	-	-	
Hsjd Mondragón	293	65	-	-	196	-	-	-	109	-	-	-	-	-	
Hsjd San Sebastián	81	7	-	-	7	-	-	2	36	-	-	-	-	-	
Centro Asistencial Sjd Ciempozuelos	1.283	552	-	-	552	-	11	25	-	-	-	-	-	-	
Clínica Ntra. Señora De La Paz (Madrid)	99	59	-	-	59	-	-	2	57	-	-	-	-	-	
Totales	5.300	1.709	91	66	10.944	642	1.439	231	4.52	264	151	72	441	36.550	

1. Aquellas camas instaladas que tienen todo el equipamiento y personal necesario para su función.
2. Número máximo de camas destinadas en un momento dado a la atención de pacientes COVID en el programa.
3. Número total de pacientes que han estado hospitalizados (A parte de la Hospitalización convencional, incluye también enfermos en Hospitalización a Domicilio) con COVID-19. 4. Número total de pacientes ingresados en UCI con COVID-19 positivo. 5. Exitus: Incluye fallecidos en Urgencias. 6. Traslados a otros Hospitales. 7. Traslados a su domicilio. 8. Traslados a UCI. 9. Exitus. 10. Traslado a otro Hospital. 11. Traslado a hospitalización convencional del mismo Hospital. 12. Todos los pacientes Covid 19+ atendidos en urgencias y que no han precisado ingreso de hospitalización.

con la COVID-19, siendo diagnosticados de la enfermedad, y muy pocos han estado hospitalizados. Un alto porcentaje de los infectados ha presentado secuelas durante meses (cefaleas, fatiga muscular, debilidad, etc...). Un porcentaje elevado han tenido personas allegadas hospitalizadas y en menor número, fallecido por/con COVID. El total de las IT por Covid-19 asciende a un 48% aproximadamente. Hay que tener en cuenta que los datos recogidos son muy diferentes en las distintas olas de infección y los criterios de baja laboral han ido cambiando a lo largo de las diferentes etapas.

- En los centros se vacunaron los colaboradores, siguiendo los protocolos de las Comunidades Autónomas.

Ante la situación y durante los dos años de intenso trabajo, en condiciones diferentes a las habituales en los centros:

- Aparecen miedos y temores al contagio propio y de alguna persona allegada, más si como en muchos casos, conviven con personas mayores y/o vulnerables.
- Añadido al estrés propio del trabajo en diferentes condiciones a las habituales, a la saturación de trabajo y a la incertidumbre, en muchos casos ha sido necesaria la asistencia psicológica. Muchos han referido haber experimentado un aumento en su malestar psicológico general, problemas de sueño, incremento del hábito tabáquico, problemas de concentración, aumento del uso de redes sociales y televisión.

Las situaciones extremas, estresantes y de manera prolongada en el tiempo, han supuesto un gran impacto a nivel físico y psicológico en los trabajadores, favoreciendo la aparición de problemas físicos y reacciones de estrés agudo, ansiedad, depresión, alteraciones del sueño y/o burnout, y que en algunos casos ha supuesto un incremento de bajas laborales por contagio, agotamiento o problemas de salud. La afectación ha sido mayor entre profesionales de primera línea, en servicios como UCI, Urgencias,

Neumología y Geriátrica y en mujeres. Entre las causas; factores personales, exposición a un elevado riesgo de contagio, reacciones de miedo o pánico, deficiencias en la organización, escasez de recursos humanos y materiales, incremento de cargas de trabajo, falta de formación o la toma de decisiones rápidas relativas a cuestiones asistenciales con alto componente ético....

4/2

Consecuencias de la crisis de la pandemia en la población asistida.

Los problemas de salud agudos y crónicos no atendidos o los retrasos en la asistencia hospitalaria durante la pandemia, han provocado importantes efectos y secuelas de salud en los pacientes.

Los aislamientos prolongados, las medidas restrictivas y los cambios en las rutinas habituales durante más de un año en los centros de atención a personas mayores, discapacitadas o con problemas de salud mental han afectado a nivel funcional, psicológico, conductual, educativo...

La combinación del elevado número de contagios y la mortalidad ocasionada, junto las restricciones de movimientos y visitas impuestas en los centros asistenciales sobre todo en los residenciales, han generado impactos negativos sobre la salud mental y la calidad de vida de la población residente. La prohibición de las visitas, con la consiguiente limitación del contacto, y la preocupación por sus seres queridos, también afectaron negativamente a la salud mental y bienestar de sus familiares.

La interrupción de algunas actividades, en las cuales la participación de cuidadores, familiares o voluntarios desempeñan un papel fundamental, aumentó la carga emocional tanto para pacientes como para sus familias, especialmente en los casos de personas con necesidades de cuidados paliativos a final de su vida.

Una gestión basada en nuestra misión y valores, ágil y centrada en la actividad asistencial ha permitido dar respuesta a esa misión en un momento de pandemia mundial

Según un estudio de la OMS, la pandemia de COVID-19 ha repercutido gravemente en la salud mental y el bienestar de las personas en todo el mundo. Si bien muchas personas se han adaptado, otras han sufrido problemas de salud mental, en algunos casos como consecuencia de la infección por la COVID-19. En muchos lugares, la pandemia también continúa impidiendo el acceso a los servicios de salud mental y ha suscitado preocupación por el aumento de los comportamientos suicidas.

En el caso de los dos centros de la OHSJD dedicados a la salud mental, hay que diferenciar dos aspectos:

- Los pacientes ingresados en los centros se han adaptado a cada una de las etapas de la pandemia sin graves consecuencias, ni grandes diferencias con la población general.
- Por otro lado, se ha observado un aumento claro de la demanda de atención tanto en episodios urgentes, con necesidad de ingreso, como en asistencia continuada en los dispositivos ambulatorios.

4/3

Transformación en crisis, un ejemplo: gestión de la pandemia en un centro sociosanitario.

Las decisiones que se tomaron en un centro Sociosanitario al comienzo de la crisis provocada por el inicio de la pandemia por COVID-19, permitieron contener de manera satisfactoria la situación, con un resultado global de un contagio alrededor del 20% de los usuarios y una mortalidad muy baja (3,4% de los contagiados, y de estos, solo el 0,6% fueron éxitos atribuibles a COVID-19). Por otra parte, la tasa de infección en trabajadores fue del 10%.

La actuación en centros residenciales, ha sido muy complicada, ya que los usuarios forman parte de grupos de riesgo por su perfil (disca-

pacidad, enfermedad mental y edad avanzada) y por ser, la mayoría de ellos, pacientes pluripatológicos; además, la cronicidad y las estancias prolongadas en un centro de grandes dimensiones, y tener que permanecer internados y confinados en un entorno cerrado, favorecía contactos más estrecho entre los usuarios y también con los trabajadores, por lo que se hacía más difícil garantizar las medidas de seguridad, lo que podía facilitar la transmisión de la infección.

Los Comités de Dirección del centro, ante las informaciones que iban llegando, reunidos antes del 4 de marzo, se anticiparon y tomaron rápidas decisiones, condensadas en un Plan de Contingencia:

- El centro se sectorizó para las diferentes unidades y se describieron nuevos circuitos funcionales. Se confinó a todos los residentes dentro de su respectiva Unidad.
- Prohibición de las visitas de familiares de pacientes al Centro y de las salidas de pacientes al exterior.
- Cese de todas las prácticas de alumnos en el Centro y también de especialistas Residentes.
- Se reforzó toda el área asistencial, contratando internistas, personal de urgencias, DUE's y TCAE's.
- Se aseguró la protección de profesionales y pacientes mediante la compra centralizada de materiales de protección y EPIs; así como con el establecimiento de las diferentes medidas de salud pública que se han ido proponiendo a lo largo del año.
- Introducción de medios digitales para la atención directa a pacientes y familiares (videollamadas, reuniones virtuales, trabajo remoto...).
- Se mantuvo comunicación diaria con las diferentes autoridades sanitarias y sociales.

El equipo directivo, de manera presencial, dia-

riamente, se reunía, así como el comité asistencial, para analizar las novedades. Se comunicó de manera periódica por mail a los trabajadores, informando de los diferentes planes de contingencia y sus sucesivas actualizaciones, lo que permitió refrendar el liderazgo en la toma de decisiones y generó una extraordinaria respuesta por parte de los trabajadores. Se antepuso, en todo momento, la gestión de la seguridad de nuestros residentes.

Constatamos como resultado global: contagio alrededor del 20% de los usuarios, mortalidad muy baja (3,4% de los contagiados, y solo el 0,6 % fueron éxitos atribuibles a COVID-19). La tasa de infección en trabajadores fue del 10%, sin mortalidad.

La anticipación en la toma de decisiones, la elaboración de un Plan de Contingencia, con una adecuada política de comunicación interna y a las familias, ha permitido dar respuesta a nuestra Misión en un momento de pandemia mundial, minimizando el impacto de la misma, haciendo el centro sostenible y fortaleciendo las relaciones institucionales.

4/4

Transformación en crisis, otro ejemplo: sostenibilidad de un centro hospitalario de salud mental.

La crisis con el COVID-19 nos ha afectado de forma general a toda la sociedad y de forma especial a los centros sanitarios. Los Centros dedicados a la Salud Mental con actividad de Hospitalización, Urgencias, Consultas Externas y Hospitales de Día, tuvieron que hacer frente a la pandemia desde el mes de marzo de 2020, dando respuesta a las necesidades de los pacientes, mayoritariamente con **Trastorno Mental Grave (TMG)**, sus familiares y de los propios profesionales. La reducción de toda la actividad como consecuencia del primer confinamiento y las restricciones posteriores, nos obligó a dar respuestas alternativas asistenciales, además de

enfrentarnos al riesgo de resultados económicos negativos del centro, tanto por el aumento de gastos como por la reducción de ingresos.

Los Comités de Dirección tomaron rápidas decisiones:

- Asegurar en primer lugar la protección de profesionales y pacientes mediante la compra centralizada de materiales de protección y EPIs; así como con el establecimiento de las diferentes medidas de salud pública que se han ido proponiendo a lo largo del año.
- Tomar decisiones restrictivas: eliminación de consultas presenciales, visitas y salidas, tamaño de los grupos, cierre de cafeterías y comedores, etc.
- Implementar cambios en la estructura del centro, transformación temporal de unas unidades asistenciales en otras, para poder ofrecer al servicio público de plazas de hospitalización de Unidad de Hospitalización Breve Psiquiátrica de Adultos y Adolescentes.
- Introducción de medios digitales para la atención directa a pacientes y familiares (videollamadas, reuniones virtuales, trabajo remoto...)
- Consultas externas con el desarrollo de la atención telemática.
- Hospitales de día, con grupos reducidos diariamente a un máximo de 10 personas, pero sin reducir el número total de pacientes, mediante nuevas herramientas de comunicación más allá de la telefónica, sesiones de terapia en directo a través de videollamadas, plataformas digitales, mail, etc.

La **comunicación** de estas decisiones y cambios se llevó a cabo mediante envío de notificaciones por mail a los trabajadores de planes de contingencia y sus sucesivas actualizaciones, así como con las reuniones presenciales con equipos y mandos intermedios de forma constante, lo que permitió que el liderazgo en la toma de decisiones se viera refrendado por una

extraordinaria respuesta por parte de los trabajadores.

Hemos podido constatar que:

- A nivel asistencial, se ha logrado mantener la actividad y el cuidado de los pacientes que lo necesitan con un alto grado de satisfacción (94,3%), mejorando años previos (91,5% en 2019 y 93,5% en año 2018).
- Se ha conseguido una baja tasa de contagio en pacientes (0,5% del total de ingresados) y en profesionales (Nosocomial 1,8%, por contactos externos 9.1%).
- A nivel económico se ha conseguido mejorar los resultados presupuestados para el ejercicio de 2020.
- Se han visto fortalecidas las relaciones institucionales con el servicio público al dar respuesta rápida y satisfactoria a las demandas, con propuestas de nuevos acuerdos futuros.

Una gestión basada en nuestra misión y valores, así como ágil y centrada en la actividad asistencial que históricamente ha desarrollado el centro, con una adecuada política de comunicación interna, introduciendo elementos de innovación en la atención y transformación en estructuras, ha permitido dar respuesta a esa misión en un momento de pandemia mundial, haciéndolo sostenible al mejorar los resultados económicos presupuestados y al ampliar los acuerdos con organismos públicos.

