



TRABAJO FIN DE GRADO

**TRABAJO SOCIAL GRUPAL:
INTERVENCIÓN GRUPAL CON
FAMILIARES DE PACIENTES DE ICTUS.**

Autora: D^a Andrea Rodríguez Moneo.

Tutora: D^a Verónica Olmedo Vega.

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL.

UNIVERSIDAD DE VALLADOLID.

CURSO 2016 – 2017.

ÍNDICE:

CAPÍTULO 1: PARTE TEÓRICA:

1. Resumen.....	3-4
2. Palabras clave.....	3-4
3. Introducción.....	5-6
4. El Ictus.....	7-9
4.1. Definición.....	7
4.2. Tipos.....	8
4.3. Síntomas y signos.....	8
4.4. Factores de riesgo.....	9
5. Trabajo Social Sanitario.....	10-18
5.1. Definición.....	10
5.2. Normativa reguladora.....	10-14
5.3. TSS en Servicio de Neurología.....	14-18
5.3.1. Origen.....	14-16
5.3.2. Definición.....	16-17
5.3.3. Funciones del trabajador social sanitario del HCUV.....	17-18

CAPÍTULO 2: PARTE PRÁCTICA:

6. Intervención grupal.....	19-42
6.1. En qué consiste.....	19-20
6.2. Cómo funciona.....	20-21
6.3. Objetivos.....	21
6.4. Características comunes.....	22
6.5. Tipos.....	22
6.6. La familia como foco de intervención.....	23-42
6.6.1. Por qué con las familias.....	23-24
6.6.2. El sistema familiar afectado por la enfermedad.....	24
6.6.3. Adaptación a la nueva situación.....	24-26
6.6.4. El papel de las familias.....	26-27
6.6.5. El papel del trabajador social.....	27
6.6.6. Fases del proceso de intervención.....	28-40
6.7. Financiación, medios y recursos.....	41
6.8. Cronograma.....	42
7. Conclusiones.....	43-45
8. Agradecimientos.....	46
9. Bibliografía.....	47-48

CAPÍTULO 3: ANEXOS.....

ÍNDICE DE TABLAS:

Tabla 1: Trabajo Social y familia.....	30
Tabla 2: Neurología y familia.....	33
Tabla 3: Logopedia y familia.....	36

ÍNDICE SIGLAS:

- ACV: Accidente cerebrovascular.
- HCUV: Hospital Clínico Universitario Valladolid.
- OMS: Organización Mundial de la Salud.
- TSC: Trabajo Social Clínico.
- SNS: Sistema Nacional de Salud.
- GAM: Grupo de Ayuda Mutua.

“Si tienes una actitud positiva y te esfuerzas constantemente para dar tu mejor esfuerzo, con el tiempo vas a superar tus problemas inmediatos y encontrarás que estás listo para retos mayores.”

Pat Riley.

CAPÍTULO 1: PARTE TEÓRICA:

1. Resumen.

El cambio de roles en la familia a causa de la llegada del Ictus y la dependencia que éste genera entre sus pacientes, conlleva la sobreprotección y la falta de participación en la toma de decisiones y tareas cotidianas, así como la falta de información y tiempo por parte de las familias para participar activamente en el tratamiento, situaciones que condicionan y limitan enormemente la rehabilitación adecuada y óptima de los pacientes provocando en su conjunto, una disminución del bienestar físico y social tanto del paciente, como de sus familiares y cuidadores.

Uno de los principales objetivos del Trabajo Social Sanitario con pacientes que han sufrido ictus es la detección de problemáticas sociales y el abordaje integral de la situación socio-sanitaria del enfermo desde su ingreso, estableciendo planes de post-hospitalización que faciliten el soporte necesario para seguir las indicaciones terapéuticas y mantener una calidad de vida óptima tanto en el enfermo como en su principal apoyo, la familia.

La familia es el foco de intervención, y por ello debemos poner la mirada en el bienestar del familiar, teniendo en cuenta que el que no haya sufrido la enfermedad, no quiere decir que no precise de intervención social y ayuda por parte de los profesionales.

Todo ello ha motivado la realización de este trabajo, en el cual se ha planteado como problema socio-sanitario: ¿Qué hacer para ofrecer apoyo e intervención a las familias de pacientes que han sufrido un accidente cerebro vascular?

2. Palabras clave.

- Ictus.
- Familia.
- Ayuda mutua.
- Grupo.
- Trabajador Social Sanitario.
- Neurología.
- Intervención.
- Cuidado.
- Atención.

Abstract:

The change of roles in a family after a stroke and the dependence situation that is generated by it amongst its patients leads to overprotection and lack of participation when it comes to making decisions and daily chores, so as the family's lack of information and time to actively participate in the treatment process, situations which condition and limit an adequate and optimal recovery of the patients, which altogether provokes a decrease in not only the patient, but also his family and keepers' physical and social welfare.

One of the main Medical Social Work's objectives with patients who have suffered a stroke is to detect the social problems and to completely face the social-medical situation of the patient since his arrival, establishing post-hospitalization plans in order to supply the necessary support to follow the therapeutic indications and to maintain an optimal quality of life for the patient, along with his major support's one, his family.

The family is the focus of the intervention, and that is why we have to look after the relatives' wellbeing, taking into consideration that the fact that they have not suffered the disease themselves does not mean they do not require social intervention and help from professionals.

All of this has motivated the completion of this thesis, in which the following social-medical problem has been raised: What should be done in order to offer support and intervention to the patients who have suffered a cerebrovascular accident's families?

Key words:

- Stroke.
- Family.
- Mutual assistance.
- Group.
- Medical Social Worker.
- Neurology.
- Intervention.
- Care.
- Attention.

3. Introducción.

La familia es el grupo social organizado más antiguo de la historia de la humanidad; es el grupo donde desde niños más seguros y protegidos nos sentimos; y el que nos aporta apoyo, experiencia y aprendizaje.

Además, tiene la responsabilidad de proveer a sus miembros de las capacidades necesarias para desarrollar su personalidad y fomentar su autonomía logrando con ello que se conviertan en personas independientes. Esta meta se alcanza promoviendo el desarrollo de relaciones interpersonales y la adquisición de competencias y capacidades para su desenvolvimiento en el entorno social.

En la actualidad, estamos viendo como la población tiende cada vez más al envejecimiento, lo que conlleva la aparición de enfermedades producidas por el mismo y de factores de riesgo que aumentan con el paso de los años.

Cualquier enfermedad, desarrollada en mayor o menor grado e individualmente concebida, produce un cambio que a su vez genera un desequilibrio. Pero este desequilibrio no afecta solo al paciente, sino que afecta áreas más extensas, como la familia o su entorno más cercano. Esto se debe a que las recuperaciones y tratamientos envuelven los sectores sociales, pero también los económicos, afectivos o laborales.

Por ello, el Trabajo Social y el equipo de profesionales sanitarios del Servicio de Neurología se integran de manera conjunta y armoniosa con la única meta de rehabilitar al paciente, mejorar su salud física, psíquica y social y aumentar, por consiguiente, su calidad de vida y la de sus familiares.

