

# TRABAJO SOCIAL SANITARIO: INTERVENCIÓN CON PACIENTES CON ICTUS DESDE EL SERVICIO MÉDICO DE NEUROLOGÍA DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID

VERÓNICA OLMEDO VEGA<sup>1</sup>, MÓNICA ARRANZ VALDERAS<sup>2</sup>

1. TRABAJADORA SOCIAL SANITARIA HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID

2. TRABAJADORA SOCIAL

## RESUMEN

El ictus se presenta como un problema sanitario que genera un gran impacto social. Habitualmente es un hecho sorpresivo y estresante, casi siempre generador de crisis. A menudo sobreviene como algo inesperado y amenaza la integridad física de la persona, y genera un impacto significativo en su familia.

La intervención del trabajador/a social sanitario/a en neurología con pacientes que han sufrido ictus requiere de un proceso terapéutico integral, cuya finalidad es que la persona afectada desarrolle su máximo potencial físico, psicológico y social.

Este artículo presenta las funciones que desarrolla la trabajadora social sanitaria del servicio médico de neurología en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid y refleja la importancia, necesidad y especificidad de su intervención con pacientes que han sufrido ictus. La inclusión del trabajador/a social sanitario/a en neurología aporta una intervención social específica a nivel individual y familiar que aborda la situación a nivel psicosocial garantizando entornos seguros y personalizados en el momento del alta hospitalaria. Este trabajo concluye que la inclusión del trabajador social en el equipo de neurología, brinda atención y apoyo para reducir el impacto personal, laboral y familiar de la enfermedad, reduce los reingresos hospitalarios y proporciona mejores resultados para el paciente.

## PALABRAS CLAVE

Persona, ictus, familia, equipo interdisciplinar, proceso terapéutico integral.

## ABSTRACT

Strokes are a health problem that can give rise to a significant social impact. The stroke is usually a surprising and stressful event, almost generating a crisis. It is often unexpected and threatens the physical integrity of the person as well as potentially having a significant impact on his/her family.

The intervention of the social health worker in neurology with patients who have suffered a stroke requires an integral therapeutic process, with the aim of helping the affected person to develop their maximum physical, psychological and social potential.

This article presents the activities carried out by the social health worker at her workplace, the Hospital Clínico Universitario de Valladolid. This paper concludes that the inclusion of the social worker in the neurology team, providing care and support to reduce the personal, employment and family impact of the disease, decreases hospital readmissions and provides better outcomes for the patient.

## KEYWORDS

Person, Ictus, family, interdisciplinary team, comprehensive therapeutic process.

## TRABAJO SOCIAL SANITARIO

El Trabajo Social sanitario es la actividad profesional que tiene por objeto la investigación de los factores psicosociales que inciden en el proceso de salud - enfermedad, así como el tratamiento de los problemas psicosociales que padecen en relación a las situaciones de enfermedad, tanto si influyen en su desencadenamiento como si derivan de ellas (Ituarte, citado en Castrillo et al. 2013, p.18).

Entre las funciones del trabajador/a social sanitario/a se encuentran:

- Análisis y tratamiento de los factores psicosociales que inciden en la salud-enfermedad.
- El acompañamiento en la aceptación de la enfermedad y conciencia de la misma.
- La intervención en crisis en pacientes enfermos agudos ante determinadas enfermedades, como el ictus.

La trabajadora social sanitaria del Hospital Clínico Universitario de Valladolid realiza sus intervenciones mediante el modelo de gestión de casos, donde valora las necesidades y trabaja para satisfacerlas mediante el uso eficiente y eficaz de los recursos disponibles, poniendo énfasis en la relación interpersonal con el paciente. La Asociación Nacional de Trabajadores Sociales de Estados Unidos, National Association of Social Workers, 1992, citado en Sarabia (2007), define la gestión de casos como "un método de provisión de servicios en el que un profesional del trabajo social valora las necesidades del cliente, y de su familia cuando sea adecuado, y organiza, coordina, monitoriza, evalúa y apoya un grupo de múltiples servicios para satisfacer las necesidades complejas de un cliente específico".