5/

Aprendizaje experimentado durante las diversas actuaciones llevadas a cabo en centros hospitalarios, residencias e internamientos de salud mental.

Los centros sanitarios y sociosanitarios tendieron la mano a las Administraciones públicas para dar respuesta a las necesidades de cada momento, entre ellos todos los centros de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios.

Cada uno de nuestros centros asistenciales, en función de la atención realizada (hospitales, residencias de mayores, centros de discapacidad o de salud mental), centraron todos sus recursos y esfuerzos en seguir ofreciendo la mejor asistencia sanitaria y social posible, dando respuesta a la población y a la Administración con nuestros propios valores: hospitalidad, calidad, respeto, espiritualidad y responsabilidad.

Todos nuestros centros reprogramaron su actividad, adaptaron sus espacios, adquirieron o compartieron equipamientos, clausuraron servicios, implantaron servicios de telemedicina/teleconsultas y/o ampliaron o mantuvieron las plantillas, para poder atender a las personas con coronavirus, o ayudar a mitigar la propagación, asumiendo incluso costes de la pandemia que nos les correspondía y retrasando inversiones planificadas.

En este punto, y en relación a los hospitales del sur de España, la situación vivida ha sido distinta

en función de si fueron designados como hospitales limpios para que la red pública atendiera sólo a pacientes infectados o si atendieron sólo a pacientes COVID por derivación de las aseguradoras sin que fuera necesaria la derivación a otro tipo de centros. Andalucía y Canarias, afortunadamente no se encontraron entre las regiones con mayor afectación por lo que la necesidad de aumentar ampliamente la capacidad de nuestros hospitales no fue tan extrema como en Madrid o Barcelona.

La rápida actuación de los equipos directivos de todos los centros de la OHSJD, la disposición de estrategias claras y la existencia de líderes clínicos (formales e informales) fueron esenciales para coordinar todas las actuaciones y llegar a todos los profesionales. La valoración, planificación, seguimiento y actualización continua de las medidas a tomar por parte de los comités COVID creados en los centros y la difusión de la información y la formación periódica a los trabajadores, ayudó a controlar el virus y sus consecuencias con los recursos disponibles, facilitando la cohesión interna.

En cada uno de los centros de la OHSJD, en función de la atención realizada, del número de personas asistidas y su condición, de la dotación habitual de trabajadores, de su propia infraestructura y de las necesidades en cada momento, se establecieron de forma inmediata planes de actuación, planes de contingencia y/o planes de viabilidad, que incluían una serie de medidas organizativas y funcionales que ayudaran a controlar, mitigar, o prevenir la aparición del coronavirus, su transmisión, el impacto en la salud y el bienestar de las personas atendidas, sus familias, los profesionales y los colaboradores o las consecuencias a nivel económico de las propias instituciones.

Número de Protocolos de actuación preventivos o durante los casos de pandemia. Ejemplos:

- **Plan de actuación**
Residencia y Salud mental.
Centros de San Juan de Dios (Málaga)

- **Plan de actuación específico**
Residencia San Juan Grande (Jerez)

- **Plan de acción COVID**
Hospital San Juan Grande (Jerez)

- **Plan funcional frente al COVID.**
Servicio de admisión
Hospital San Juan Grande de Jerez)

- **Plan funcional frente al COVID.**
Servicio de farmacia
Hospital San Juan Grande de Jerez

- **Plan funcional frente al COVID.**
Quirófanos
Hospital San Juan Grande de Jerez

- **Plan funcional frente al COVID.**
Servicio de rehabilitación
Hospital San Juan Grande de Jerez

- **Plan funcional frente al COVID.**
Laboratorios
Hospital San Juan Grande de Jerez.

Actuaciones realizadas en nuestros centros. Ejemplos:

- Creación de comités COVID.
- Identificación de responsables.
- Elaboración de planes de actuación y contingencia.
- Disponibilidad de equipos de protección individual. Control y uso racional.
- Medidas de detección y notificación precoz.
- Medidas de protección a residentes.
- Medidas de protección a profesionales.
- Plan de prevención de riesgos laborales.
- Planes de adaptación de actividades.
- Planes de comunicación con familiares.
- Sectorización. Circuitos de entrada, salida, aislamiento.
- Plan de desconfinamiento.
- Plan de reanudación de visitas.
- Limpieza y desinfección de instalaciones, materiales, superficies y espacios.
- Mantenimiento preventivo y correctivo

Ha sido esencial la prevención y adelantarse a tomar decisiones ante los acontecimientos previsible

- de instalaciones.
- Gestión de residuos.
- Formación a los trabajadores.
- Accesibilidad a la información y documentación.
- Simulacros.
- Anulación de actividad asistencial programada.
- Suspensión de eventos.
- Plan de desescalada.
- Plan de viabilidad.
- ...

La respuesta ofrecida por los Hermanos, nuestros profesionales, los servicios de apoyo de los centros asistenciales (personal, suministros, limpieza, mantenimiento, infraestructuras, informática...), los voluntarios y/o las familias ha sido esencial para garantizar el cumplimiento de los planes de contingencia y los planes de desescalada. Cabe destacar la importancia que ha supuesto la utilización de las tecnologías de la comunicación e información para la conexión entre pacientes y sus familiares/allegados, e incluso de estos con los equipos de atención. Esta cercanía ha proporcionado grandes beneficios a nivel psicológico para los pacientes/familias y han permitido una mayor participación de las familias en la toma de decisiones.

Esta pandemia ha confirmado que, trabajando de manera colaborativa y conjunta, sumando esfuerzos, buscando sinergias y aportando lo mejor de cada uno es como se puede hacer frente a los desafíos presentes y futuros (consecuencias sanitarias, sociales y económicas de la pandemia, cambios sociodemográficos, incremento de pacientes pluripatológicos o con alta demanda asistencial, desarrollo de innovaciones tecnológicas...).

Reflejo económico según los datos covid-19 y actuación en algunos centros de San Juan de Dios (Desde el mes de marzo del año 2020 hasta marzo del año 2022 ambos incluidos)

Todos los Centros han establecido planes de contingencia y los han ido actualizando en función

de las normativas que iban surgiendo, tanto a nivel estatal como en el ámbito de cada Comunidad Autónoma. Pudimos compartir entre centros los distintos planes de contingencia, lo que facilitó enormemente su operativización y actualización.

Las medidas organizativas fueron muchas, pero sobre todo la sectorización de los espacios para evitar la transmisión de la enfermedad y aislar a los pacientes infectados. Se organizaron sesiones de trabajo entre varios Hospitales para compartir las experiencias y las mejores prácticas.

Se creó una compra conjunta de material de protección, dadas las dificultades iniciales en adquirir cualquier tipo de material. Recordamos la llegada de 100.000 mascarillas procedente de la China, en un avión que llegó al aeropuerto de Zaragoza y se pudieron distribuir a todos los centros de la Orden. Un especial énfasis fue el seguimiento de la Salud de los Hermanos en cada una de las Comunidades.

Por otro lado, diariamente todos los centros informaban de la actividad que presentaban, tanto con respecto de personas o pacientes afectadas de Covid como de trabajadores infectados.

Mención especial ha sido el gran impacto de la Covid en los profesionales de los centros, no solo por el gran número de profesionales afectados por la enfermedad, sino también el enorme cansancio, fatiga y estrés soportado durante este periodo y que aún hoy en día se percibe. Nunca será suficiente las diferentes acciones de gratitud que se han hecho. Unos ejemplos más:

- En Cataluña la Administración Sanitaria ha regulado una concertación específica Covid-19 para los centros sanitarios, sociosanitarios y residencias, pero no para el resto de centros sociales. Por tanto, esta medida solo afectará a Barcelona, Terres de Lleida, Parc Sanitari y Serveis Sociosanitaris.

La situación de los Centros en Cataluña ha sido la siguiente:

- **Barcelona:** Pudieron cerrar los dos años con equilibrio económico, todo y que los ingresos privados se han reducido. Se pudo recuperar la actividad en los meses siguientes y compensar el ligero sobrecoste que ha supuesto la Covid-19 con reducciones de coste en otras partidas (plan de ajuste).

- **Terres de Lleida:** No se han visto prácticamente afectados por la Covid-19. La actividad se ha visto poco afectada desde un punto de vista cuantitativo, solo en los últimos meses se detectó una reducción de derivación de los Jóvenes Migrantes Solos. Han tenido un cierto impacto económico negativo, a consecuencia del sobrecoste del material de protección.

- **Parc Sanitari:** El impacto económico ha sido muy importante, puesto que en los momentos más álgidos de la pandemia se llegó a tener hasta 216 pacientes ingresados Covid-19. Esta situación impidió que se pudiera hacer la actividad normal de un Hospital Comarcal, y tan solo se mantuvo con cierta normalidad la actividad de Salud Mental y de la Discapacidad. A partir de junio se reinicia la actividad ordinaria, pero a un ritmo sobre todo en actividad quirúrgica, inferior al ordinario. La reducción de actividad ordinaria fue de un -6,4% del presupuesto, que se compensó en gran medida con la actividad Covid-19 y con la cláusula de compensación. El cierre económico fue negativo, cuando se preveía cerrar con equilibrio cuando se elaboró el presupuesto antes de la pandemia como consecuencia de los sobrecostes en personal, EPIS, etc.

- **Serveis Sociosanitaris:** El impacto ha sido neutro.

- **Serveis Socials Barcelona:** La pandemia les ha supuesto una mayor actividad y han tenido que atender más usuarios y también les ha generado mayor contratación de nuevos servicios, como es el caso del albergue para personas sin hogar diagnosticadas de

Covid-19 que se ha consolidado con una ampliación de plazas permanente, o un proyecto de mujeres sin hogar con o sin hijos (que empezó en octubre y tendrá continuidad).

- **FAD (Fundación de Atención a la Dependencia):** La situación de la Covid-19 ha supuesto una disminución muy importante en la actividad realizada (reducción de la atención domiciliaria en un 68%, y con una recuperación lenta, reducción de los servicios de acompañamiento a las personas con problemas de salud mental) y que ahora empieza a recuperarse. Por el contrario, la crisis Covid-19 en la atención a las comunidades religiosas ha obligado a realizar un esfuerzo de contención de la epidemia con un incremento de la actividad.

Entre las medidas adoptadas para paliar esta disminución de los ingresos se han visto obligados a tener que aplicar un ERTE por fuerza mayor sobre 13 trabajadores de la entidad (10 cuidadores y 3 personal estructura). Gracias a Dios a fecha de hoy se han podido restablecer todos los puestos de trabajo.

- **Fundació Germà Benito Menni:** CET EL PLA. CET INTECSERVEIS: La situación de la pandemia les ha afectado negativamente tanto en servicios que han tenido que dejar de hacer (limpieza de escuelas), como por el elevado absentismo que han tenido.

- **Funadció Germà Tomás Canet:** El impacto ha sido prácticamente neutro, permitiendo mantener la actividad normal. Han tenido que hacer frente a un incremento de costes de compra de material de protección. Una excepción ha sido la actividad tutelar para personas mayores, que se ha visto impactada de forma muy significativa por la pandemia. En los primeros meses de la pandemia fallecieron un total de 35 tutelados de los casi 200 con que se iniciaba el ejercicio. El bloqueo administrativo en la asignación de nuevas tutelas hizo que se redujera significativamente el número de tutelas y en consecuencia los ingresos.

- **FDI/CD (Fundaciones de investigación y Campus Docent):** Ambos con poca o nula afectación en los profesionales y con bajo impacto en el presupuesto, incluso ligeramente mejor que el previsto inicialmente. En el caso de la Fundación ha cambiado el mix de captación de fondos y de proyectos, dando mayor peso a los proyectos Covid y en particular al proyecto Kids Corona.

- **Baleares: Palma-Inca:** Se nos solicitó por parte del IB-Salut la adecuación de 57 camas de hospitalización para ingresar pacientes con COVID-19 y de 23 más en concepto de reserva. Dicha solicitud vino acompañada del compromiso de que tanto las estancias de estos pacientes como las camas no ocupadas (camas en reserva) tendrían una tarificación especial dada la especificidad de los recursos humanos y materiales que consumirían. Siendo en principio la vigencia de la reserva de estas 80 camas hasta final de año.