En los últimos años, ha aumentado la presencia del accidente cerebrovascular de manera considerable en la población de nuestro país, convirtiéndose en un problema de primer orden para la Salud Pública de éste.

Es la primera causa de muerte en las mujeres españolas y la segunda causa de discapacidad en toda la población. Una de cada seis personas, están afectadas por el Ictus, y por ello, no debemos olvidar que se trata de una enfermedad a la que debemos dar máxima importancia y prioridad.

Los pacientes de Ictus o ACV requieren un tratamiento diverso, pues no solo necesitan de los Servicios de Neurología, sino que también son asistidos por Servicios de Logopedia, Enfermería, Psicología, Fisioterapia y Trabajadores Sociales Sanitarios.

La participación de la familia en el tratamiento de este tipo de pacientes es esencial para su recuperación, ya que después de recibir el alta hospitalaria el paciente se encuentra la mayor parte del tiempo en su hogar y es allí donde se requiere mayor apoyo físico, emocional y psicológico.

Desde el alta hospitalaria, más del 80% de los pacientes que han sufrido Ictus viven con sus familias y, en muchos casos, es la familia la única red social que tiene el paciente y la clave para su cuidado y soporte.

Dependiendo del grado de dependencia del paciente, el cuidador principal está tan volcado en su atención que olvida “cuidarse a sí mismo”. Dejando, en ocasiones, de disfrutar de su tiempo libre, o careciendo de él; descuidando su aspecto físico, privándose de su vida social u olvidando sus ocupaciones previas.

En nuestra profesión, podemos ver como en la actualidad la intervención individual es la gran protagonista frente al enfoque grupal, que va cobrando importancia, pero sin ser prácticamente utilizado por los profesionales.

Los trabajadores sociales tienen la oportunidad de utilizar una herramienta de gran valor en muchos casos, pero apenas es utilizada, y esto da lugar al estancamiento y la monotonía en la intervención llevada a cabo por los profesionales.

La intervención grupal es una respuesta alternativa frente a problemas y necesidades que recaen en nuestros usuarios, efectuando también y a través de la misma cambios en el entorno y contexto social.

Dentro de este tipo de respuesta, se encuentra los grupos de ayuda mutua o de soporte, que proporcionan principalmente apoyo emocional, pero también apoyo afectivo y ocasionalmente material.

La principal función del grupo será la de que sus miembros aprendan a escuchar, a valorar los problemas de los demás y a ayudarse mutuamente.

Por tanto, y por todo lo expuesto en los párrafos anteriores, la creación del grupo de ayuda mutua sirve como herramienta para que los familiares se puedan ofrecer apoyo emocional, mejoren en sus funciones de cuidadores a partir de la ayuda de los profesionales en las diferentes sesiones y, en definitiva, creen una red de apoyo en su conjunto que servirá como herramienta de apoyo, presión y aprendizaje.

4. El Ictus.

4.1. Definición.

Según la OMS, la enfermedad vascular cerebral es "el desarrollo rápido de síntomas clínicos indicativos de un trastorno local o generalizado de la función cerebral, con síntomas que persisten 24 o más horas o que conducen a la muerte sin que exista otra causa aparente que la vascular".

En concreto, según la Doctora Inmaculada Plaza (2014), el término Ictus procede del latín y significa golpe o ataque. El término usado en inglés es "stroke" y tiene idéntico significado: ambos expresan el carácter brusco y repentino del suceso.

Es conocido comúnmente con numerosos nombres como derrame cerebral, infarto cerebral, embolia, trombosis, apoplejía... lo que provoca una gran confusión y desconocimiento de la enfermedad.

También argumenta que el Ictus es un trastorno de la circulación cerebral generalmente de comienzo brusco que causa una interrupción del suministro de sangre a una parte del cerebro.

Es la segunda causa de muerte en España, y la primera en el caso de las mujeres. A su vez, es la primera causa de discapacidad en la población adulta. La supervivencia y recuperación de los pacientes que lo sufren están directamente relacionadas con la rapidez y la eficacia de la atención médica que se recibe.

Al contrario de lo que la mayoría de la gente piensa, el Ictus es un problema de salud muy frecuente y al que debemos dar importancia, ya que puede ser altamente incapacitante e incluso mortal.

Actualmente, este trastorno es más común a edades más avanzadas, ya que el 75% de los ictus ocurren en personas de más de 65 años.

España, en el 2050, se estima que tendrá una población de las más envejecidas del mundo, y esto conlleva un aumento en el impacto demográfico, sanitario y social del Ictus en las próximas décadas.

No obstante, el Ictus no sólo afecta a los sectores más envejecidos de la población. Cada vez se registran más casos entre adultos jóvenes, debido a los hábitos de vida incorrectos e insanos que adoptan.

Hoy, entre el 15% y el 20% de estos ACV afectan a individuos de menos de 45 años.

4.2. Tipos.

El Ictus puede ser de dos tipos:

- Ictus isquémico, que está producido por la oclusión o cierre de una arteria del cerebro, produciéndose en el 80% de los casos.
- Ictus hemorrágico, que se produce por la rotura de una arteria del cerebro, ocasionando sangrado dentro del cerebro. Engloba el 20% restante del total.

4.3. Síntomas y signos.

En la mayoría de los casos los síntomas del ACV aparecen de forma repentina, pero dependiendo de la parte del cerebro que esté lesionada pueden darse casos en los que el paciente ni siquiera sea consciente de que ha padecido un ACV.

La sintomatología puede ser muy variada. Los principales síntomas son:

- Debilidad o parálisis, disminución de fuerza completa o parcial en extremidades o en un lado de la cara.
- Entumecimiento, hormigueos o disminución de la sensibilidad en una parte del cuerpo.
- Trastorno del habla, dificultad para hablar correctamente.
- Pérdida de visión total o parcial.
- Vértigo o dificultad en el equilibrio o coordinación de movimientos.

Ante cualquier sospecha de que se trate de un Ictus, es importante llamar con urgencia al número de emergencias y explicar claramente los síntomas, ya que las primeras 3 horas tras el ACV son cruciales.

En el caso de tratarse de un Ictus isquémico, se podría proporcionar un fármaco en el hospital vía vena o catéter, siempre que se esté dentro de las primeras 4,5 horas (dentro de los primeros 90 minutos el tratamiento tiene la máxima eficacia).

Hay que procurar e informar a la población de la importancia de no trasladar a los pacientes por cuenta personal, ya que el traslado debe realizarse en una ambulancia medicalizada y dirigirse a un hospital que cuente con Unidad de Ictus.

Una vez puestos en contacto con el Servicio de Emergencias, es muy importante comunicar claramente la sospecha de ACV, ya que de esta forma se aplicará rápidamente el Código Ictus.

Ante la duda, es importante no perder tiempo, ya que en los casos de ACV los minutos valen oro. Se deberá comunicar al 112 y proceder al Código Ictus ante la mínima sospecha.

4.4. Factores de riesgo.

Un factor de riesgo es toda circunstancia o situación que aumente las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud.