Las intervenciones de la trabajadora social desde el modelo psicosocial favorecen las actuaciones, dado que permite depositar la confianza en la persona y pone el énfasis en patrones sanos de crecimiento y desarrollo. El objetivo de la intervención bajo este enfoque, según Contreras (2006), es establecer las condiciones óptimas para lograr el desarrollo de la persona, ayudándole a conseguir una autorrealización plena de acuerdo a sus capacidades y potencialidades. Con el fin de producir

cambios significativos, trabaja con el paciente y su entorno.

El ictus se manifiesta repentinamente y es un hecho estresante en la vida de las personas que genera tensión y requiere, en muchas ocasiones, de respuestas e intervenciones para solventar estas crisis. El modelo de intervención en crisis, según Contreras (2006), pretende volver a restablecer el nivel de equilibrio emocional previo a la crisis.

Todas las actuaciones se realizan bajo un enfoque en el que la persona es el centro de la intervención y todos los modelos se apoyan en técnicas de diagnóstico precoz (screening) que permiten identificar a la población que sufre más riesgo de necesitar ayudas y apoyos, (Colom, 2010).

## ASPECTOS DIFERENCIALES DE LA INTERVENCIÓN DESDE EL TRABAJO SOCIAL SANITARIO

El Trabajo Social interviene en las interacciones de la persona con el entorno, prestando atención a los aspectos psicosociales. La intervención desde el trabajo social en el sistema de salud, a diferencia de su intervención en otros sistemas de protección, siempre toma como punto de partida la enfermedad que padece la persona, el diagnóstico médico o el ingreso hospitalario (Colom, 2010). El trabajador/a social sanitario/a elabora el diagnóstico social sanitario teniendo en cuenta el contexto en el que ha sucedido y la vivencia del acontecimiento. Los diferentes procesos posteriores de atención y apoyo se rigen conforme a este diagnóstico social sanitario, que tiene como funciones sociales algunas de estas: preventivas, impulsoras, terapéuticas, concienciadoras, integradoras y/o mediadoras.

El trabajador/a social sanitario/a persigue contribuir a movilizar capacidades y recursos de la persona afectada y de aquellas que forman parte de su red social relacional, así como promover cambios que garanticen su calidad de vida y hacer posible el abordaje adecuado de su situación personal.

La intervención del profesional de trabajo social sanitario establece objetivos, entre ellos destaca el orientado

a calmar los síntomas del paciente en un lapso de tiempo corto. La tarea se centra en ayudar a la persona y su familia a volver a encontrar un nivel de funcionamiento óptimo, favorecer la comprensión de los factores que rodean la situación de crisis e impulsar aquellos que van a contribuir a resolverla. Paralelamente vincula recursos de apoyo, del entorno familiar o de la comunidad, que ayudan al sostenimiento de la situación.

La persona que acaba de sufrir una pérdida (funcional, motora o de lenguaje) expresa su estado a través de síntomas como malestar somático, desinterés, sentimiento de culpa, reacciones de hostilidad, pérdida de los modelos usuales de conducta o apatía. El apoyo social prestado en las primeras semanas que siguen al shock tiene un efecto preventivo muy útil. Por el contrario, cuando las reacciones sobrepasan un tiempo prudente o aparecen semanas más tarde, la persona probablemente necesitará ayuda especializada.

La intervención profesional se va a enfocar en restablecer la autoestima del paciente, que reconozca y acepte los cambios acontecidos, que comprenda la nueva situación a la que se tiene que enfrentar, que descubra las propias potencialidades internas que posee y en definitiva, en que afronte la vida y su enfermedad con seguridad y confianza. En todo el proceso de intervención se va a estimular la comunicación entre profesional y paciente, así como con la familia. Se considera que el establecimiento de una comunicación adecuada durante todo el proceso va a favorecer la recuperación del paciente, la expresión de necesidades, sentimientos y miedos va a repercutir positivamente en el paciente y en su relación con el sistema familiar, comunitario y con el profesional.

## ICTUS

Se podría definir como una interrupción brusca del flujo sanguíneo cerebral. Su aparición genera un amplio abanico de secuelas que varían desde alteraciones en la percepción hasta en la cognición, provocando importantes repercusiones a nivel emocional.

Según Quezada, Huete y Bascones (2016), el ictus es la principal causa etiológica de daño cerebral, seguida de los traumatismos craneoencefálicos y afecciones como las anoxias, los tumores cerebrales o las infecciones. Es-

tos autores también señalan que el 44% de las personas que sobreviven a un ictus desarrollan discapacidad grave por el daño resultante.