Adicionalmente, la Administración compensó también para cubrir costes de estructura en que la actividad ordinaria, y en particular la quirúrgica, se vio reducida de forma drástica.

En el cómputo anual se prevé una reducción de actividad ordinaria pero compensada por un incremento de la actividad por Covid.

- **Serveis Socials Mallorca.** En Es Convent ha habido poco impacto de la Covid, tanto en los residentes como en los colaboradores.

- **Zaragoza:** La pandemia debida al virus SARS-CoV-2 ha supuesto una importante disminución de ingresos hospitalarios, con la consiguiente disminución de las altas y una baja ocupación. El Convenio de Vinculación con el Gobierno de Aragón, mantiene la misma financiación y nos garantiza seguridad, por lo que no ha habido un impacto negativo en la financiación.

Finalizaremos este ejercicio tan complicado con una consolidación de los ingresos con-

certados, en un escenario de menor actividad, donde la reducción de gastos directos por la menor actividad compensará el gasto en EPIS, lavandería, gestión de residuos relativo a la Covid-19.

- **Serveis Socials Valencia:** La incidencia de la pandemia ha tenido poco impacto en los profesionales del Centro y en las personas atendidas (a nivel clínico). La actividad asistencial durante este periodo no ha tenido un impacto negativo en el Centro, pero sí que ha tenido que readaptarse en formas y espacios, se redujo la ocupación del albergue y se tuvieron que reconfigurar las actividades ocupacionales. Ha tomado especial relevancia la situación de la atención social a través de las nuevas tecnologías (ordenadores, móviles, videos...).

- **Murcia:** Fundación Jesús Abandonado: En general, en la Fundación han tenido poco impacto en las personas atendidas, aunque han tenido que reorganizar prácticamente todos los servicios que ofrecen, pero tanto en cuanto a personas como de presupuesto no ha habido grandes problemas. Han tenido un mayor gasto en limpieza, comida, etc., que se ha visto compensado en parte por un incremento de los donativos.

6/

Algunas lecciones aprendidas en los centros de la Orden Hospitalaria tras la pandemia.

Como hemos referido anteriormente, no estábamos preparados para una crisis pandémica

como la vivida. No obstante, después de algo más de dos años hemos sacado algunos aprendizajes que pueden ayudar a controlar o prevenir crisis futuras. Algunos parten de los aciertos y otros de los errores cometidos durante la gestión de la pandemia. Ha sido esencial la prevención y adelantarse a tomar decisiones ante los acontecimientos previsibles.

- La **colaboración y coordinación** entre los recursos asistenciales públicos y privados es posible y ofrece importantes e inmediatos beneficios, eficaces, eficientes y sostenibles, para la población y para la Administración.

- La **interlocución y coordinación constante** con las autoridades sanitarias ha sido fundamental para la resolución de la crisis, generando confianza y tranquilidad sobre las actuaciones a desarrollar en los centros y con los proveedores.

- La **rápida actuación de los equipos directivos** de los centros asistenciales, la disposición de estrategias y objetivos claros y la existencia de líderes clínicos (formales e informales) son esenciales para coordinar todas las actuaciones, con los recursos disponibles y facilitando la cohesión interna.

- La **disponibilidad, conocimiento y accesibilidad** de los protocolos de actuación, así como de sus diferentes actualizaciones, en tiempo y forma, por parte de los profesionales sanitarios y servicios de apoyo garantiza el cumplimiento de las medidas establecidas. No obstante, las ordenes, documentos técnicos y protocolos de actuación son de difícil aplicación si no van acompañadas de recursos materiales (test diagnósticos, mascarillas y otros equipos de protección individual) y humanos.

- Los elaboración e implantación de **planes de viabilidad** elaborados por los propios centros en función de casuística son absolutamente necesarios para abordar la sostenibilidad y minimizar el impacto financiero derivados de la pandemia. Dejar de hacer aquello que no

aporta valor y redistribuir y racionalizar recursos económicos para afrontar los costes sobreenvidados por la pandemia es imprescindible para garantizar la eficiencia y sostenibilidad.

- La disposición de forma inmediata de **planes de actuación y planes de contingencia** personalizados en función del tipo de centro, del número de personas atendidas y su condición, de la dotación habitual de trabajadores, de su propia infraestructura y de las necesidades del momento ayudaron a controlar, mitigar, o prevenir la aparición del coronavirus, su transmisión, el impacto en la salud y el bienestar de las personas atendidas, sus familias, los profesionales y los colaboradores.

- La **modificación de procesos asistenciales de forma coordinada y consensuada**, la readaptación de circuitos, la asignación de recursos en función del riesgo y necesidades, el rediseño de servicios y la agilización de los procesos de altas, han sido determinantes para minimizar los riesgos de transmisión.

- El uso de las **tecnologías de comunicación e información** para la atención no presencial a los pacientes han sido básicos y de gran importancia para disminuir los riesgos de contagios y han demostrado ser herramientas eficientes para atender, controlar o prevenir determinados procesos crónicos sin perder la confianza de los usuarios, ni la calidad de la atención. En cualquier caso y situación, se debería evitar la suspensión de la atención a pacientes que requieran tratamientos o demoras superiores a un mes.

- Las **medidas de confinamiento** implantadas con la finalidad de mitigar el riesgo de transmisión, salvaguardar los recursos sanitarios y poder garantizar una atención sanitaria correcta a las personas enfermas fueron altamente efectivas. En el caso de los mayores, por la privación del contacto afectivo, nos ha creado algunas dudas.

- La valoración, planificación, seguimiento y ac-

tualización continua de las medidas a tomar por parte de los **comités COVID** creados en los centros y la difusión de esta información a los trabajadores, ayudó a controlar el virus y sus consecuencias.

- El establecimiento y **monitorización de indicadores** resultaron imprescindibles para evaluar los riesgos de alerta, de seguimiento de la pandemia o de desescalada.

- La **planificación de actividades formativas** para los trabajadores destinadas a conocer cómo actuar en todo momento, fue un factor de protección hacia las personas que atendemos y hacia ellos mismos frente a potenciales contagios.

- La monitorización del estrés agudo y el establecimiento de **programas de apoyo psicológico** individual o grupal o estrategias de afrontamiento hacia los trabajadores ha demostrado que contribuye a reducir el impacto a nivel emocional y mejoran la calidad y seguridad de la asistencia. La planificación y diseño de medidas de apoyo e intervenciones para disminuir el impacto psicológico, tendría que incluir la perspectiva de género

- La **respuesta ofrecida por los servicios de apoyo** de los centros asistenciales (personal, suministros, limpieza, mantenimiento, infraestructuras, informática...) fue esencial para garantizar el cumplimiento de los planes de contingencia. El trabajo en equipo ha sido muy importante con la implicación de todos.

- La utilización de las tecnologías de la comunicación e información para la **conexión entre pacientes y sus familiares/allegados**, e incluso de estos con los equipos de atención, ha proporcionado grandes beneficios a nivel psicológico para los pacientes/familias y han permitido una mayor participación de las familias en la toma de decisiones.

- Las recomendaciones del Comité de Ética Asistencial o de la Asesoría Jurídica frente las dudas planteadas o las actuaciones acometidas

ofrecieron un **marco ético-jurídico** y una seguridad para la institución.

- Hay que **reforzar** a nivel estratégico, organizacional y funcional los centros **residenciales de larga estancia** por la vulnerabilidad y fragilidad de los pacientes atendidos para estar preparados ante situaciones futuras similares.

- En centros residenciales, se han visto afectadas las actividades dirigidas hacia los residentes para reducir los riesgos de contagio. Por ello, a la hora de construir nuevos centros y/o reformar los existentes, habría que pensar en **formas de coexistencia** que ayuden a los programas de aislamiento físico sin dificultar el desarrollo de actividades para los no contagiados, desarrollando infraestructuras que hagan más seguros los espacios de interacción social. El aspecto **emotivo-relacional** hay que mantenerlo para evitar males mayores.

- La **asistencia a colectivos más vulnerables o en riesgo de exclusión social**, garantizando el derecho a su salud, es una de nuestras prioridades y se ha mantenido durante la pandemia con adaptaciones en la prestación de nuestros servicios entre ellos los programas de garantía alimentaria o urgencia social.

- Las estrategias utilizadas para reducir la circulación del SARS-COV-2 y las lecciones aprendidas serán igualmente efectivas para disminuir la transmisión de la gripe y de otras enfermedades respiratorias con amplia evidencia de transmisión por aerosoles.

La gestión de esta crisis nos ha hecho constatar y ayudado a aprender que:

Muchas personas han sufrido mucho y hará falta tiempo y trabajo para restañar las heridas. Han experimentado en primera persona, o en personas cercanas, el sufrimiento y la enfermedad provocadas por el coronavirus. Muchas otras, la tensión de la convivencia forzada y el cambio drástico de rutinas. Otras, la pérdida de trabajo. En el confinamiento han aflorado

sentimientos que teníamos silenciados; ha democratizado la inseguridad, el miedo y la sensación de soledad. Pero también ha despertado la empatía, la capacidad de gratitud, la valoración de aspectos en nuestra vida que antes dábamos por supuestos.

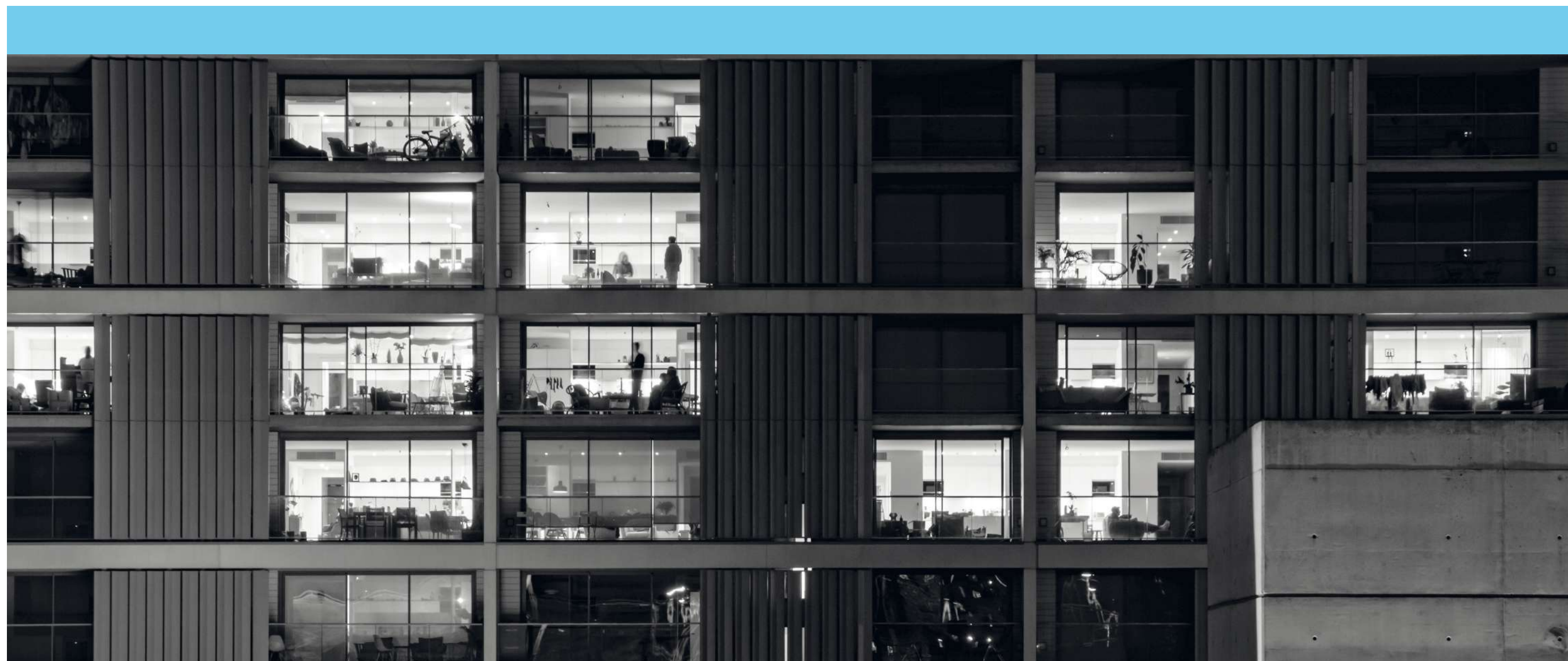
Las enfermedades –y las crisis– nos cambian en muchos aspectos y para mucho tiempo, y es importante entenderlo, asumirlo, y aprovechar las oportunidades que ofrece este cambio. Debemos plantearnos bajar la velocidad. Íbamos demasiado rápido. Tanto, que el estrés ya era una de las mayores causas de consulta médica y de somatizaciones. Y hemos frenado de golpe, experimentado a la fuerza cómo se vive sin correr –aunque nos hayamos visto expuestos a otra clase de ansiedades–, y vale la pena replantearse si lo que queremos es volver a lo de antes.