En la aparición de un ACV se asocian dos tipos de factores: los modificables y los no modificables. Los profesionales podemos contribuir en la medida de lo posible a prevenir la aparición de los ACV, tratando o interviniendo en los factores de riesgo modificables.

Entre los factores de riesgo no modificables más comunes se encuentran la edad, los antecedentes familiares, el sexo y la raza.

Los factores de riesgo¹ modificables más importantes son el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, consumo de drogas, la hipertensión arterial, tener niveles de colesterol elevados en sangre, la diabetes, la obesidad, la vida sedentaria, las dietas ricas en sal y en grasas y enfermedades del corazón, como la fibrilación auricular.

Para evitar el ACV cuando aún no se ha producido, es conveniente realizar una prevención primaria basada en la sensibilización de la comunidad informando de los factores de riesgo para su identificación y corrección lo más prematura posible.

Una de las principales causas del ictus es la fibrilación auricular (FA), que es la arritmia cardíaca más frecuente en los adultos de todo el mundo aumentando su posible aparición en función de la edad.

El corazón es el único músculo capaz de autoestimularse, mediante la producción de un impulso eléctrico en las aurículas. Al producirse un caos en esta electricidad, las aurículas se contraen erráticamente, produciendo la Fibrilación Auricular.

Según explica el Dr. Gacriél D'Empaire, la consecuencia es que en el interior del corazón quedará un remanente de sangre, que se agrupará formando trombos o coágulos. Al salir del corazón, causa una obstrucción, frecuentemente en el cerebro, lo que genera un ACV.

¹ Se exponen los factores de riesgo fundamentados en la Medicina Científico-Estadística (MBE).

5. Trabajo Social Sanitario.

5.1. Definición.

El Trabajo Social Clínico (TSC), según Ituarte (1992), una de las principales exponentes del TSC en España es: “una práctica especializada del Trabajo Social y un proceso relacional psicoterapéutico que trata de ayudar a un usuario a afrontar sus conflictos psicosociales, superar su malestar psicosocial y lograr sus relaciones interpersonales más satisfactorias, utilizando sus capacidades personales y los recursos de su contexto socio-relacional” (Ituarte, 1992, p.20).

“La base de conocimientos de Trabajo Social Clínico incluye formación acreditada en teorías del desarrollo biológico, psicológico y social, diversidad y competencia cultural; relaciones interpersonales; dinámicas familiares y de grupo; desórdenes mentales; adicciones; impactos de la enfermedad; traumatismo o lesión; y los efectos del ambiente físico, social y cultural” (Center for Clinicia Social Work , 2007).

5.2. Normativa reguladora.

En cuanto a la normativa general, siguiendo las líneas expuestas en la Estrategia en ictus del SNS, La Ley General de Sanidad (Ley 14/1986), que reguló el paso del modelo antiguo sanitario al actual modelo de Sistema Nacional de Salud (SNS), refleja el derecho a la protección de la salud establecido a su vez en el artículo 43 de la Constitución y en el que se fijan los principios fundamentales sobre los que debe articularse este derecho.

Haciendo referencia a la prestación de este derecho, las CC.AA. componen el eje de actuación del modelo adoptado por la ley, hacia las que se ha ido descentralizando tanto la titularidad como la política sanitaria, siendo el SNS el conjunto coordinado de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y los Servicios de Salud de las CC.AA., que integra todas las funciones y prestaciones sanitarias.

El Real Decreto 63/1995 sobre ordenación de prestaciones sanitarias del SNS, ya derogado, exponía de forma muy genérica las prestaciones. Esta exposición imprecisa y el tiempo transcurrido desde entonces, hacía necesaria una nueva definición de las prestaciones y servicios del SNS, con el objeto de garantizar mejor la equidad en el acceso a las mismas.

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del SNS, en el artículo 7.1, establece que el catálogo de prestaciones del SNS tiene por objeto garantizar las condiciones básicas y comunes para una atención integral, continuada y en el nivel adecuado. Considera prestaciones de atención sanitaria del SNS los servicios o conjunto de servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, de rehabilitación y de

promoción y mantenimiento de la salud, dirigidos a los ciudadanos, y señala, por último, las prestaciones que comprenderá el catálogo.

El artículo 8 de la citada Ley contempla que las prestaciones sanitarias del catálogo se harán efectivas mediante la cartera de servicios comunes que, según prevé el artículo 20, se acordará en el seno del Consejo Interterritorial del SNS y se aprobará mediante Real Decreto.

Asimismo, el artículo 4.c) establece que los ciudadanos tendrán derecho a recibir, por parte del servicio de salud de la Comunidad Autónoma en la que se encuentren desplazados, la asistencia del catálogo de prestaciones del SNS que pudieran requerir, en las mismas condiciones e idénticas garantías que los ciudadanos residentes en esa Comunidad Autónoma.

Actualmente, el Real Decreto 1030/2006, del 15 de septiembre, regula la cartera de servicios comunes del SNS y el procedimiento para su actualización. Es el encargado de la actualización de las prestaciones reflejadas en el anterior Decreto de 1995, ofreciendo las prestaciones en detalle, tanto las incluidas en la cartera de servicios de Atención Primaria (AP) como en la de Atención Especializada (AE).

En el mencionado Real Decreto se definen las características de la cartera de servicio argumentando que: *«Los servicios contenidos en esta cartera tienen la consideración de básicos y comunes, entendiéndose por tales los necesarios para llevar a cabo una atención sanitaria adecuada, integral y continuada a todos los usuarios del SNS. La cartera de servicios comunes del SNS debe garantizar la atención integral y la continuidad de la asistencia prestada a los usuarios, independientemente del nivel asistencial en el que se les atiende en cada momento».*

En cuanto a la misma Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud la normativa establece que: *«Las CC.AA., en el ámbito de sus competencias, podrán aprobar sus respectivas carteras de servicios, que incluirán, cuando menos, la cartera de servicios comunes del SNS, la cual debe garantizarse a todos los usuarios del mismo».*

Haciendo referencia a los servicios que ofrece la Cartera de Servicios relacionados con el Ictus se puede señalar:

- El anexo II define la cartera de servicios comunes de Atención Primaria.
 - El apartado 5 regula la rehabilitación básica de la enfermedad, donde se recoge entre otras, el tratamiento fisioterapéutico en trastornos neurológicos.
 - El apartado 6.4.1 encuadra en dicha cartera la atención sanitaria protocolizada de pacientes con problemas de salud crónicos y prevalentes, donde se incluyen la hipertensión, hipercolesterolemia y otros posibles factores de riesgo del Ictus.

- También cabe destacar el Anexo III, donde se define la cartera de servicios de la Atención Especializada, haciendo especial mención al apartado 5, que refleja la indicación o prescripción, y la realización, si fuese el caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, englobando las enfermedades del sistema circulatorio, entre las que se encuentra la enfermedad cerebrovascular.