Además Quezada, Huete y Bascones (2016), también afirman que el daño cerebral adquirido es complejo de abordar debido a varias razones, la primera son las secuelas que causa. Estas son muy diversas y presentan diferentes grados de severidad, afectando al área sensorial, físico, cognitivo, conductual, emocional y relacional. Por otra parte, la enfermedad irrumpe repentinamente y es susceptible de generar dependencia a largo plazo, por ello sitúa al entorno familiar en una posición crítica. La tercera razón hace referencia a la escasez de apoyos adecuados y por último, afirman que existe desconocimiento de esta discapacidad y sus implicaciones, debido al carácter emergente y mixto en las limitaciones funcionales que entraña, haciendo que la cooperación entre agentes sociales sea imprescindible.

## TRABAJADORA SOCIAL SANITARIA DEL SERVICIO DE NEUROLOGIA

La atención e intervención social con pacientes neurológicos, incluyendo por tanto a los que han sufrido ictus, es competencia de la trabajadora social sanitaria adscrita al Servicio Médico de Neurología. El espacio de reflexión sobre la intervención social con estos pacientes se desarrolla en su lugar de trabajo, el Hospital Clínico Universitario de Valladolid, perteneciente a la red pública de hospitales de la Consejería de Sanidad de Castilla y León.

## INTERVENCIÓN DE LA TRABAJADORA SOCIAL SANITARIA DE NEUROLOGIA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID.

Intervenir socialmente implica adentrarse en la vida de la persona y su familia para disminuir el estrés que ha ocasionado la nueva situación de crisis y contribuir al reajuste del equilibrio favoreciendo de nuevo la adaptación.

El ictus irrumpe en la vida personal y familiar del paciente de manera inesperada y brusca provocando una si-

tuación de crisis que requiere de una intervención social de alta intensidad. Para dicha intervención es necesaria formación académica específica en el abordaje psicosocial con pacientes que han sufrido ictus y una gran experiencia en el campo sanitario, ya que precisa del empleo de técnicas de duelo, ante la repentina pérdida funcional, de un paciente que hasta la irrupción del ictus era autónomo para todas las actividades básicas de la vida diaria. Se requiere además un buen manejo de habilidades y técnicas de concienciación que son imprescindibles para el abordaje de esta enfermedad, con el fin de poder ofrecer un asesoramiento de calidad.

La intervención social se integra desde el inicio en las actuaciones conjuntas del equipo multidisciplinar y permite dar respuesta al conjunto de las áreas afectadas del paciente, realizar una previsión de recursos óptima y planificar los apoyos futuros tras el alta hospitalaria. Esto contribuye a mejorar la calidad de vida de la persona y su círculo de apoyo, y previene reingresos evitables.

Las funciones que la trabajadora social sanitaria desempeña en la Unidad de Ictus del Hospital Clínico Universitario de Valladolid son las siguientes:

### 1. Asesoramiento, acompañamiento y apoyo social:

- Acompañamiento social del paciente y la familia durante el ingreso hospitalario.
- Resolución de las incidencias y conflictos que aparecen durante el ingreso hospitalario.
- Anamnesis social de la situación personal del paciente aclarando la posición ante lo sucedido y descubriendo las fortalezas y debilidades.
- Presentarse como profesional de referencia al que el familiar pueda recurrir para pedir consejo u orientación cuando sea necesario.
- Detección de factores de índole social en el entorno familiar que pudiesen influir negativamente en el estado de salud de sus miembros.
- Proporcionar información realista y verídica al afectado y a su familia en todo momento.
- Apoyo y soporte al cuidador, trabajando la adaptación a la nueva situación.

- Animar al sostenimiento del apoyo social y al desarrollo de actividades de ocio con el objetivo de evitar el aislamiento social durante el ingreso hospitalario.
- Identificación de indicadores de maltrato que pueden surgir en situaciones de crisis.
- Preparación para el abordaje del cuidado, proporcionando orientaciones de gran ayuda para el cuidador, que tendrá una carga de trabajo muy elevada.
- Planificación de apoyos al alta sanitaria.