Así una conclusión ante esta situación: no volver a ser lo mismo y cambiar. Cambiar a otro estilo de vida, pues con el que hemos llevado, ya conocemos sus efectos. ¡Esto no ha sido ni es una broma! Formación en valores, en nuevos hábitos higiénicos, en respeto a los demás. Aprender de la historia, para no repetir lo que hemos hecho, con consecuencias similares o mayores. A desterrar la indiferencia y a integrar la espiritualidad. A tomar consciencia de la vulnerabilidad de la persona. (Cf. [Calixto Plumed Moreno o.h. \(2020\). Archivo Hospitalario 2020 \(18\).](#))



06/

Experiencias



06/1

CuiDando - experiencia durante la pandemia en Portugal

Ana Filipa Guimarães,

Psicóloga.

Casa de Saúde Son João de Deus.

Barcelos. Portugal



En las últimas décadas, he observado un cambio estructural en la forma de ver a las personas con enfermedades mentales. Si hasta entonces nos fijábamos en la enfermedad, por la “extrañeza” que nos imponía el desconocimiento de la misma, ahora, con el avance de la ciencia, con el contacto más regular de la comunidad con este tema, nos fue posible empezar a ver más allá de la enfermedad, empezar a ver a la Persona.

Con esta ampliación de horizontes, es evidente que no basta con tratar los síntomas, y se ha podido pensar, diseñar y poner en práctica una variedad de servicios e intervenciones en todo el espectro biopsicosocial, con resultados eficaces en términos de calidad de vida. Entre estos servicios se encuentra **CuiDando**, una respuesta de proximidad, a domicilio, que, a través de un equipo multidisciplinar especializado en salud mental, trabaja sobre el modelo de gestión de casos, y promueve la estabilidad clínica y la integración socioprofesional de las personas con problemas de salud mental.

El modelo de intervención basado en la gestión de casos plantea algunos retos, desde el principio en la definición de los roles y funciones de cada técnico. En CuiDando, cada técnico tiene una formación básica diferente, lo que nos obliga a mirar a la persona a través de una lente particular.

Sin embargo, el modelo exige que los profesionales sean capaces de observar y evaluar de forma exhaustiva, identificando las necesidades mucho más allá de su formación básica.

Ser gestor de casos a domicilio nos sitúa en una posición privilegiada para conocer a la persona, de forma exhaustiva, en su contexto habitual.

La intervención que se lleva a cabo en el hogar, promueve un vínculo distinto, incluso diría que más estrecho, entre el técnico, el beneficiario y las personas significativas, en las diversas áreas de la vida: gestión de la salud (física y mental); inclusión social (vivienda, ingresos, participación en la comunidad); gestión familiar; ocupa-

cional (estructuración de rutinas, empleo o actividades útiles) y espiritual. No es excesivo decir que en un momento dado somos efectivamente personas de referencia en las que los beneficiarios depositan su confianza, buscando nuestro apoyo para resolver los más variados problemas, no siempre relacionados con la salud. Así, a menudo sin ninguna otra red de apoyo, el equipo de CuiDando lanza el primer hilo de contacto, que luego extiende a la comunidad.

Sin embargo, el 8 de marzo de 2020, el **Instituto San Juan de Dios - Barcelos** y luego el país (Portugal) se detuvo. Era como un anuncio de una “guerra” que se avecinaba. La llamada era al recogimiento, a la reflexión sobre qué hacer y cómo actuar para minimizar el impacto de lo que se sabía que iba a llegar.

Al formar parte del grupo operativo encargado de diseñar y poner en marcha el plan de contingencia interno de Covid-19, había una conciencia muy clara de los riesgos.

En la actuación de CuiDando, el riesgo era aún mayor. Si en el centro asistencial gestionamos los contactos y los posibles medios de contagio, en los hogares de los beneficiarios esto no fue posible. Además, existía el riesgo de convertirse en un vehículo de contagio entre hogares. Por otro lado, sabemos que las enfermedades mentales graves son muy sensibles al estrés.

Si la población en general entrara en pánico, seguramente la ansiedad se apoderaría de ellos y también estaría en juego gran parte de lo que se había logrado en los procesos de rehabilitación. En definitiva, consideramos que no sería seguro en esta fase de incertidumbre mantener el servicio funcionando de la misma manera, pero el “**distanciamiento social**” aconsejado en las primeras semanas no podía producirse.

La angustia era grande, sobre todo porque los miembros del equipo también trabajan en unidades para enfermos crónicos, de modo que cualquier paso incierto podría poner en peligro a decenas de personas frágiles. Incluso en

esta etapa, la falta de equipamiento de protección individual era una realidad, lo que hacía que toda la situación fuera aún más aterradora. La confrontación con nuestras debilidades era ahora una realidad.

A estas alturas, reafirmo toda mi admiración por los Hermanos y los profesionales que trabajan en condiciones muy diferentes a las que tenemos normalmente. De forma ingenua, me acordé de todos los que trabajaban durante la crisis del ébola, y de cómo en aquel momento lo veíamos como una realidad tan lejana.

La hospitalidad, más que nunca, fue la fuerza motriz y lo que guió nuestras decisiones, no sólo en el interior, sino también en el exterior. La hospitalidad no sólo como

“Una simple acogida del huésped, sino más bien como una ‘inclusión’ radical del huésped en la propia rueda de tareas del anfitrión, en su tutela frente a los enemigos, en su protección, en su profundo respeto existencial, en el cuidado de su persona frente a todas las necesidades posibles”.

Era el momento de actuar. Empezamos por ponernos en contacto con los beneficiarios para realizar un ejercicio de psicoeducación, primero para desmitificar algunas ideas sobre este nuevo virus, y luego para transmitir estrategias que permitieran a la gente mantenerse a salvo. En estos contactos nos dimos cuenta de que la gente también estaba demasiado asustada para recibirnos, por lo que el contacto por teléfono o videollamada era bienvenido.

Con el material de protección ya disponible, fue posible conseguir un contacto más cercano, en esta etapa el clima también ayudó. Empezamos a hacer visitas fuera de las casas, con equipamiento de protección individual que cambiábamos en cada visita. En mi cabeza ponía el disco:

LH n.334

“No te sientes; no toques nada ni a nadie; mantén la distancia”.

La preparación de la medicación, que se daba en algunos casos, era siempre un momento delicado, en el que se tocaba y luego se decía:

“Y si...”.

Con el tiempo y con la vacunación, hemos suavizado las medidas, pero seguimos llevando mascarilla. Hay personas que reconozco por su forma de andar, por su expresión verbal, pero desde luego, si me cruzo con ellas por la calle, sin máscara, será difícil reconocer su rostro. La pandemia nos quitó algunas cosas, es cierto, pero no nos lo quitó todo.

En CuiDando, logramos superar esto sin perder una vida por el virus, sin hospitalizaciones agudas por descompensación. Siento que salimos fortalecidos y con una percepción por parte de los beneficiarios de que somos una respuesta y un apoyo en los momentos más delicados. Incluso creo que estos momentos de crisis vinieron a reforzar nuestro sentido de la misión y el compromiso de ¡Hacer el bien, bien hecho!

06/2 Tele-Covid: humanizando y optimizando la asistencia en tiempos de pandemia.

Antonio Fernández Moyano

Jefe de servicio de Medicina.
Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Sevilla

En enero de 2020 desde los **servicios Cuidados Críticos y Urgencias y Medicina Interna del Hospital del Aljarafe** (Sevilla) pusimos en marcha un programa asistencial basado en telemedicina con el que poder optimizar nuestra capacidad de respuesta a los pacientes con neumonía por COVID-19 que, teniendo una situación clínica estable, podían permanecer en seguimiento domiciliario. En aquellos momentos, el aislamiento por COVID hacía necesaria la puesta en marcha de estrategias

que mitigarán la soledad de los pacientes y aportarán seguridad y control ante un empeoramiento de salud, requisitos ambos que cumplía a la perfección este circuito asistencial no presencial que aún permanece vigente y que nos ha brindado la oportunidad de optimizar nuestros recursos en los peores momentos de presión asistencial durante la pandemia.

El programa TeleCovid fue desarrollado en enero de 2020 por profesionales de los servicios de Cuidados Críticos y Urgencias y de Medicina Interna del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe para ofrecer, a los pacientes con neumonía por Covid-19, un tratamiento domiciliario eficiente y seguro, disminuyendo la angustia y soledad que produce el aislamiento del ingreso hospitalario, y a la vez, optimizando los recursos sanitarios que en los momentos más agudos de la pandemia fueron tan necesarios.

El programa permite identificar, tras la valoración exhaustiva en urgencias, a un grupo de pacientes con neumonía, en los que es seguro y eficaz continuar tratamiento en domicilio con un sistema de vigilancia telemático estrecho. A estos pacientes se le instruye en el uso de un pulsioxímetro y toma del resto de constantes vitales, para poder realizarse la auto-medición en domicilio. Este programa que ha atendido hasta la fecha a casi 450 pacientes, permite seguir desde el hospital, la evolución de la enfermedad a través de contacto telefónico diario del especialista en Medicina Interna o Neumología permitiendo, cuando es necesario, ajustar el tratamiento a los cambios que se vayan produciendo en la situación clínica y, sobre todo, identificar precozmente los criterios de riesgo que aconsejen una nueva valoración en el hospital. Sólo un 5,4 % del total de pacientes atendidos, precisó ingreso hospitalario durante este seguimiento.

Nuevas oportunidades en la relación médico-paciente.

La consolidada experiencia previa de nuestro centro en programas de telemonitorización de pacientes crónicos (Telecomparte), en atención

precoz al **ictus (Teleictus)** o en el desarrollo de nuevos dispositivos (Teleoftalmología con retinoscopio abierto), fue clave para la puesta en marcha de esta iniciativa que ofrece ventajas para el paciente y su entorno, al tiempo que permitió optimizar los recursos sanitarios en un momento crucial como el de la pandemia.

A lo largo de la experiencia acumulada durante estos dos últimos años, han surgido nuevas formas de prestación de asistencia telemática en el hospital, como ésta del Programa TeleCovid, y el afianzamiento definitivo de otras que eran ya habituales en nuestro centro, como las consultas telefónicas y por videollamada en todas las especialidades, incluidas las quirúrgicas, lo que ha abierto nuevas posibilidades de relación asistencial con nuestros pacientes.

Calidez y calidad en la atención sanitaria.

El progresivo conocimiento de la enfermedad, la disponibilidad de tratamiento oral y la mejoría en la organización asistencial, nos han permitido establecer una respuesta asistencial diferente al ingreso hospitalario, proponiéndose como alternativa el seguimiento telefónico diario.

Este circuito beneficia a un subgrupo de pacientes cuyo motivo fundamental de ingreso era el presentar enfermedades crónicas que se identificaron en las primeras recomendaciones de manejo de infección por Covid-19, y que incluían edad mayor a 60 años, enfermedades cardiovasculares, respiratorias, cáncer e inmunosupresión, independientemente de la gravedad de éstas. El programa TeleCovid ha demostrado ser una alternativa segura y eficaz que aporta calidad a la atención sanitaria de estos pacientes, así como un clima de seguridad y calidez, a través del contacto diario con los profesionales sanitarios responsables del seguimiento de los casos que ha sido valorado muy positivamente por los pacientes atendidos en este programa desde su puesta en marcha.

LH n.334

Bibliografía

Banerjee D et al.

Social isolation in Covid-19: The impact of loneliness.
Int J Soc Psychiatry. 2020 Sep;66(6):525-527.