La cartera de servicios comunes también contempla la prestación de atención de urgencia, donde se establece que *«la atención de urgencia se dispensará tanto en centros sanitarios como fuera de ellos, incluyendo el domicilio del paciente y la atención in situ, durante las 24 horas del día. El procedimiento y el modelo organizativo para la atención de urgencia serán establecidos por las administraciones sanitarias competentes, de manera que el acceso a la prestación se realice en el tiempo y lugar adecuados para facilitar una atención adaptada a las necesidades de cada paciente»*.

En cuanto a la cartera de servicios comunes de prestación farmacéutica, indica que *«comprende los medicamentos y productos sanitarios y el conjunto de actuaciones encaminadas a que los pacientes los reciban de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el periodo de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y para la comunidad»*.

- El Anexo VI regula la cartera de servicios comunes de prestación ortoprotésica especificándola como *«la utilización de productos sanitarios, implantables o no, cuya finalidad es sustituir total o parcialmente una estructura corporal, o bien modificar, corregir o facilitar su función. Comprenderá los elementos precisos para mejorar la calidad de vida y autonomía del paciente. Esta prestación se facilitará por los servicios de salud o dará lugar a ayudas económicas, en los casos y de acuerdo con las normas que reglamentariamente se establezcan por parte de las administraciones sanitarias competentes»*.

Por otro lado, y en referencia a la elaboración de la Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud y las otras aprobadas anteriormente, cabe señalar que la Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril, en su artículo 70 define que *«El Estado y las CC.AA., aprobarán planes de salud en el ámbito de sus respectivas competencias y que la coordinación general sanitaria incluirá:*

- *El establecimiento con carácter general de criterios mínimos básicos y comunes de evaluación de la eficacia y rendimiento de los programas, centros o servicios sanitarios.*
- *La determinación de fines u objetivos mínimos comunes en materia de promoción, prevención, protección y asistencia sanitaria.*

- *El marco de actuaciones y prioridades para alcanzar un sistema sanitario coherente, armónico y solidario».*

Además, la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del SNS, en el artículo 64 añade: *«Sin perjuicio de las competencias autonómicas de planificación sanitaria y de organización de los servicios, el Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC) y los órganos competentes de las CC.AA., a través del Consejo Interterritorial del SNS, en colaboración con las sociedades científicas, elaborarán planes integrales de salud sobre las patologías más prevalentes, relevantes o que supongan una especial carga sociofamiliar, garantizando una atención sanitaria integral, que comprenda su prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación».*

En cuanto a la normativa relativa al ACV de Castilla Y León, el Acuerdo 45/2016, de 21 julio, de la Junta de Castilla y León, por el que se aprueba el IV PLAN DE SALUD DE CASTILLA Y LEON, PERSPECTIVA 2020 establece:

- El Objetivo General 17, dedicado a “Avanzar en la atención de personas con enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares disminuyendo la morbilidad y la mortalidad”.

Las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares constituyen en Castilla y León la primera causa de muerte en mujeres y la segunda en hombres, por detrás de los tumores.

Constituyen la primera causa de hospitalización, tanto en hombres como en mujeres, si excluimos en este caso los episodios de embarazo, parto y puerperio, enfermedades que más tiempo de estancia hospitalaria provocan.

Es fundamental la planificación de las altas hospitalarias y el seguimiento tras la hospitalización para evitar reingresos, con acciones orientadas a optimizar tratamientos y aumentar el autocontrol.

El Ictus requiere de una atención urgente que permita intervenir lo antes posible y aplicar técnicas más adecuadas en cada caso.

El Código Ictus es protocolo de actuación ya implantado en nuestra comunidad, pero aún tiene que desarrollarse por completo en toda la comunidad.

Por último, es necesario garantizar el acceso a programas de rehabilitación que favorezcan la recuperación y plena autonomía de los pacientes en todas las áreas de salud.

- Objetivo específico 50. Potenciar la rehabilitación en procesos cerebrovasculares en todas las áreas.

Medida 192-. Conseguir una rehabilitación precoz y coordinada en los pacientes con Ictus, estableciendo un PLAN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL al alta dirigido a aumentar la autonomía de los pacientes supervivientes al Ictus, consensuados por

un equipo multidisciplinar de forma activa a la familia en el proceso de rehabilitación.

- Objetivo específico 51. Favorecer la coordinación y continuidad asistencial de la enfermedad cerebrovascular establecida.

Medida 194-. Desarrollar un programa de rehabilitación del paciente con Ictus establecido llevado a cabo por un equipo multidisciplinar que incluya a médicos rehabilitadores, enfermeros, fisioterapeutas, logopedas, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales.

Medida 195-. Establecer la continuidad asistencial en la rehabilitación del paciente con Ictus en fase subaguda y en Ictus establecido según el grado de discapacidad.

5.3. TSS en Servicio de Neurología.

5.3.1. Origen.

El Trabajo Social Sanitario tiene su origen en 1905 en el Hospital General de Massachussets, lugar en el que el Doctor Cabot lo implementa contratando a la primera trabajadora social, llamada inspectora social en este momento.

Es en enero del 2015 cuando se incorpora al Servicio Médico de Neurología del Hospital Clínico Universitario la trabajadora social sanitaria Verónica Olmedo, y es en ese momento cuando se establece el proceso de intervención social específico de la trabajadora social del servicio de neurología con pacientes que han sufrido Ictus.

La Trabajadora Social del Servicio de Neurología del Hospital Clínico Universitario de Valladolid realiza un proceso de intervención con pacientes que han sufrido Ictus compuesto de seis fases:

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

El conocimiento teórico y práctico de una intervención social de tanta complejidad, la adquisición de las competencias señaladas anteriormente y del conocimiento teórico que entraña esta enfermedad y su abordaje psicosocial, así como el manejo de herramientas y protocolos específicos, conlleva, según Verónica Olmedo, una formación específica acreditada y experiencia práctica en un Servicio Médico de Neurología.

La especificidad del Trabajo Social Sanitario en Neurología en la atención a pacientes con Ictus requiere, según Verónica Olmedo, de formación específica acreditada:

1. Conocimientos específicos:

1. Enfermedades neurológicas:
 - a) Qué es el ictus, secuelas, síntomas, terminología clínica, afectación, pronóstico clínico de recuperación.
 - b) Epidemiología, etiología, tratamiento.
 - c) Exploración neurológica, procedimiento y pruebas diagnósticas.

2. El duelo:
 - a) ¿Qué es?
 - b) ¿Cómo se afronta?
 - c) Funciones del trabajador social en el afrontamiento del duelo.

3. Servicio Médico de Neurología:
 - a) Estructura Organizacional / Organigrama.
 - b) Funcionamiento del Servicio Médico de Neurología
 - c) Conocimiento y entendimiento de la dinámica de funcionamiento.
 - d) Dominio de los protocolos y guías de intervención.
 - e) Conocimiento del manejo a pacientes ingresados por Ictus en el Servicio de Neurología.

4. Recursos y apoyos específicos:
 - a) Recursos del Hospital Clínico Universitario Valladolid y apoyos para los pacientes que han sufrido Ictus: requisitos, finalidad, objetivos, trámite a realizar, tiempo de duración, etc...
 - b) Recursos de otros Sistemas de Protección Social: Servicios Sociales, Educación, Empleo, Seguridad Social etc...
 - c) Movimiento asociativo formal e informal que representa la comunidad en su área y apoya a los pacientes afectados por Ictus.