### 2. Búsqueda y creación de recursos:

- Asesoramiento a las familias para implicarles en el proceso desde el inicio del ingreso.
- Facilitar el acceso a los sistemas de apoyo más adecuados a sus necesidades.
- Contribuir al desarrollo y fomento de recursos propios familiares o del entorno y la creación de recursos específicos para el ictus.
- Orientación y asesoramiento de todos los recursos sociales disponibles en el entorno y acciones dirigidas a la reintegración y participación de pacientes con ictus.
- Coordinación con los contextos en los que está ubicada la persona como asociaciones, Sistema de Servicios Sociales o el ámbito laboral.
- Reorganización de los recursos personales.
- Diseño y aplicación de programas preventivos.
- Identificación en las familias de la necesidad de los servicios de apoyo, como el servicio de psicología o psiquiatría.

### 3. Nexos de unión:

- Interlocutor entre los profesionales del recurso, la familia y el afectado.
- Facilitar la comunicación intrafamiliar, sugiriendo encuentros para clarificar posiciones, conseguir consenso, sugerir pautas de funcionamiento que contribuyan a la armonía del entorno familiar.
- Organización las visitas al paciente adecuando la frecuencia a sus deseos, sentimientos y situación clínica.

#### 4. Comunicación inter e intra institucional:

- Miembro del equipo de neurología que valora y evalúa los aspectos sociofamiliares, proporcionando una visión global de las necesidades.
- Trabajo coordinado y conjunto con el equipo de neurología para proporcionar una atención adecuada a la situación clínica y social del paciente.
- Coordinación con otros sistemas de protección.

#### 5. Promoción y desarrollo de espacios de liberación:

- Dispersar y prevenir los sentimientos de culpabilidad que puedan aparecer en los cuidadores debido a la presión que sufren.
- Escuchar las demandas de los familiares y detectar necesidades.
- Proporcionar apoyo emocional que potencie la expresión de emociones.
- Promover la normalización de sentimientos, preocupaciones y miedos. Reconocer tanto sus limitaciones como sus capacidades y competencias.
- Canalizar el duelo para afrontar y adaptarse a la nueva situación.
- Prevenir y evitar expectativas muy altas y la excesiva responsabilidad.
- Reforzar los elementos positivos de los cuidados que está realizando la familia y fomentar la percepción de utilidad.

#### 6. Proporcionar una mirada optimista y luchadora:

- Confrontación y aceptación de la nueva realidad tras un ictus.
- Clarificar con el paciente el trabajo que puede desempeñar tras el ictus.
- Esclarecer junto con la persona el cambio en la autoimagen y la construcción de nuevos valores.
- Hacer constar los logros conseguidos con la rehabilitación recibida, durante y después de su estancia en el Hospital, reforzando el esfuerzo, motivación y el tesón del paciente.
- Transmitir al paciente y la familia calma y tranquilidad durante el proceso.

dad durante el proceso.

Se realiza un apoyo integral a las familias que se están enfrentando a la dolorosa aceptación de las consecuencias que ha provocado el ictus. La forma que las familias tienen de elaborar el duelo, sigue generalmente unas pautas que son universales: desorientación, regresión, reorganización y crecimiento. La intervención de la trabajadora social va a depender de la fase en la que se encuentren el paciente y su familia, así como de la necesidad de apoyo que requieran.

El ictus afecta a la propia persona que lo sufre, su círculo más cercano y a los cuidadores. Recibir la información pertinente y tener la oportunidad de crear un espacio de comprensión que favorezca la expresión libre de sentimientos, es clave en el proceso de recuperación. Es un impacto muy fuerte para el equilibrio social de quienes lo sufren y origina una alta carga de estrés que hay que ayudar a gestionar adecuadamente.

### EL PROCESO DE INTERVENCIÓN

La trabajadora social del Servicio de Neurología del Hospital Clínico Universitario de Valladolid realiza un proceso de intervención con pacientes que han sufrido ictus. Este proceso consta de seis fases:

1. Acogida
2. Recogida de información
3. Diagnóstico social sanitario
4. Intervención social
5. Planificación del alta
6. Seguimiento

#### I. ACOGIDA

El equipo del Servicio de Neurología en planta identifica en el ingreso hospitalario al paciente que ha sufrido ictus. Se comunica al profesional del Trabajo Social sanitario, que inicia el proceso de atención social. Las circunstancias y necesidades sociales particulares determinan las primeras actuaciones, que se orientan en la

localización de familiares o referentes del paciente, localización de documentación identificativa del paciente, citación para una primera entrevista con los familiares o referentes y comunicación de la información obtenida al equipo del servicio de neurología.