Berenguer J, Ryan P, Rodríguez-Baño J, Jarrín I, Carratalà J, Pachón J, et al.
Characteristics and predictors of death among 4,035 consecutively hospitalized patients with COVID-19 in Spain.
Clin Microbiol Infect Off Publ Eur Soc Clin Microbiol Infect Dis. 4 de agosto de 2020.

Blanco-Taboada AL et al.

Poor prognostic factors in patients hospitalized for COVID-19.
An Sist Sanit Navar. 2022 Jul 1;45(2).

Carriedo A et al.

COVID-19, Psychological Well-being and Physical Activity Levels in Older Adults During the Nationwide Lockdown in Spain.
Am J Geriatr Psychiatry 2020 Nov;28(11):1146-1155.

Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, et al.

Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study.
Lancet Lond Engl. 30 de enero de 2020.

Garrigues E et al.

Post-discharge persistent symptoms and health-related quality of life after hospitalization for COVID-19.
J Infect. 2020 Dec; 81(6): e4–e6.

Lawler P et al.

Therapeutic Anticoagulation with Heparin in Noncritically Ill Patients with Covid-19.
N Engl J Med. 2021 Aug; 26;385(9):790-802.

Mukhtar S.

Psychological health during the coronavirus disease 2019 pandemic outbreak.
Int J Soc Psychiatry. 2020 Aug; 66(5):512-516.

Tomazini B et al.

Effect of Dexamethasone on Days Alive and Ventilator-Free in Patients With Moderate or Severe Acute Respiratory Distress Syndrome and COVID-19.
The CoDEX Randomized Clinical Trial. JAMA. 2020 Oct 6; 324(13): 1–11.

Información Científica-Técnica.

Información clínica COVID-19.
https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/20211028_CLINICA.pdf



06/3

¡Estamos Vivos!

Juan A. Diego Esquivias O.H.

Superior.

Centro Santa María de la Paz. Madrid

Porque TODOS, absolutamente TODOS hemos pasado y vivido lo mismo, estoy convencido que, desde ahí, puede ser creíble todo lo relatado acerca de la vivencia de la Pandemia.

En **Santa María de la Paz** se podría decir que, fechas antes de la gran “estampida” vimos venir hacia nosotros como un gran Tsunami de temores, informaciones, intuiciones, etc...que nos llevaron a cerrar (literalmente) las puertas exteriores del Centro. Previsiones, cálculos de existencias de todo tipo; estrategias; decisiones...se fueron sucediendo ya con instrucciones y normativas según se fue desmascarando nuestro gran y temido amigo “**Corona Virus**”.

Ciertamente tras estas intuiciones, a nivel personal el gran toque fue cuando el Equipo de Sanidad se personó en el Centro y tras un sondeo de tests nos llevaron a realizar de manera inmediata

un aislamiento de 13 personas entre los que me encontraba por una serie de posibles contactos. Muchas cosas y personas quedaban en el aire... pero había que afrontar la realidad y...así fue. Salimos, tras unos días de oscuros silencios y distancias sospechosas, sin consecuencia alguna.

Con el tiempo y todo el desarrollo/evolución de la Pandemia hemos de decir que (entre las personas acogidas en el Centro) sólo hubo 4 casos de residentes infectados, enfermos y con una buena recuperación. Por el contrario, prácticamente, toda la plantilla laboral ha pasado la enfermedad e incluso, algunos, 2 y 3 veces... Personalmente he de decir que si lo he pasado ha sido asintóticamente pues no he percibido nada absolutamente hasta el momento.

También a nivel personal he dado muchas vueltas a esta cuestión de los contagios...Eran repetidas e insistentes las llamadas y preguntas acerca del temor de contagio por tratarse de la población que era...y resulta que, cada vez más, pienso que, precisamente, por haber vivido en situaciones muy duras de calle el organismo, aunque esté muy “**tocado**”, también elabora unas defensas que otros, rodeados de comodidades y cuidados no tenemos... ¡Ahí lo dejo...!

Hubo que replantear todo, absolutamente todo para “**re-organizarlo**”. Hasta las normas más “**sagradas**” tuvieron que “**vestirse**” con otros colores y tuvimos que tomar decisiones de cambio de organización.

Casi día a día, el Equipo Técnico y Comité de Dirección actualizábamos las normas y decisiones; se incrementaron las múltiples reuniones “**On Line**” con muy diversos colectivos; algunos trabajadores (muy pocos) se pudieron acoger al trabajo “**a distancia**”. Incluso nuestro gran y valioso grupo de voluntariado (en aquel momento casi unas 80 personas) quedó mermando y representado en 3 personas...

Todo, todo, absolutamente todo nos hablaba de un gran cambio vivencial y, desde luego, siempre con temor.

Las mascarillas, hasta entonces casi ignoradas y ridiculizadas comenzaron a tener que ser nuestras compañeras diarias (hasta el momento de escribir este artículo conservamos esa norma dentro del Centro).

Muchas tardes y noches me asomaba desde nuestros muros hacia el exterior buscando con ansia restos, indicios de humanidad viviente pero sólo me contestaba un profundo silencio y un paisaje que casi hablaba de dolor, interrogantes y mucha muerte... (nuestros “**vecinos**” más próximos son los habitantes de la Residencia de Ancianos donde, en el mes de abril de 2020 murieron más de 90 ancianos).

Confieso que yo que soy muy poco deportista. Pues llegué a hacer en esa época un Maratón Virtual para recaudar fondos de ayuda a víctimas de Covid. 750 m tenemos de muro...así que sólo había que organizarse y dar vueltas y vueltas...hasta conseguir la marca propuesta...

En aquellos días recuerdo una explosión que sí nos contagió a todos... De repente fueron apareciendo tímidamente a distintas horas del día jóvenes, familias, asociaciones, empresarios... todos ellos en alguna medida “**afectados**” por las consecuencias económicas y/o sociales de las medidas restrictivas que se acercaban a nosotros con donaciones de todo tipo: fábrica de jabones artesanos, hoteles y restaurantes que en esos primeros días nos traían lo que tenían en sus despensas y cámaras frigoríficas, empresa de elaboración de ensaladas gourmet, jóvenes recogiendo dinero para hacer compras de alimentos, familias que al ir a la compra de paso se acercaban al albergue con parte de esa compra, las primeras mascarillas artesanas, las pantallas “**de diseño**” con plásticos de carpetas, etc...

Todo ello provocó en no pocas ocasiones emociones y lágrimas en distintas horas del día proclamando que, junto al contagio del virus y muy en paralelo estaba el otro virus; el de la solidaridad y el pensar en los más desfavorecidos en esas situaciones nuevas para todos. Algún chaval, de noche me llegó a confesar que

“**Cuando dijeron que todos teníamos que quedarnos encerrados en nuestras casas, pensó ¿y los que no tienen casa?**”...

En el día a día del Centro durante el estado de “**encerramiento**” hubo que inventar diversas dinámicas: desde convocar certámenes de relatos escritos acerca del virus que titulamos:

“**Escribimos lo que vivimos, vivimos lo que escribimos**”

para escribir lo que podría ser nuestro Testamento; recordar por escrito las cuestiones más sobresalientes de nuestra historia personal, dejar constancia por escrito para la posteridad de algo por lo que nos gustaría ser recordados, etc....

Aumentaron las tareas, desde el Centro, pensando en todos: Equipos de limpieza de tiradores de puerta y barandillas, recogida de cartones, reposición de distribuidores de hidrogel, separación de asientos comunes, cambio de horarios en comidas, distribución para el comedor en dos grupos para estar más separados en las mesas...

Recuerdo que, cuando se fueron levantando las medidas de confinamiento y se nos fueron “**concediendo**” unas horas concretas para circular por la calle, personalmente, esperaba como un niño las 22.00 horas para salir escopetado por el barrio y, todos los días, encontrarme con las mismas personas en las mismas direcciones (como autómatas) para cumplir y disfrutar esa hora de liberación... Todavía hoy me resulta grotesco.

La ubicación de nuestro Centro en el barrio facilita que, con un gran desnivel del terreno, las viviendas posteriores al edificio puedan ver en perspectiva toda la superficie de la casa. Muchas noches pensaba: ellos son los ricos...tienen

LH n.334

gimnasios, que no pueden utilizar; jardines infantiles que tampoco pueden utilizar y nosotros somos los pobres... que no paramos de dar vueltas por nuestro amplio, hermoso y florido jardín “nos van a denunciar”

En fin, son infinidad de experiencias: charlas nocturnas de trascendencia, solidaridad entre todos; calmar crisis de ansiedad y trastornos de todo tipo; establecer desde trabajo social una cadena de compra, traslado y distribución del oro esperado por todos: el tabaco... con todo lo que éste moviliza...

En todo momento, por otra parte, quisiera destacar la gran respuesta de todos los trabajadores para “empujar” la maquinaria del día a día. Asimismo, todas las personas que nos atendieron sanitariamente han sido cercanas, rápidas y facilitadoras. No así toda la maquinaria de burocracia oficial que casi por horas nos llenaba de correos modificando todas las normativas que acababan de llegar y superponiéndose con otras nuevas que ya llegaban a nuestras bandejas de correo. Muchos días era imposible combinar la actividad del día a día con la lectura, procesamiento y traducción de normas a nuestra realidad... Gran experiencia humana de soledad, lejanía, solidaridad, interrogantes, respuestas, miradas, sorpresas, temores... que llegaron a su culmen con nuestra recordada Filomena: la gran nevada de aquel viernes que comenzaba pintoresca y agradable terminaba en una enorme pesadilla que, de nuevo, provocó nuestra reacción solidaria entre todos abriendo caminos de distribución necesarios en la casa, así como reparto de palas y esfuerzos denodados de todos.

Parece ser una vez más que se confirma que, en las dificultades el ser humano se crece... Esta ha sido mi/nuestra experiencia que, aun hoy, sigue marcando un antes y un después de tal forma que, al relatar, recordar o querer subrayar algo queda la expresión ¿antes o después de la pandemia? Por todo ello sigo manteniendo y proclamando sin cansarme: ¡Estamos Vivos!

06/4 Reflexiones sobre la Covid-19 en el Albergue San Juan de Dios de Madrid.

Ubaldo Feito Pinela O.H.

Director.

Albergue San Juan de Dios. Madrid.

Cuando se nos pidió una reflexión sobre cómo se vivió en este Centro de acogida dedicado a personas sin hogar y a inmigración vulnerable, la pandemia causada por la Covid-19, lo primero que viene a la cabeza es simplemente olvidar esa temporada, pero no sería adecuado hacerlo. Olvidar, en unas ocasiones es bueno, pero en otras no conviene.

Nuestra sociedad actual no conocía algo que ha estado presente a lo largo de toda la historia de

la humanidad, como han sido las crisis sanitarias que, periódicamente, han ido mermando a la población, afectando profundamente a todas las estructuras del tejido social y, por supuesto, al bienestar deseado de desarrollo de toda persona humana. Se nos olvidó que la separación entre la vida y la muerte es una línea invisible que se puede cruzar sin aviso previo en muy poco tiempo.

Creemos que no se trata de hacer un relato de lo sucedido, solamente señalar algunas experiencias sobre esa temporada, especialmente, los momentos críticos que se produjeron durante los tres primeros meses desde que se decretó el primer estado de alarma el 14 de marzo de 2020 y sus prórrogas sucesivas hasta el 21 de junio.

Conocedores de lo que suponía una declaración de este tipo se informó a los usuarios de las consecuencias de la misma. Un grupo de personas optaron por buscarse por sí mismas otras soluciones habitacionales para no tener que estar confinadas en el Albergue. Esta decisión nos proporcionó la posibilidad de organizar una unidad de aislamiento tanto para los positivos como para el seguimiento de los contactos estrechos.

Queremos recordar que el primer positivo se registró el día 4 de marzo y que necesitó cuidados intensivos, afortunadamente se salvó. Durante todo el tiempo del confinamiento solo tuvimos diagnosticadas 14 personas positivas con síntomas leves. El resto de los casos positivos registrados hasta la fecha de esta publicación han sido 50 personas.

Tuvimos que prescindir del voluntariado por su propia seguridad, y progresivamente la mitad de la plantilla laboral sufrió el contagio, lo que supuso un trastorno muy grande en la asistencia diaria. Hubo turnos de trabajo con dos personas y otros con tres personas en un Centro ya de por sí con mínimos de personal. En todo momento la actitud del personal fue admirable puesto que se convirtió en personal polivalente y multifuncional. Contratar profesionales en aquellos mo-

mentos era imposible, y mucho más encontrar personal de enfermería.