5. Comunidad:
 - a) Capacidad para detectar/captar riesgos psico-sociales que permitan intervenir en su comunidad.
 - b) Conexión, comunicación fluida y continua con las Asociaciones de Familiares y Pacientes que han sufrido enfermedades neurológicas.

2. Competencias concretas:

2.1. Manejo de:

- Técnicas y herramientas propias y específicas del/la Trabajador/a Social Sanitario/a con familiares y pacientes que han sufrido Ictus.
- Escalas de valoración del/la Trabajador/a Social Sanitario/a.
- Herramienta informática de registro de los profesionales del Servicio Médico de Neurología que intervienen con el paciente.

2.2. Participación en:

- Grupos científicos de enfermedades neurodegenerativas
- Ponente en Jornadas sobre Ictus
- Trabajos de investigación sobre aspectos sociales y/o intervención del/la Trabajador/a Social Sanitario/a en el Ictus.
- Iniciativas grupales con pacientes o familiares de Ictus.

2.3. Capacidad para:

- Acoger, escuchar activamente, estimular la verbalización y ser depositario de las necesidades y problemas de los pacientes y familias.
- Captar el estado emocional, facilitando la expresión de sentimientos.
- Diseñar proyectos de atención grupal para la atención al riesgo.
- Detectar/captar riesgos psico-sociales que permitan intervenir en su comunidad.
- Respetar valores y creencias del paciente, respeto a la intimidad, confidencialidad de la información y derechos de las personas usuarias del sistema de salud.

5.3.2. Definición.

La atención, tratamiento e intervención social con pacientes neurológicos, y por tanto con 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 grupal con estos pacientes se desarrolla en el lugar de trabajo, de la trabajadora social sanitaria de Neurología, el Hospital Clínico Universitario de Valladolid, perteneciente a la red pública de la Consejería de Sanidad de Castilla y León.

El ictus irrumpe en la vida personal y familiar del paciente de forma repentina y brusca provocando una situación 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 aportación del Trabajo Social Sanitario en el Servicio de Neurología supone una alternativa a la solución de las dificultades o problemas sociales que surgen con la aparición del desarrollo de la enfermedad, durante el ingreso del paciente en el hospital y al alta hospitalaria.

La detección por parte de la trabajadora social del servicio de neurología del Hospital Clínico Universitario de Valladolid de la falta de recursos, prestaciones, servicios y actividades de apoyo para las familias es pilar fundamental en la recuperación y rehabilitación de todos los pacientes.

Uno de los principales objetivos del Trabajo Social Sanitario con pacientes que han sufrido ictus es la detección de problemáticas sociales y el abordaje integral de la situación socio-sanitaria del enfermo desde su ingreso estableciendo planes de post-hospitalización que faciliten el soporte necesario para seguir las indicaciones terapéuticas y mantener una calidad de vida óptima tanto en el enfermo como en su principal apoyo, la familia.

5.3.3. Funciones del trabajador social sanitario del HCUV.

En este punto, es importante mencionar las funciones y competencias que, como trabajadora social del servicio de neurología, se desempeñan:

1. Durante el ingreso hospitalario:

- Recepción de casos para la valoración de la estructura social familiar, el apoyo que el paciente recibe y los medios económicos de los que disponen.
- Proporcionar acompañamiento y apoyo social al paciente y familias desde el ingreso hospitalario, durante todo el proceso y hasta dos años o más después del alta hospitalaria.
- Actuar como nexo de unión entre familias y personal médico y profesional del hospital para una mejor comunicación y comprensión entre los mismos.
- Es el Interlocutor entre los profesionales del hospital, la familia y el afectado.

TRABAJO DE FIN DE GRADO

- Facilitar información realista y verídica al paciente y familia para la prestación de ayuda, atención y cuidado del paciente.
- Promoción o creación de una red de apoyo que sirve como herramienta para fomentar la autonomía y bienestar tanto de las familias como de los mismos.
- Asesoramiento a las familias para implicarles en su proceso de decisión desde el inicio del ingreso.
- Contribución al desarrollo y fomento de recursos propios familiares o del entorno y creación de recursos específicos para el ictus.
- Atención a las familias, orientándoles y ayudándoles a afrontar la nueva situación social.
- Búsqueda de recursos al alta y coordinación con la comunidad y el Departamento de Trabajo Social del Hospital cuando sea necesario.

2. Al alta hospitalaria:

- Apoyo a las familias en la fase de vuelta al domicilio.
- Prevención de la sobrecarga familiar, realizando el acompañamiento en la resolución de problemas de índole social que se generan durante el proceso de recuperación.
- Asesoramiento:
 - En la normalización y reeducación de la vida diaria del núcleo familiar.
 - Sobre los recursos y ayudas que pueden gestionar (ley de dependencia, discapacidad, incapacidad laboral...).
 - Sobre ayudas técnicas necesarias de cada paciente en función de los recursos económicos.

3. Por último, algunas de las herramientas y técnicas utilizadas para la correcta aplicación de sus funciones son:

- ✓ Historia social de trabajadora social del servicio de neurología.
- ✓ Informe del trabajador social al alta hospitalaria.
- ✓ Informe social.
- ✓ Registro de intervenciones.
- ✓ Entrevista.
- ✓ Observación.
- ✓ Planificación.
- ✓ Evaluación.
- ✓ Soporte emocional y/o social.

CAPÍTULO 2: PARTE PRÁCTICA.

6. Intervención grupal.

La evolución de nuestra profesión ha hecho que, todavía hoy en día, el enfoque principalmente individual tenga un peso considerable en la práctica del Trabajo Social. Los trabajadores sociales sanitarios especializados disponen de una «herramienta» que en numerosos casos resulta muy eficaz, aunque poco empleada. Y dentro de este tipo de respuesta se encuentra el grupo de ayuda mutua o soporte.

Esta intervención es una respuesta alternativa a los problemas y necesidades que presentan algunos de nuestros usuarios, y través de ella, también el grupo puede ser recurso para efectuar cambios en el contexto ambiental.

6.1. En qué consiste.

La metodología utilizada en intervención grupal puede definirse como un proceso de ayuda en el que el/la trabajador/a social promueve la creación de un grupo con la finalidad de dotales de empoderamiento e involucrarles en el proceso de atención del que ellos mismos son partícipes, provocando así un cambio generalizado (a través del aprendizaje, de la aportación de un espacio común de atención y apoyo, de la implicación en el proceso de recuperación...).

En este tipo de intervención, el trabajador social desarrolla la función de creador del grupo, organizador del mismo, facilitador/a y promotor/a de cambios entre los miembros del grupo a diferentes niveles, entre los que destacan el nivel cognoscitivo, el afectivo y el conductual.

Esta intervención es una respuesta alternativa a los problemas y necesidades que presentan algunos de nuestros usuarios, y a través de ella, también el grupo puede ser recurso para efectuar cambios en el contexto ambiental.