El objetivo es proporcionar al paciente, desde el primer momento del ingreso hospitalario, atención y acompañamiento social. Es esta primera fase se establece la relación asistencial y se facilita la futura recogida de datos.

## 2. RECOGIDA DE INFORMACIÓN

La trabajadora social sanitaria del Servicio de Neurología recopila datos utilizando sus propias técnicas e instrumentos: entrevistas abiertas o semiestructuradas con el paciente y la familia, mediante la observación, el uso de genogramas, flujogramas, se establecen reuniones e interconsultas con el equipo del servicio de neurología y con los diversos agentes implicados (Atención Primaria, Centros de Acción Social, Juzgado...). Se revisa el diagnóstico médico reflejado en la historia clínica y el diagnóstico social sanitario previo, valoraciones sociales o intervenciones anteriores, si las hubiese.

El conocimiento de la situación socio-familiar es obtenido a través de la familia y del propio paciente, se tratará de conocer y clarificar la dinámica familiar, el nivel de comunicación, su situación legal, su capacidad de obrar, los apoyos reales con los que cuenta, su situación laboral, recursos económicos y vivienda, la persona a la que los profesionales se dirigirán, los factores psicosociales que inciden en su enfermedad, manifestaciones de problemas sociales sanitarios, la gestión de sus emociones en su proceso de enfermedad, etc.

En caso de considerarse oportuno, la información será recabada de otras fuentes, tales como: Atención Primaria, Servicios Sociales, Juzgado, lugar de trabajo, fundaciones tutelares, residencias...

Toda la información de cada paciente se recoge en la Historia Social que es depositada y custodiada en el Despacho de la Unidad de Trabajo Social del Hospital.

El objetivo de esta fase es recabar todos los datos necesarios para identificar las áreas de necesidad. Su estudio y

análisis permitirán diseñar el diagnóstico social sanitario y el posterior plan de intervención.

## 3. DIAGNÓSTICO SOCIAL

Con toda la información obtenida se procede al diseño del diagnóstico social sanitario, incidiendo en la identificación de aspectos que puedan afectar al avance del tratamiento y que repercutan negativamente en la recuperación del paciente. Se detallan los recursos internos y externos con los que cuenta el paciente y su entorno, así como los medios de acción. Se exploran posibles alternativas de intervención y se establecen prioridades y estrategias de acción.

Desde el Servicio de Neurología del Hospital Clínico Universitario de Valladolid, la trabajadora social sanitaria de neurología utiliza una serie de herramientas e instrumentos, además de la información recogida previamente, que permiten conocer la influencia de los factores psicosociales en la aparición del problema de salud para la elaboración del diagnóstico social. Son las siguientes:

- Escala de Lawton y Brody: permite valorar la capacidad que tiene la persona para realizar las actividades instrumentales que le van a permitir desenvolverse de manera autónoma en la comunidad.
- Escala Gijón: permite detectar las situaciones de riesgo socio-familiar.
- Cuestionario Mos: hace posible la valoración del apoyo social con el que cuenta el paciente.
- Escala Zarit: permite medir la carga de trabajo percibida por el cuidador y el esfuerzo que suponen los cuidados que realiza.
- Escala Barthel: permite valorar la autonomía que tiene la persona para realizar las actividades básicas de la vida diaria.

Los códigos diagnósticos resultantes de la aplicación de estos instrumentos, son recogidos según la clasificación internacional CIE -10.

Una vez realizado el diagnóstico social, se comunica al resto de profesionales del equipo del servicio de neurología y se integra en el diagnóstico global que realizan todos los profesionales implicados.

En esta fase el objetivo es definir y concretar los factores que inciden en la situación de necesidad psicosocial del paciente y su entorno para orientar el plan de intervención.

#### 4. INTERVENCIÓN SOCIAL

Se realizan un conjunto de actuaciones dirigidas a la toma de conciencia de la nueva situación y al afrontamiento de los cambios que van a suceder.