Los usuarios tomaron conciencia más que nunca que este Centro era su hogar y se prestaron libremente a colaborar con las tareas cotidianas. Implantamos un modelo de autogestión que funcionó, de lo contrario hubiera sido inviable la asistencia.

El interés y las ayudas por parte de las Administraciones públicas fueron nulas. Los centros hospitalarios y las residencias de tercera edad coparon toda la atención, como por otra parte, era lógico.

Pero los Centros de tipo social dedicados a otros colectivos fuimos ignorados durante el primer mes y medio del confinamiento. Pasaba el tiempo y solamente el SAMUR Social nos hacía llegar algo de material de protección. Cabe señalar que la apertura de un pabellón en IFEMA para personas sin hogar alivió en gran parte la situación de este colectivo.

Mientras tanto se decretaba legislación todos los días que llegaba de forma telemática, algunas veces con directrices contradictorias tanto desde las autoridades sanitarias como sociales. Todas las demandas de información diarias se enviaban en tiempo y en forma, y nunca hubo ni contestación ni acuse de recibo.

Era continuo el cambio de protocolos que tenían que ser implantados en cada actuación correspondiente. Tuvimos una visita de la UME que felicitó al Centro por la forma de llevar la Unidad de aislamiento, la zonificación, la señalización, la protocolización y la implantación de las medidas de prevención, pero la promesa de enviarnos todas las semanas un equipo completo de material de protección jamás se llevó a efecto.

Más tarde empezaron a llegar los test de antígenos y las evacuaciones a hoteles medicalizados que supusieron un cierto alivio. Cuando empezamos a vacunar a todos los residentes el 27 de mayo de 2021 empezamos a ser conscientes de todo lo

sufrido y a darnos cuenta de toda la incertidumbre, ansiedad e inseguridad que se puede llegar a vivir en una situación de estas características.

Todas las semanas nos conectábamos por video conferencia los Centros de Madrid dedicados a esta población marginada con el SAMUR Social. En esos momentos podíamos compartir dudas, experiencias, esperanzas y conocer de primera mano lo que nos afectaba a nuestro sector en cada uno de los dispositivos de atención.

Hay que reconocer que hubo personas anónimas y ajenas al Albergue que nos hicieron llegar sus aportaciones y ayudas con gestos entrañables e inolvidables, porque entendían que pasábamos una situación difícil. Un médico del [Hospital Severo Ochoa](#) que solo conocía el Albergue por referencias se puso a nuestra disposición las veinticuatro horas del día para asesorarnos en cualquier consulta y mandó una furgoneta de ayuda humanitaria.

Una asociación de vecinas del barrio se organizó para hacernos llegar grandes cantidades de bizcochos caseros de todo tipo para intentar que tuvieran un estímulo los residentes a la hora del desayuno, y así otros tantos casos de expresión de solidaridad que nace no solamente de un deber cívico, sino de un profundo sentimiento que demuestra la calidad humana de quien la práctica.

La autosuficiencia del hombre contemporáneo salió hecha añicos por los aires en momentos de esta inesperada crisis desconocida bañada en dolor e impotencia. No se podían concebir las calles de Madrid, vacías y transitadas por los pocos coches de trabajadores de servicios esenciales, y un continuo trasiego de coches funerarios y ambulancias. EL ruido típico de fondo de las ciudades enmudeció. Por eso, a veces, no es bueno olvidar.



LH n.334

06/5

Y de repente un día todo cambió, me cambió, nos cambió.

Joana Gutiérrez García,
Enfermera de cuidados paliativos
Hospital Fundación San José. Madrid

El 14 de marzo de 2020 se declara el estado de alarma en España debido a la crisis sanitaria ocasionada por el coronavirus con gran capacidad de contagio obligando al confinamiento de la población. Hasta ese momento recuerdo las noches con mis compañeras llenas de conversaciones, de buen humor, cenando juntas, trabajo en equipo interaccionando con los pacientes, sus historias sus familias...eran como mi otra familia. Y de repente un día todo cambió, me cambió, nos cambió.

Sufrimos mucho, a veces demasiado. Las noches eran estresantes, sin parar con lo que encontrábamos para protegernos. Se acabó interaccionar con los pacientes, cogérles de la mano cuando tenían

esas caras de terror aun imposibles de olvidar. No podíamos cuidar igual, había un distanciamiento físico y visual, entrábamos a las habitaciones lo necesario con la incomodidad de nuestros nuevos uniformes que impedían cualquier contacto humano en esos momentos de tanto miedo y soledad.

Intentar trabajar, pero acabar mareándote por el calor que pasábamos con los EPIS, quitártelo y estar empapado en sudor. Nos cambiábamos y nos sentábamos, pero ya no cenábamos igual, las conversaciones no eran amenas, a veces sin hablar rellenábamos nuestros registros al ordenador y es que la mezcla de emociones era tan intensa y opuestas que agotaban.

Éramos unos supuestos héroes que entrábamos con tanto miedo a no saber que íbamos a encontrar. Unos valientes que al empezar o terminar cada turno nos enterábamos de más compañeros contagiados, qué hacer para no caer pues no lo sabíamos. Todo eran incertidumbre y falta de control. Todas las mañanas volvía a casa derrotada, pensaba “**hoy me he contagiado**”, y me daba miedo y/o pánico contagiar a los míos, llegaba me duchaba y se me pasaba un poco. Me metía en la cama a descansar, pero las imágenes pasaban por mi cabeza sin entender por qué alguien que aparentemente estaba bien, volvías a pasar y había fallecido, la cara de alguien que de repente le faltaba el aire y se ahogaba, la acumulación de fallecidos, unidades limpias que en menos de 24h todos muy malos... desde entonces somos muchos y me incluyo que no hemos vuelto a dormir igual.

El covid será una enfermedad infecciosa como una gripe, pero el estigma la incertidumbre, el miedo, le proporciona connotaciones demasiado negativas y potentes. Sin embargo, no puedo terminar sin resaltar dos cosas positivas el gran compañerismo de todos que hacen que sea un orgullo pertenecer a una profesión como es la enfermería y destacar también la generosidad, la comprensión y el apoyo de los pacientes, de esas personas tan agradecidas que estaban al otro lado de la cama y seguramente con más miedo que nosotros y en soledad.

06/6

Experiencia personal Covid-19: primera ola en el centro San Juan de Dios de Ciempozuelos.

Nubia Ordóñez Peñafiel,
Médico del Área de Discapacidad
Centro San Juan de Dios.
Ciempozuelos (Madrid).

Todo comenzó un 5 de marzo del año 2020, aparentemente tranquilo y con la ilusión puesta en la preparación de la Festividad de Nuestro Patrón, San Juan de Dios. Nada más lejos de la realidad.

Tras un clima de incertidumbre a nivel nacional y tras la reunión del **Comité de Dirección del Centro y de la Junta directiva de la Hermandad de San Juan de Dios**, se tomaron varias medidas, como: la suspensión de la festividad de Nuestro Patrón y todos los actos relacionados con ella, así como la restricción de visitas y salidas de residentes de nuestro Centro.

El objetivo estaba claro: **el bienestar de nuestros residentes**. Al principio, no entendíamos nada, suspensión de la procesión, de salidas y visitas, anulación de las consultas, era la primera vez que se producía un hecho así.

Mi opinión personal, que coincide con el sentir general, es que las medidas aplicadas aquellos días (**con la información que se tenía**) fueron, por parte de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, una de las decisiones más acertadas.

Se respiraba un aroma de tristeza, miedo, ansiedad, incertidumbre... ya que todos conocemos la vulnerabilidad de nuestros residentes y la dificultad para aceptar medidas tan restrictivas. Se hizo un amplio despliegue telefónico para informar a las familias (algunas no las entendieron, significaba no ver a sus familiares y generaba mucha angustia).

La COVID-19 en aquel momento, una enfermedad desconocida, causada por el SARS Cov2 un nuevo virus que produce una alta mortalidad. Se convirtió en una pandemia. Se define pandemia a

“Una enfermedad epidémica que se extiende a muchos países o que ataca a casi todos los individuos de una localidad o región”

LH n.334

Para hacer frente a la pandemia, se creó la Comisión Covid-19, integrada por: el Comité de Dirección, Coordinador médico, Coordinadores de enfermería y médicos internistas de las unidades afectadas. Por consiguiente, La Comisión se convirtió en el vehículo vertebrador y organizador de todas las estrategias y decisiones tomadas en reuniones permanentes.

El día 10 de marzo se confirmó el diagnóstico COVID19 en un paciente trasladado al [Hospital Infanta Elena \(Valdemoro\)](#). Nuestro hospital de referencia y donde había comenzado uno de los grandes brotes de la Comunidad de Madrid. El virus había llegado al Centro...

De forma casi simultánea y siendo unidades tan diferentes, se vieron afectadas una unidad de Salud Mental y otra unidad de Personas con Discapacidad (moderada y grave). Fue el momento en el que todo el personal del Centro se volcó con sus residentes y en el que, la palabra Hospitalidad se acentuó más que nunca. A partir de aquí no existieron roles de trabajo, todos y cada uno de los trabajadores de este Centro, se emplearon con un mismo objetivo, la salud y bienestar del paciente.

Dadas las circunstancias, con nuestro hospital de referencia colapsado, se dio un curso acelerado para la colocación del [EPI \(Equipo de Protección Individual\)](#). El uso diario de mascarillas se volvió imprescindible y se crearon zonas de aislamiento. Debido a la escasez de EPIs, por iniciativa de la Comisión Covid, fuimos pioneros en la optimización de las mascarillas [FFP2](#) y [FFP3](#) y se confeccionaron unas batas impermeables por parte de las costureras.

El tratamiento que recibieron nuestros pacientes se realizó según las directrices y protocolos disponibles en cada momento, derivando a los casos más graves.

En la unidad de personas con discapacidad intelectual (San Luis), y probablemente por las características de los residentes, tuvimos alrededor de 50 casos, de un total de 110 residentes que

viven en esa unidad. Para poder mejorar los cuidados y prevenir contagios, se decidió trasladar a un grupo de 16 residentes sanos, a una nueva unidad que se acababa de inaugurar pero aún no tenía usuarios residiendo en ella. Este cambio para nuestros residentes fue algo novedoso, los primeros días todo era placentero con risas y juegos. A la semana en ese módulo se inició un nuevo brote.

El desánimo, la tristeza y la desesperanza llegaron, por lo que la Comisión Covid, tomó la decisión de aislar en salas comunes, lo que actualmente se conocen como “aulas burbuja”. Fue algo extraordinario ver la sonrisa y felicidad de los pacientes al reencontrarse con sus compañeros.

No nos imaginábamos lo que vendría después. El centro San Juan de Dios acogió a pacientes del Hospital 12 de octubre que por encontrarse saturado no podía ingresar a más pacientes. Se abrió el único módulo disponible en la Nueva Unidad -Antón Martín- con todo lo que supone empezar una unidad desde cero. Tras cuatro semanas ingresados, fueron dados de alta. Además de irse recuperados, se fueron encantados y muy agradecidos con el personal que les atendió de manera integral.

Otra unidad de personas con discapacidad (Fray Pedro Rivas), en este caso, pacientes muy vulnerables y de edad avanzada (mayores de 65 años) llegó a tener en aislamiento a 30 pacientes. Aquí ya se conocía un poco más el virus y se disponía en el centro de pruebas [PCR](#). Le siguió el brote en otra unidad, San Ricardo Pampuri, con residentes de discapacidad intelectual grave, con disconductas y patologías asociadas con dificultad para el manejo. Se podría pensar que era misión imposible controlar ese brote y los aislamientos. ¿Imposible? No, para nuestro Centro, que puso a disposición de los pacientes innumerables recursos tanto materiales como humanos.

Tras las unidades de personas con discapacidad, el virus se extendió a la población de psicoge-

riatría y a la unidad de pacientes más frágiles de salud; lo que llamamos la enfermería del centro. La posibilidad de trasladar al edificio nuevo, con grandes comodidades y bien dotado de recursos, facilitó el cuidado de estas personas.

El trabajo realizado fue dando sus frutos y de forma gradual las unidades que primero se vieron afectadas, se iban quedando libres de Covid.