“En los GAM se unen los beneficios del intercambio de dar y recibir ayuda, de intercambio de experiencias, de conocimientos, de apoyo, etc., más los beneficios que aporta a la persona la participación en un grupo. El grupo da la oportunidad a las personas de satisfacer sus necesidades de pertenencia a un grupo, de fortalecerse, de adquirir conocimientos y habilidades, de participar y de expresar sus propios sentimientos y de poder compartir. El grupo capacita para afrontar nuevas situaciones y para decidir en la libertad de acción y también favorece el cambio de actitudes” (Roca, Llauger, 1994: 217).

Analizando el párrafo anterior, se puede argumentar que los grupos fomentan la ayuda mutua entre los componentes a través de las interacciones que se producen entre los mismos. Pero, además, facilitan el crecimiento y desarrollo individual de los participantes en cuanto a la asunción de nuevas responsabilidades y capacidades que aumentan su autonomía personal.

Por otro lado, sus miembros también aprenderán a mantener una escucha activa, desarrollando así la capacidad empática con los demás miembros.

6.2. Cómo funciona.

La trabajadora Social Sonia Ródenas Picardat (1996) expone que el grupo está formado por un conjunto de personas que se reúnen primeramente junto al trabajador social, que sirve de guía de intervención, y posteriormente sin la presencia de un profesional. Y ello porque una de las premisas de este grupo es que todos sus miembros se sitúen al mismo nivel y no sean dirigidos, sino independientes.

Continúa diciendo que la presencia de un profesional, aunque éste quisiera situarse a la misma altura que los demás miembros, impediría el correcto funcionamiento del grupo, puesto que generalmente los otros componentes piensan que sus aportaciones pesan más y tienen tendencia a dirigirse hacia él y no al conjunto de los asistentes. Ello sin olvidar que, en la práctica, al profesional le es difícil desligarse de su papel directivo.

Sin embargo, para que el grupo funcione correctamente, tiene que estar presente la figura de un facilitador. Este facilitador es un miembro del grupo que es elegido por el mismo de forma democrática y que desarrolla las siguientes funciones: (Ródenas Picardat, 1996).

- La de moderador, resolviendo los problemas o asperezas que surjan entre los miembros y potenciando su participación.
- La de nexo de unión entre el interior y exterior del grupo, invitando a los profesionales y/o haciendo posible que siempre que sea necesario entre información que el grupo necesite o demande.

Además, como se mencionó con anterioridad, el grupo puede llegar a prestar un apoyo material, pero su principal función es el apoyo emocional. Este apoyo se puede dar de varias formas:

- A través del desahogo y la liberación de sentimientos.
- A través de la técnica del espejo (Orsi, JF. y Pinto Martín, E., 1991). Cuando una persona tiene un problema, le cuesta aclarar sus ideas con respecto al mismo, encontrar posibles soluciones a éste y remontar los estados emocionales por los que pasa. Sin embargo, cuando el que atraviesa el conflicto es otro, resulta más fácil ver con claridad en qué consiste y, por lo tanto, encontrar una solución.

En el caso de los grupos de apoyo, lo que cuenta la otra persona es lo que vive uno mismo y así, al encontrar una respuesta al problema ajeno, generalmente lo estamos haciendo al nuestro propio.

Por último, existen unas técnicas y condiciones² que facilitan la evolución de los grupos. Algunas de ellas son:

- No olvidar que el otro es el protagonista de su propia historia. Por lo tanto, hay que evitar dar consejos y soluciones.
- La honestidad y la claridad son importantes.
- Es importante hablar desde el presente. El pasado no se puede cambiar, pero si se puede actuar en el presente para que cambie el futuro.
- Empatizar, identificarse con el otro.
- La autoayuda va dirigida al aprendizaje desde el conocerse a uno mismo: qué se quiere cambiar y cómo.
- Centrarse siempre en los sentimientos.
- La base fundamental del grupo es la escucha activa.

6.3. Objetivos.

A grandes rasgos, se pueden definir objetivos³ que pueden ser comunes a todos los grupos de apoyo:

1. Facilitar un apoyo psicológico a todos los miembros del grupo.
2. Rehacer y potenciar las relaciones sociales de los afectados.
3. Aumentar y mejorar el bienestar y calidad de vida de los pacientes y sus familias.
4. Informar sobre los recursos existentes, sobre la problemática en sí o sobre las posibles actividades.
5. Promover espacios de ayuda mutua y resiliencia.
6. Servir como herramienta de ayuda para la verbalización de sus miedos y preocupaciones.
7. Proporcionar una red de apoyo social.
8. Servir de grupo de presión.
9. Promover el sentimiento psicológico de comunidad.
10. Fomentar la creación de asociaciones y organizaciones de defensa de sus derechos.

² Picardat, S. R. (1996). Grupos de ayuda mutua: una respuesta alternativa en la práctica del trabajo social. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, (4), 195-205.

³ Ídem.

6.4. Características comunes.

Haciendo referencia a las características que definen los GAM, Roca, Fiol y Villalbí (1989) argumentan en un texto pionero que estas características son:

- Carecer de una estructura jerárquica y ser producto de una asociación libre.
- Funcionar sin la supervisión de ningún profesional externo.
- Valorar especialmente la interacción personal entre sus miembros, así como la asunción individual de responsabilidades.
- Promover unos valores mediante los cuales sus miembros puedan reforzar la propia identidad y autoestima.

6.5. Tipos.

Los Grupos de Ayuda Mutua engloban situaciones muy variadas que no siempre tienen las mismas metas y objetivos. Esto establece el desarrollo de distintos tipos de GAM en función de diferentes criterios expuestos a continuación⁴. La clasificación más común en nuestro país diferencia tres tipos de situaciones genéricas:

1. Grupos de personas afectadas por enfermedades crónicas o de larga duración y por trastornos congénitos.
2. Grupos de personas con adicciones. Este sector tiene una especial significación histórica y simbólica, puesto que los primeros GAM aparecen en el campo del alcoholismo.
3. Grupos de personas con situaciones de difícil asimilación.

Los GAM se clasifican también según quienes son sus componentes:

1. GAM de personas afectadas.
2. GAM de familiares de personas afectadas, que a veces incluyen también a amigos.
3. GAM mixtos de personas afectadas y familiares.
4. GAM de profesionales.

En función de los objetivos y actividades se establece otra clasificación:

1. Grupos para el intercambio de información y de experiencias.
2. Grupos para realizar actividades de relación social o de tipo recreativo.
3. Grupos enfocados hacia la creación y prestación de servicios.
4. Grupos de presión social.
5. Grupos de apoyo emocional.

⁴ Siguiendo las líneas de Roca, Llauger (1994: 216-217).

6.6. La familia como foco de intervención.

6.6.1. Por qué con las familias.

La familia constituye el eje y foco de intervención, y la elección de este colectivo viene determinada por muchos factores analizados y estudiados con la meta de mejorar nuestra intervención desde el Trabajo Social, desarrollando la búsqueda de nuevas necesidades y con la intención de ampliar el bienestar social, en este caso, de los pacientes del servicio de neurología del HCUV y su entorno social.