Para aumentar el afrontamiento se favorecen las situaciones que impulsen la autonomía del paciente, se estimula la manifestación de sentimientos, así como la expresión de miedos, se trabaja con el paciente en la identificación de estrategias positivas para contrarrestar sus limitaciones y que logre manejar su nuevo estilo de vida, encontrando su protagonismo.

Para facilitar el aprendizaje se proporciona información acorde con la posición de control del paciente, se relaciona la información con los deseos y necesidades personales y se enseñan estrategias que puedan utilizarse para resistir conductas insalubres o que entrañen riesgos.

Las actuaciones dirigidas a proporcionar apoyo psicosocial al paciente y su familia incluyen la facilitación de la comunicación entre paciente y familiares, proporcionar ayuda para cubrir las necesidades básicas de la familia cuando el estado de salud del paciente genere un cambio importante en el desarrollo de su vida diaria y ayudar a los miembros de la familia a identificar y resolver conflictos de valores.

Se proporciona información, orientación y asesoramiento sobre pautas, alternativas más adecuadas para reequilibrar la situación, minimizar la frustración, garantizar la atención en las distintas áreas de necesidad del paciente al alta hospitalaria. Se establece contacto con los recursos comunitarios disponibles que mejoren la calidad de vida de la persona con ictus, así como el acceso de ortesis u otros recursos sociosanitarios necesarios.

Los objetivos principales de esta fase son lograr la recuperación de la autonomía e independencia psicosocial del paciente y familia, ayudar a movilizar las capacidades y recursos de la persona afectada y de aquellas que for-

man parte de su red social relacional, reducir la estancia hospitalaria y activar los recursos idóneos.

#### 5. PLANIFICACIÓN MULTIDISCIPLINAR DEL ALTA HOSPITALARIA

Para que el abordaje y el tratamiento del ictus sean adecuados, se requiere un trabajo en equipo en el que los diferentes profesionales planifiquen y evalúen conjuntamente la situación de la persona y establezcan criterios comunes de actuación. Para hacer posible esto, se realizan reuniones semanales donde se identifican y analizan cada una de las circunstancias del paciente de forma personalizada y se establece el apoyo que será necesario para el paciente en el momento del alta. Al mismo tiempo, durante todo el proceso se mantienen reuniones no establecidas formalmente para estudiar los problemas sobrevenidos y planificar acciones conjuntas.

Planificar el alta hospitalaria del paciente entre todos los profesionales implicados requiere de mucho esfuerzo, pero es el único método que permite dar una respuesta integral y conjunta a los déficits sufridos en el paciente en todas las áreas: física, psíquica y social. También facilita la adquisición temprana de capacidades y habilidades personales favoreciendo una mayor autonomía que repercute en la permanencia del medio habitual de convivencia y la participación en la vida socio-familiar. Se brinda un apoyo de calidad a las familias y se realiza un análisis integral con todos los especialistas que intervienen en el tratamiento del paciente.

Cada profesional desempeña su papel dentro del equipo multidisciplinar. La trabajadora social en esta fase facilita información, orientación y asesoramiento social al paciente y los cuidadores sobre los recursos comunitarios disponibles para prestar una rehabilitación organizada que genere una mejor calidad de vida para el enfermo con ictus. Actúa como nexo de enlace entre el sistema sanitario y los sistemas y recursos de la comunidad, estableciendo relaciones de coordinación con estos agentes. Colabora en lograr que el paciente goce de la mayor independencia funcional, a través de la gestión y tramitación de recursos sociosanitarios necesarios para el desarrollo personal y social. Tramita los diferentes recursos y prestaciones establecidos de manera conjunta por el equipo asistencial de referencia del paciente. Emite el

informe del alta hospitalaria y entrega una evaluación funcional como apoyo en la integración del paciente en su esfera social. Por último efectúa la interconsulta de derivación con el profesional de trabajo social de Atención Primaria enviando el informe del alta, garantizando la continuidad social entre niveles asistenciales.

El objetivo es establecer una visión global de las circunstancias y necesidades del paciente que permite identificar y brindar el recurso idóneo en el momento del alta hospitalaria, todo ello para prevenir reingresos evitables y mejorar la calidad de vida de la persona.

## 6. SEGUIMIENTO

Tras el alta hospitalaria la trabajadora social sanitaria tiene establecido de manera programada las entrevistas de continuidad, en las que se tratan aspectos a nivel familiar e individual. Se realizan cada tres meses a familiares y/o pacientes, la frecuencia puede variar según la demanda y necesidad del caso.