Fueron tres largos meses, de la primera ola, en los que no se escatimaron esfuerzos, incluso llegando algunos compañeros a enfermar. Fueron días en los que se dobló turnos, semanas sin libranzas, salir después de la jornada laboral. Recompensados por el cariño y alegría de nuestros pacientes que con su capacidad de adaptación a pesar de las circunstancias nos dieron verdaderas lecciones de vida y resiliencia.

No podemos olvidar a quienes ya no están con nosotros. Procuramos dar cuidado, consuelo, compañía, apoyo hasta el último momento. Y acompañar a la familia en estos duelos tan difíciles.

Todo pudo ser mucho mejor de lo que podía plantear gracias a todo el personal del Centro San Juan de Dios de Ciempozuelos (Madrid).

06/7

Experiencia en la Clínica Nuestra Señora de la Paz

Roberto Izquierdo García,
Coordinador de Enfermería.
Clínica Nuestra Señora de La Paz. Madrid.

En la **Clínica Nuestra Señora de la Paz** las cosas no han ido del todo mal. O por lo menos, eso es lo que se me viene a la cabeza, si echo la vista atrás, analizando todo lo sucedido.

En los comienzos de la pandemia, puntualmente, tuvimos ingresados algunos pacientes con Covid-19, pero nuestra principal función fue la de colaborar con la **Dirección General de Salud Pública de la Comunidad de Madrid**.

La Clínica se convirtió en la unidad de ingreso de las áreas de psiquiatría del **Hospital Universitario Príncipe de Asturias** de Alcalá de Henares y del **Hospital Universitario La Princesa**.

Esta colaboración, permitió a estos hospitales, disponer de más espacio en sus instalaciones para poder atender los casos más graves de infección por Covid-19.

Además, continuamos siendo la Unidad de referencia de Psiquiatría para las urgencias y el ingreso psiquiátrico del **Hospital Universitario** de Torrejón de Ardoz. Nuestra Unidad de Atención Infantojuvenil continuó su actividad y para paliar el distanciamiento de nuestros pacientes con sus familiares, se hicieron video llamadas diarias para que, los pacientes ingresados, pudieran seguir conectados con sus familiares. Todo ello, sin dejar de atender las consultas, las unidades de adicciones y nuestros centros de día de una forma constante e individual de forma telefónica y telemática.

La Clínica Nuestra Señora de la Paz también colaboró con la cesión de equipos, como es el caso, de la cesión de nuestro respirador al **Hospital Clínico San Carlos**.

Escrito así de resumido, parece que fue todo algo muy sencillo, pero no, sencillo no hubo nada. Coordinar los diferentes equipos de la Clínica; gestionar las plantillas; buscar personal para suplir las bajas del personal que enfermaba; reforzar los turnos en los momentos más críticos; gestionar de la manera más adecuada posible el escaso material de protección que en los primeros momentos teníamos.

No miento si digo que había momentos en los que el cuerpo me pedía salir corriendo. En varias ocasiones lo pensé. Pensé que hasta aquí había llegado, que no podía con una situación de caos de tal calibre. Cuando las dudas me asaltaban me paraba a mirar al resto de compañeros. Veía su miedo, como el mío, como el que teníamos todos ante lo desconocido. Veía su preocupación por los familiares y seres queridos, igual que la que sentía yo. Pero también veía en ellos su implicación, su dedicación.

Veía que no bajaban los brazos, que asumían el reto que se nos venía encima y ante el que necesitaban una referencia para seguir, para salir adelante. De ahí saqué las fuerzas. Del trabajo

diario con nuestros pacientes, de su dedicación para ellos, del entusiasmo por salir de este reto. De ahí saqué personalmente las fuerzas necesarias para poner mi granito de arena en que todo fuera saliendo bien.

Fueron momentos muy duros para el país y en especial para los enfermos, sus familiares y los profesionales sanitarios. A lo largo de toda la pandemia, en la Clínica hemos sufrido todas las olas, teniendo a varios compañeros que cayeron enfermos. Dar las gracias a todos los profesionales que siguen dando la batalla día a día, darles las gracias por su entrega, dedicación y disponibilidad.

Gracias de corazón a todos los que se ofrecen, los que quieren ayudar, los que suman. Con esa actitud hacéis que las cosas sean más fáciles. Todos los equipos multiprofesionales de la Clínica han trabajado de forma excepcional, conscientes del momento crucial que estamos viviendo, conscientes de que este virus lo paramos unidos, concienciados de que la Hospitalidad es invencible. Es el momento de llevar la Hospitalidad a su máxima expresión porque la sociedad nos necesita.

A veces he tenido la sensación de estar viviendo una película. Parece que lo que nos está pasando es un sueño. Tengo la sensación de que de un momento a otro esta pesadilla pasará y volveremos a la **“vida normal”**, la vida que veníamos disfrutando con anterioridad a este virus. Pero no, ni es un sueño, ni una película catastrofista.

Es real, muy real todo lo que nos está pasando. Este virus nos ha golpeado a todos. Recordar desde aquí a los que por esta enfermedad nos han dejado. Recordar también a sus familiares que, en muchos casos, no han podido despedirse como querían de sus seres queridos. Siendo esta una situación especialmente anormal, ya que nadie antes se había enfrentado a una cosa así, se pueden sacar muchas cosas positivas.

Destacar el compromiso de todos los miembros de la familia hospitalaria que no han escatima-

do esfuerzos a la hora de arrimar el hombro y ayudar. Destacar la unidad que ha mantenido todo equipo adaptándose a las situaciones, según iban viniendo, y trabajando en equipo más que nunca.

La madurez que han demostrado todos los profesionales de la clínica, dando un paso adelante, sabedores de que este era su momento. El sacrificio que han hecho en esfuerzos, turnos ofreciéndose para facilitar las cosas en las dificultades. No puedo estar más orgulloso de todos ellos. Me faltan palabras para darles las gracias a todos.

06/8

A través de nuestra mirada.

Carolina Muñoz de la Cruz,
Enfermera psiquiatría.
Clínica Nuestra Señora de la Paz.
Madrid.

Han pasado más de dos años desde que comenzó todo y seguimos pensando en ese periodo de tiempo como extraño y cercano, pero a la vez lejano. Las tareas enfermeras de nuestro día a día hace que olvidemos a veces esos momentos desagradables que vivimos ante nuestras miradas incrédulas.

A pesar de ello no olvidamos, y cuando recordamos nos suceden imágenes de aquellos días de interminables jornadas de trabajo más unidos si cabe que nunca, porque si de verdad hemos aprendido algo, es que en los momentos difíciles nos ayudamos los unos a los otros no importando nada más.

Empezamos siendo escépticos al escenario que se nos presentaba, no disponíamos de mucha información sobre el virus e intentábamos muchas veces entre nosotros los enfermeros darle sentido a algunas cosas, desterrando con lógica ideas de cómo se transmitía el virus, (no todo lo que decían los medios ni las redes era creíble), teníamos información suficiente sobre otros virus y nos negábamos a creer algunos tiempos y formas de contagio, esto lo hemos mantenido hasta ahora y no estábamos equivocados, eso sí, al comienzo de la pandemia no sabíamos dónde se encontraba el límite entre intentar no alarmar a los pacientes que acudían a urgencias, y ser cautelosos manteniendo la protección adecuada, debíamos cuidarnos porque no estábamos seguros de cómo iban a ir transcurriendo los acontecimientos.

Al principio disponíamos de escaso material y además de protegernos con el que nos proporcionaba la clínica, utilizamos el que nos ofrecían padres de compañeros y empresas externas, que nada tenían que ver con nuestro trabajo pero que nos fue de verdadera ayuda y que desde aquí aprovechamos para agradecer enormemente.

Esos días fueron intensos, afrontábamos jornadas de trabajo que para nosotros que nos dedicamos a la salud mental eran inusuales y que para nada estábamos acostumbrados.

Empezábamos nuestra jornada a las 8:00 am vestidos con el tan incómodo EPI (equipos de protección individual) y no podíamos parar hasta terminar de atender y proporcionar todos los cuidados a todos los pacientes de seguido que presentaban el virus, para así optimizar recursos por falta de material y poder seguir con el resto de pacientes ingresados.

Y cómo si de un extraño fenómeno se tratase, los pacientes que habitualmente tratábamos con enfermedad mental que por sus patologías cursan a veces con estados de inquietud, alteraciones conductuales y de agresividad, mostrándose muy demandantes, nunca se portaron tan bien

y fueron tan benevolentes como en esa época, ya que veían el sacrificio, el cansancio y el esfuerzo de todo el personal sanitario.

Vivimos esos momentos con incertidumbre, con miedo a volver a casa y poder contagiar a nuestras familias, pero sin miedo y sin temor a enfrentarnos al virus día a día. No digo que en algunos momentos no tuviéramos miedo, pero primaba por encima de todo y era más importante que el paciente no empeorase y no estuviera sólo.

Se debía de tener en cuenta que luchábamos contra el hándicap de pacientes que presentaban algún trastorno mental además de haber contraído el virus, por lo que se hacía más difícil que permanecieran aislados en sus habitaciones.

Actualmente continuamos en alerta con la mirada dirigida hacia un futuro incierto y aunque hemos aprendido a manejarnos y a tratar el SARS-CoV-2 como un virus que ha venido para quedarse, tenemos cierta inquietud al pensar que puedan venir situaciones similares a la que hemos vivido, no sé si volveríamos a tener esa fuerza y ese empuje para afrontar y ver de nuevo ese sufrimiento ajeno, pero que en cualquier momento nos podía tocar a cualquiera.

No obstante, a pesar de todas las muertes acontecidas, el ser humano ha demostrado que es imparable y no permanece inmóvil ante cualquier situación difícil, aunque si bien es cierto, los momentos vividos de unión, solidaridad y cariño hicieron que el ánimo no flojease y que siguiéramos adelante paso a paso y día a día sin pensar a donde podíamos llegar y si había en algún momento un final próximo o lejano.

Ahora hemos podido saber que muchos de nuestros compañeros al final del camino tuvieron que apartarse y pedir ayuda para ser atendidos por todo lo que vieron a través de sus miradas.

06/9

Retos y oportunidades en la gestión social de una pandemia. La experiencia de Sant Joan de Déu Serveis Socials Barcelona.

Francesc Pous,
 Director Centro Residencial de Inclusión Hort de la Vila.
 Sant Joan de Déu Serveis Socials Barcelona.

1/

Estalla la crisis.

La noche del 14 de marzo de 2020 entró en vigor el estado de alarma en España, por el que toda la población quedaba confinada en sus hogares con el objetivo de limitar los contagios a consecuencia de la pandemia por COVID-19. Pero, ¿cómo confinarte si no tienes casa? En Barcelona, más de mil personas en situación sin hogar se encontraron en esta tesitura.

Durante los siguientes meses, en la ciudad condal, las personas atendidas en muchos de los recursos de atención ya existentes sufrieron un gran número de contagios, lo que obligó a reducir la capacidad de atención residencial de los centros. Aquí llegó el primer aprendizaje que nos dejaba el Coronavirus, los recursos que disponían de habitaciones individuales y no colectivas estaban más preparados para hacer frente a la pandemia. Ante un panorama tan crítico, se articularon diferentes dispositivos de emergencia en la ciudad, tanto sociales como sanitarios.

2/

Nos ponemos en marcha.

En marzo de 2020, **Sant Joan de Déu Serveis Socials** acordó con el **Ayuntamiento de Barcelona** la habilitación de 27 plazas de emergencia en el centro de Hort de la Vila, para poder atender a personas derivadas de la **XAPSL** (siglas en catalán de la red de atención a **Personas Sin Hogar** de la ciudad de Barcelona, integrada por el Ayuntamiento y 33 entidades sociales) que necesitaran realizar un confinamiento preventivo y/o por resultado positivo en COVID-19.

Para ello, se habilitaron 27 plazas de atención en un ala aislada del resto del recurso y que permitía el acceso de las personas por entradas diferenciadas.

En tiempo récord, se prepararon habitaciones individuales, que permitieran el aislamiento y garantizar unas condiciones dignas a las personas que allí se alojarían. Se preparó todo el equipamiento necesario (camas, armarios, mesas, etc.). Se establecieron detallados protocolos de atención e intervención.