Los pacientes que han sufrido ictus deben ser atendidos por todos los profesionales que constituyen, en su conjunto, el equipo multiprofesional del Servicio de Neurología del hospital. Esta atención se lleva a cabo a través del trabajo en equipo y ofreciendo la mejor atención posible para alcanzar los mejores resultados. Pero no por ello, debemos olvidar su entorno y los grandes olvidados, es decir, sus cuidadores y, por tanto, la familia.

Es preciso señalar la importancia de la aparición de enfermedades neurológicas en el proceso de envejecimiento, ya que conllevan en la mayoría de casos la disminución de la autonomía de los mayores, lo que afecta no solo a estos, sino también y de forma considerable a sus familiares y cuidadores. Por ello, es de vital importancia la atención y el cuidado que ofrecen, ya que conlleva un apoyo FUNDAMENTAL en todos los aspectos, tanto económico-asistencial, como psicológico-afectivo.

No sólo tenemos que fijar la mirada en el bienestar del paciente, sino también en el bienestar del familiar, teniendo en cuenta que el que no haya sufrido la enfermedad, no quiere decir que no precise de intervención social y ayuda por parte de los profesionales.

Desde el alta hospitalaria, más del 80% de los pacientes que han sufrido ictus viven con sus familias y, en muchos casos, es la familia la única red social que tiene el paciente y la clave para su cuidado y soporte.

Se debe ampliar la cobertura de la intervención posibilitando la mejora global y complementando la calidad de nuestra intervención.

Por tanto, y por todo lo expuesto en los párrafos anteriores, la creación del grupo de ayuda mutua sirve como herramienta para que los familiares puedan ofrecerse un apoyo emocional, mejoren en sus funciones de cuidadores a partir de la ayuda de los profesionales en las diferentes sesiones y, en definitiva, creen una red de apoyo en su conjunto que servirá como herramienta de apoyo, presión y aprendizaje.

En el proceso de rehabilitación psicosocial no se pueden obtener resultados eficaces y eficientes sin tener en cuenta la familia y el entorno social más próximo del paciente. Podemos y debemos convertir a la familia en el mejor recurso del paciente, atendiendo las necesidades de ésta y aportándole la atención que precise para conseguir desarrollar un apoyo de calidad conjunto.

6.6.2. El sistema familiar afectado por la enfermedad y el consiguiente cambio de roles entre sus miembros.

El impacto del accidente cerebrovascular afecta tanto a los familiares como al paciente. Los familiares son verdaderas víctimas, que con frecuencia sufren más que el propio paciente al tener mayor conciencia de la situación.

Una persona que le sobreviene un ictus, necesita de cuidados, atención constante y permanente, pero la asistencia que precisa, habitualmente, acaba recayendo en una persona de su entorno familiar.

Dependiendo del grado de dependencia del paciente, el cuidador principal está tan volcado en su atención que olvida “cuidarse a sí mismo”. Dejando, en ocasiones, de disfrutar de su tiempo libre, o careciendo de él; descuidando su aspecto físico, privándose de su vida social u olvidando sus ocupaciones previas.

En la intervención del trabajador social debe tenerse en cuenta tras cambio de roles de la familia la intervención en la organización de la misma, para favorecer así una estabilidad y atención eficiente del enfermo. Pero para obtener buenos resultados hay que tener muy en cuenta aspectos como el estrés y sobrecarga del cuidador o las limitaciones que pueda a tener el enfermo a causa del ictus.

Los recursos que precisa el paciente además de materiales son sociales, y en ellos el papel fundamental lo desarrolla la familia. Pero, además, es fundamental no olvidar el recurso interno del propio paciente, la necesidad de cubrir afecto, la atención, la escucha, la comprensión, los sentimientos más profundos del paciente y el hecho de hacerle partícipe de la toma de decisiones, transmitiendo así, que sigue formando parte de la familia.

6.6.3. Adaptación a la nueva situación y construcción del bienestar.

Los familiares de las personas que han sufrido ictus se deben enfrentar al trauma inicial y los cambios que se producen de forma inesperada con la llegada del ictus a sus vidas.

Inicialmente, se percibe como un pequeño sacrificio necesario para el bien del paciente, pero el paso del tiempo y la prolongación de un cuidado tan intenso a veces indefinido conlleva la aparición de problemas que son necesarios prevenir.

Los cambios que se producen en sus vidas son tan inesperados y desconocidos, que promueven la posible aparición de:

- Estrés.
- Ansiedad.
- Alteraciones del comportamiento.
- Conflictos familiares.
- Tensiones con otras personas.
- Desesperación.
- Depresión reactiva.
- Insomnio.

Estas reacciones inevitablemente repercutirán en el familiar que ha sufrido ictus y sobre la calidad del cuidado recibido. Por ello es importante el cuidado del cuidador, para mejorar la calidad de vida tanto del paciente, como de la persona que le cuida. Es importante que la labor de atención y cuidado del familiar con ictus se divida entre varios familiares y no reincida siempre sobre la misma persona, ya que la recuperación y rehabilitación tienen una evolución larga y lenta, por lo que se trata de un proceso complejo en el que hay que mantener la calma, tomarlo con tranquilidad y transmitir serenidad a los pacientes. Además, será importante también promover que el cuidador tenga momentos de respiro y que disfrute de tiempo libre.

En estos casos, la ayuda de profesionales es fundamental para aprender cómo tratar al familiar con ictus. Esto provocará que los familiares tengan la información y recursos necesarios para sobrellevar la nueva situación a la que se enfrentan y reducirá los sentimientos de preocupación, soledad, miedo y ansiedad.

La nueva situación a la que deben enfrentarse los familiares es difícil, pero se debe promover positividad, animando al paciente así como a ellos mismos y tratando de reforzar los logros y el esfuerzo, en lugar de señalar los errores.

Es de gran importancia que el familiar reconozca los logros del paciente. Cuando falle, deberá explicarle en qué se ha equivocado, sin irritarse. La calma, la tranquilidad y el cariño deben estar presentes en la resolución de los problemas. Además, debe producirse una buena comunicación con los profesionales del equipo de rehabilitación y los trabajadores sociales, ya que, trabajando familia y profesionales en equipo, se consiguen mejores resultados.

Otro punto importante para el bienestar del familiar es el de promover que mantenga actividades de ocio y tiempo libre y que no abandone sus relaciones sociales existentes antes producirse el Ictus.

El familiar debe reforzar el “cuidarse de sí mismo”, intentando mantener las actividades que realizaba en su vida cotidiana, sacar tiempo para sus aficiones y dejar la responsabilidad del cuidado a otros familiares o personas del entorno más cercano del paciente.

6.6.4. El papel de las familias.

Las familias son una parte esencial del proceso de atención y recuperación.

Una familia bien informada, asesorada y en colaboración con su equipo de rehabilitación, obtendrá mejores resultados que si el paciente actúa aisladamente.