A nivel familiar, examina la organización familiar tras el alta hospitalaria y atiende a las dificultades surgidas, realiza una revisión de los apoyos familiares que recibe para ajustarles a las necesidades y una valoración de la sobrecarga del cuidador.

A nivel individual, indaga en la necesidad de apoyos, realiza una valoración conjunta de la incorporación al ámbito laboral, aborda las dificultades que se han presentado tras el abandono del hospital, realiza un seguimiento de las recomendaciones indicadas en el alta hospitalaria y por último se identifican los factores personales de riesgo en el paciente (intentos autolíticos, estado anímico, higiene del sueño, etc.).

## CONCLUSIONES

La Organización Mundial de la Salud define, en la primera página de sus Documentos Básicos, la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". La profesión del trabajo social en el área de neurología detecta problemáticas sociales y aborda de manera integral la situación socio sanitaria del enfermo desde su ingreso, contribuyendo a proporcionar a la persona el

tercer elemento imprescindible para poseer salud, por tanto la inclusión de la profesión dentro de los equipos multidisciplinares en el ámbito sanitario consolida la atención bio-psico-social de la Sanidad Española.

Se considera la figura del trabajador social imprescindible en el ámbito sanitario, ya que desde el primer contacto con el paciente proporciona un soporte necesario que aboga por mantener una calidad de vida óptima tanto en el enfermo como con su familia. La trabajadora/o social sanitaria/o, mediante el desarrollo de planes integrales, realiza una gestión eficaz y eficiente de los recursos que la persona va a necesitar. Promueve que exista una administración idónea de los recursos y evita reingresos hospitalarios innecesarios. Los ingresos hospitalarios generan mucha tensión, incertidumbre y estrés a las familias y a los pacientes, generando también un gasto a la sanidad pública. Se considera que hay que dedicar tiempo, esfuerzo y atención social para evitarlos cuando no sean necesarios.

Se destaca la aportación del Trabajo Social Sanitario en su intervención con paciente con ictus ya que proporciona un gran apoyo emocional a la familia y al paciente, conecta con las necesidades, orienta durante la fase de enfermedad, soluciona dificultades que surgen con el diagnóstico clínico, a nivel individual y familiar y evita reingresos innecesarios. Tramita y gestiona recursos en base al estudio e intervención social realizados durante el ingreso, adaptando la respuesta a cada situación clínica.

## BIBLIOGRAFÍA

- Brea, A., Laclaustra, M., Martorell, E., y Pedragosa, A. (2013). Epidemiología de la enfermedad vascular cerebral en España. *Clinica e Investigación en Arteriosclerosis*, 25(5), 211-217. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-arteriosclerosis-15-articulo-epidemiologia-enfermedad-vascular-cerebral-espana-S0214916813001162>
- Castrillo, J.L., Jesús de, T., Escaja, M.A., García, J.M., González, E., González, R.,... y Velasco, M.C. (2013). Documento de consenso sobre las funciones del profesional de trabajo social sanitario. Junta de Castilla y León.
- Colom, D. (2010). El trabajo social sanitario en el marco de la optimización y sostenibilidad del sistema sanitario. *Zerbitzuan*, N°47, 109-119.



- Contreras, M. (2006). Principales Modelos para la Intervención de Trabajo social en Individuo y Familia. Santiago de Chile: Departamento de Trabajo Social. Escuela de Trabajo Social. Universidad Tecnológica Metropolitana.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). Documentos basicos. 48ª edición. Ginebra.
- Quezada, M.Y., Huete, A. y Bascones, L.M. (2016). Las personas con Daño Cerebral Adquirido en España. FEDACE
- Romero, P.; Espina, M.; Amorena, A.; Purroy, U.; Abdelkader, M.; Rodríguez, P.; ...;
- Rodríguez, F. (2006). Cuadernos FEDACE sobre Daño Cerebral sobrevenido. Cuaderno N°1: Trabajo Social y Daño Cerebral. Recuperado de: <http://bit.ly/1CYLCgX>
- Sarabia, A. (2007). La gestión de casos como nueva forma de abordaje de la atención a la dependencia funcional. Zerbitzuan, N°42, 7-17.