Se articuló un nuevo circuito de derivaciones, accesos y coordinación. Se reforzó al equipo de atención incorporando personal con formación básica sanitaria para el seguimiento de la sintomatología. Se estableció una alianza para el seguimiento de casos y pruebas de detección entre el equipo de atención primaria de referencia del centro de Hort de la Vila (EAP Sarrià) y el Hospital Materno Infantil de Sant Joan de Déu.

Se articularon sistemas de atención a necesidades básicas como alimentación, vestimenta, lavandería, higiene personal, gestión de residuos, etc... Para el soporte en la nueva gestión solicitamos la colaboración de otros centros de la Orden como la Fundación de Atención a la Dependencia, y el centro especial de empleo Intecserveis.

3/

Tendemos a las primeras personas.

El 23 de marzo de 2020, 9 días después de la entrada en vigor del estado de alarma, el primer residente llegaba a nuestro recurso específico para confinarse. Entre marzo de 2020 y abril de 2022 harían lo mismo un total de 629 personas.

4/

Una etapa de grandes retos.

El reto era enorme y se hacía necesaria una intervención que combinara el ámbito sanitario y el social. Los recursos específicos de atención sanitaria no estaban preparados para atender a población en riesgo de exclusión y los recursos sociales no lo estaban para ofrecer atención sanitaria tan específica.

Los hoteles salud, por ejemplo, no tenían recursos suficientes para atender a personas con dificultades en el autocuidado, que presentaran consumos activos, patologías de salud mental, etc. A su vez, los centros de primera acogida no disponían de infraestructuras para realizar confinamientos y seguimiento de sintomatología.

Era necesaria la colaboración aprovechando el conocimiento experto de cada ámbito, el social y el sanitario. En nuestro caso, la combinación con el conocimiento sanitario resultó todo un éxito, únicamente posible gracias al esfuerzo de coordinación y colaboración entre los profesionales de ambos servicios. Otra de las grandes lecciones aprendidas.

Un reto distinto fue el que afrontaron las personas confinadas. A la incertidumbre sobre su estado de salud, debían sumar otro factor no menos importante, la soledad no deseada; especialmente en las primeras olas, donde los periodos mínimos de confinamiento eran de 15 días. Un factor difícil de gestionar y que calaba profundamente en las personas que atendíamos. Estas debían afrontar días o semanas en un lugar desconocido, sin poder relacionarse, sin contacto, donde el tiempo pasaba lentamente.

Veíamos como se desesperaban. No comprendían o negaban la necesidad del aislamiento y el

LH n.334

riesgo de abandonar crecía exponencialmente. La ocupación del tiempo y permitir el contacto telemático con familiares o conocidos pasó a ser casi tan importante como el seguimiento de la sintomatología.

Para todo ello se amplió la señal wifi del recurso, se destinaron tablets y portátiles para permitir el contacto con sus seres queridos y familiares o realizar tramitaciones pendientes, se articuló un sistema de entrega de libros y juegos, se estableció un sistema de contacto telefónico para ofrecer soporte y contención emocional y se aumentó la presencia de profesionales en la zona de confinamiento.

Gracias a estas medidas, personas como Juan pudieron mantener itinerarios formativos online del que dependía una posible contratación laboral y Mohamed pudo realizar una videoconferencia con su familia a la que hacía meses no veía.

La experiencia fue agotadora pero también un gran aprendizaje para los profesionales que pudimos estar presentes. Los profesionales de San Juan de Dios pusieron en práctica el valor de la hospitalidad de una manera ejemplar.

5/

El futuro de un nuevo sistema de atención social y sanitaria.

El sistema de atención social y sanitario no volverá a ser el mismo y la combinación de ambas miradas son el futuro. Algunas de las lecciones aprendidas ya empiezan a tener consecuencias: la gran mayoría de centros residenciales de atención a personas en situación sin hogar de la

ciudad están planteándose cambios en sus infraestructuras (algunos ya con obras iniciadas), que permitan una atención más individualizada; las alianzas establecidas entre los recursos sanitarios y los sociales han generado nuevas sinergias y espacios de colaboración y se está trabajando ya para incorporar ambas miradas en los centros residenciales.

Si bien la pandemia ha impactado duramente en la vida de todos, esta nos ha permitido abrir o evidenciar oportunidades y nuevas formas de atender a las personas. Obtenemos grandes lecciones, grandes aprendizajes y de nosotros depende que ni éstos, ni los dos años vividos, caigan en el olvido.



06/10

Caminar en tiempos de pandemia.

Ana Maria Pollo,

Madre de residente del área de personas con Discapacidad. Centro San Juan de Dios. Ciempozuelos (Madrid).

Si hace tres años me dicen que nos va a visitar un personajillo, procedente de China, que va a cambiar la vida a los habitantes de todo el planeta, hubiera pensado que era una broma y me pondría a buscar la cámara oculta por todos lados, pero, lo cierto es que muy pronto, me iba a cerciorar que, verdaderamente, por muy surrealista que pueda parecer, comenzarían a ocurrir cosas extrañas a nuestra vida cotidiana.

El personajillo en cuestión, ya estaba preparando su equipaje en China, llenándolo de enfermedad, muerte y desolación, y se disponía a repartirlo a su antojo, de manera aleatoria entre todos los habitantes de la tierra.

A tan macabro equipaje, los investigadores le pusieron un nombre: COVID-19 y tuvimos que comenzar a familiarizarnos con él. Si bien, el inicio de la enfermedad se data en China, el 31 de diciembre de 2019, el primer caso en nuestro país es de 31 de enero de 2020 y, el primer fallecido, el 13 de febrero del mismo año.

A partir de estas fechas, una cascada de enfermos y muertos todos los días, debiendo resaltar que, el día más negro en España, fue el 1 de abril de 2020, con 950 fallecidos. Mientras tanto, las autoridades se tuvieron que poner a dictar normas, restricciones y consejos, dando un poco palos de ciego, sin conocer la naturaleza de este predador, cosa que, a día de hoy, sigue ocurriendo de alguna manera.

Procedieron a tomar una medida drástica con el fin de contener el mortal brote que nos estaba atacando y llegó el confinamiento en los hogares, que duró del 14 de marzo de 2020 al 21 de junio del mismo año. El país se paralizó en seco y las ciudades y pueblos presentaban un aspecto fantasmagórico, La televisión nos informaba puntualmente del número de contagios y fallecimientos cada día.

Hasta aquí, la cronología de los hechos. Ahora expondré mi experiencia personal, sobre todo en lo que se refiere a mi papel como madre de un residente en el [Centro San Juan de Dios](#), de Ciempozuelos.

Si la separación de nuestros seres queridos sigue doliendo aun a sabiendas que son las mejores manos en las que podemos confiar a nuestros hijos, ahora se nos iba a sumar un plus de dolor con las medidas restrictivas que se avecinaban para poder realizar nuestras visitas habituales. Y lo peor es que creo que aún iba a ser más doloroso para ellos.

El Centro, que atiende a 1.200 residentes y está perfectamente organizado para ofrecer actividades las 24 horas del día, se tuvo que reinventar para adaptarse al COVID, limitando salidas, creando grupos burbuja, para tratar de evitar el

contacto físico, aunque no el aislamiento total. Suponía un reto más en el día a día, obedeciendo en todo momento a las autoridades sanitarias y, al mismo tiempo, teniendo atendidas e informadas a las familias.

Tras el confinamiento total, con mucha precaución y a cuentagotas, comenzarían las visitas, creo recordar que una vez a la semana y por una hora, pudiendo pasar un solo familiar, algo es algo, costaba trabajo, pero lo comprendíamos. Los encuentros con mi hijo tenían un sabor agrídulce. Llorábamos y reíamos, se hacía muy corto, pero lo exprimíamos al máximo, ya vendrían tiempos mejores, o queríamos creerlo.

Así, pasó casi un año y por fin llegó la Navidad. La alegría fue inmensa cuando nos permitieron traer nuestro hijo para pasar unos días en familia. Un miembro más iba a dar la bienvenida a nuestro hijo ya que en octubre de 2020 mi hija daba a luz al segundo de sus hijos, una inmensa alegría para nuestro hijo que sigue presumiendo de sobrinos ante todo el Centro.

Pero la Navidad nos iba a deparar otro hecho terrible. Nos contagiamos mi esposo y yo y, aunque yo lo acusé de manera leve, iba mejorando día a día, no así mi esposo, que empeoraba por momentos. El día de Reyes de 2021, se levantó desorientado, agarrándose a las paredes y musitando que se estaba muriendo; alarmada, telefoneé a mi hija, quien se presentó en casa y ocupándose de llevar a su padre a urgencias del [Hospital Ramón y Cajal](#). Allí se hicieron cargo de mi esposo y, automáticamente, le intubaron, induciéndole al coma y tumbado boca abajo, tal era la gravedad con la que ingresó. Posteriormente, hemos sabido que salieron a por mi hija para que entrara a “despedirse” para siempre de su padre, pero al ver que ella portaba a un recién nacido (estaba con su bebé), dicho protocolo no iba a ser posible y optaron por no decirle nada.

Una vez más, tuve que recurrir al personal cualificado del Centro de San Juan de Dios, pidiendo su colaboración en la difícil misión de comunicarle a mi hijo esta dolorosa situación.

Me consta que lo hicieron perfectamente, pero él, en algún momento, pudo oír que su papá estaba “entre la vida y la muerte” y así, me lo preguntó a mí, ante su incapacidad para poder comprender y asimilar estas duras palabras.

Comenzó entonces un largo calvario, esperando cada día, con ansia, la escueta información que nos facilitaban desde el hospital. Por supuesto, nada de visitas ni de llamadas telefónicas por nuestra parte. El camino fue pedregoso y muy especialmente en los primeros días en que, cuando parecía que mejoraba un poco, volvía a caer en picado y empeoraba otra vez, haciéndonos temer lo peor.

Siempre confiando en Dios y aceptando en todo momento su voluntad, un día se comenzó a ver un rayito de luz. Casi dos meses en la UCI, gran parte intubado y sedado; después, un tiempo en planta y al final, un mes en un [Centro de Rehabilitación de Guadarrama](#), donde debería recuperar fuerzas, no andaba, no comía, no hablaba, se trataba de comenzar de nuevo a vivir y... todo esto, a la edad de ochenta años.

Así comenzó una etapa más agradable y esperanzadora, mi hija y yo, en días alternos, íbamos a Ciempozuelos y a Guadarrama, para visitar, aunque solo fuera un pequeño ratito a mi hijo y a mi esposo. Gracias a Dios, el humor y el positivismo suelen acompañarme en mi vida y echaba mano de ello; le decía a mi hija: “Ya están haciendo su tarea, las “HH. Visitadoras de los pandémicos desamparados”.

Cuántas noches en vela, con el móvil debajo de la almohada, cuántos Rosarios desgranados, esperando siempre el milagro que... iba a llegar, sin duda. Si bien, en una fecha señalada, el día de Reyes, perdíamos a mi esposo, permitió el Señor que, otra fecha importante, el cumpleaños de mi hija, 30 de abril, volvía a casa sano y salvo. Hoy se encuentra bien y todos dando gracias a Dios sin descanso.

Deseo expresar mi agradecimiento eterno a todos y cada uno de los componentes del Centro San

LH n.334

Juan de Dios, por actuar, una vez más, como bálsamo para mis heridas más profundas. Y aunque, nada ha vuelto a ser como antes, el COVID sigue contagiando y matando a seres humanos, todo se ha mitigado en gran parte con la administración de las vacunas.

Hoy, como cada domingo antes de la pandemia, sacamos a mi hijo a comer al pueblo, recordando otros tiempos y brindando por estar todos juntos de nuevo.

Quiero citar un par de dichos que me hacen pensar. El primero, “**La vida es un valle de lágrimas**”, puede ser cierto en parte, pero igual se llora de pena que de alegría. Y “**La vida no es un camino de rosas**”. No estoy de acuerdo, la vida SI es un camino de rosas, lo que ocurre es que las rosas tienen espinas, pero, a pesar de ello, ¿a quién no le gusta pasear por un camino de rosas?

Amigos, ¡deseo terminar apostando por la vida y gritando que la vida es un camino de rosas y que **Dios sigue siendo maravilloso.**



LH

HUMANIZACIÓN, PASTORAL Y ÉTICA DE LA SALUD

www.laborhospitalaria.com