Tras varias observaciones se puede argumentar que, las familias que recurren al Servicio de Trabajo Social del HCUV, no consideran que la atención que aportan a sus familiares sirva como solución a los problemas que aparecen en las mismas y, sin embargo, su atención y el apoyo mutuo que desarrollan resulta imprescindible para la recuperación del paciente.

La reorganización de los roles dentro de la familia será fundamental en la resolución de sus problemas, y como profesionales, debemos sensibilizar a los usuarios y sus familias, ya que la mayoría de los cuidadores creen que las soluciones vendrán de los recursos materiales y no de la propia familia.

6.6.5. El papel del trabajador social.

El papel del trabajador social es fundamental en el desarrollo de las sesiones. No tanto en su participación directa en todas las sesiones, que debe ser limitada, como en la consecución de los objetivos, para lo que será figura esencial.

El trabajador social detecta la necesidad de los familiares, capta a los familiares susceptibles de participación en este grupo, realiza diferentes acciones para establecer el día y la hora (en la que influyen diferentes factores : disponibilidad sala, horario de los asistentes, etc.), organiza los medios técnicos para la presentación, organiza el espacio, realiza la presentación de la primera sesión de establecimiento y conformación del grupo con el fin de orientar y servir del guía al facilitador y todos los miembros del grupo y presenta al profesional que participará en cada sesión y grupo.

EL trabajador social abandona el grupo cuando lo ve oportuno, pues no hay que olvidar que la principal característica y función de los grupos de apoyo es generar independencia y autonomía a sus miembros, por ello, el trabajador social deberá mantenerse en un segundo plano y como figura de apoyo ante dificultades que puedan ir surgiendo, pero sin generar dependencia ni protagonismo para la consecución de los objetivos.

Ejercerá también la función de técnico moderador al que se consulta de forma puntual sobre problemas o dudas que pueden ir surgiendo y que por sí solos no pueden solucionar.

Deberá conocer muy bien cuáles son los problemas y necesidades a los que dan respuesta los grupos de apoyo para poder derivar a los usuarios que lo necesiten, ya que lo que se pretende es reducir las derivaciones a terapias individuales o grupos terapéuticos y producir una intervención más eficaz y eficiente.

También, hay que tener en cuenta que el trabajador social es el encargado de formar los grupos, de su organización, de la programación de las sesiones con los diferentes profesionales del servicio de neurología y de la evaluación continua y posterior a su finalización.

6.6.6. *Fases del proceso de intervención.*

a) Investigación.

En esta primera fase se llevarán a cabo los procesos metodológicos acordes a la recolección de conocimientos e información necesarios para el correcto desarrollo de la intervención posterior:

- Observación indirecta: revisión bibliográfica.
- Análisis del colectivo con el que se va a intervenir.
- Establecimiento de objetivos.
- Establecimiento de instrumentos de recogida de datos.
- Creación de documentación informativa para los familiares asistentes.

b) Fase de diseño de grupo: evaluación y formación.

Una vez realizada la correspondiente investigación del colectivo sobre el que se interviene, la enfermedad, y la elaboración de los objetivos de la intervención, se da paso a la formación del grupo.

Para ello, se lleva a cabo:

1. Identificación de todos los pacientes de ictus de los años 2015, 2016 y 2017 y sus familias.
2. Elección del número de participantes: Se determina que el grupo esté compuesto entre 15 y 17 familiares, para contribuir a la creación de un grupo de mayor confianza y una mejor organización para la consecución de los objetivos.
3. Establecimiento de duración de las sesiones: Se ha estimado que la duración más adecuada es de 1 hora y media (ágil, cargas familiares, evitar pérdidas de concentración).
4. Selección de los criterios muestrales. Se ha utilizado un tipo de muestreo no probabilístico o por conveniencia, en el que los sujetos han sido seleccionados a través de una serie de criterios:
 - Familiares, porque en ellos recae el foco de la intervención.
 - Pacientes con los que se haya trabajado más de dos años, por la relación de confianza generada con la trabajadora social.
 - Sexo, criterio que se ha tenido en cuenta para desarrollar una muestra media proporcional a cada sexo.
 - Edad, se ha tenido en cuenta que los participantes sean de edades diversas para el enriquecimiento del grupo a partir de aportaciones desde diferentes visiones generacionales.

- Parentesco con el paciente, criterio tenido en cuenta para la selección de participantes con diferentes parentescos. En este punto se consigue la aportación desde diferentes roles de la familia para una misma situación desarrollando así la empatía con los otros miembros de la familia: hijos/as, esposa/o, madre/padre, hermana/o, sobrina/o.
- Disponibilidad horaria. Criterio tenido en cuenta a la hora de contactar con los familiares para la participación en el grupo con la finalidad de conseguir una participación regular de los miembros del grupo.
- Lugar de residencia, Valladolid y municipios cercanos, por la proximidad para acudir a las sesiones.
- Accesibilidad en medios de transporte desde sus domicilios, teniendo en cuenta que muchos de los participantes no conducen.
- Interés de los familiares por formar parte del grupo, teniendo en cuenta su manifestación, a lo largo de la intervención individual de la trabajadora social, del vacío de conocimientos con el que se encuentran, la soledad, y en definitiva el deseo de la pertenencia a un grupo.

El motivo de elección de este tipo de muestreo (a partir del cual se comprobará la verificación de las hipótesis de partida), se debe al carácter pionero e innovador de la iniciativa.

5. Identificación de los familiares del grupo que cumplen los criterios muestrales y creación del listado de asistentes provisionales.
6. Selección de los familiares a partir de la confirmación de asistencia y creación de tabla definitiva compuesta por éstos en la que figurarán los principales datos de interés de los familiares: datos del paciente, su diagnóstico y lugar de residencia; así como el familiar de referencia junto al teléfono de contacto y domicilio.
7. Confirmación de sala, así como de los medios técnicos y tecnológicos necesarios y la disponibilidad de asiento para todos los participantes.
8. Revisión de la documentación elaborada para primera sesión y preparación del power point y de la documentación de recogida de datos/evaluativa a entregar a familiares.
9. Comprobación antes de la celebración de cada sesión del funcionamiento de los medios técnicos.

Una vez elaborada la formación del grupo y la documentación necesaria, se realiza aproximadamente una sesión cada dos semanas.

c) Fase inicial: presentación y orientación.

Tabla 1: Familia y Trabajo Social.

SESIÓN 1: FAMILIA.	
QUIEN IMPARTE	TRABAJADORA SOCIAL SANITARIA DEL SERVICIO DE NEUROLOGÍA DE HCUV.
OBJETIVOS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificación, Presentación y conocimiento de los miembros del grupo: <ul style="list-style-type: none"> -Nombre y apellidos. -Parentesco con familiar que ha sufrido ictus. -Exposición breve de la repercusión del ictus en su unidad familiar. 2. Promover una red de apoyo entre los familiares de los pacientes que han sufrido ictus. 3. Ofrecer un espacio de escucha y atención a los familiares. 4. Proporcionar información y herramientas para el afrontamiento diario de la atención y cuidado del familiar con ictus.
DURACIÓN	2 h.
CONTENIDO	<ul style="list-style-type: none"> -Presentación de los participantes del grupo. -Conocimientos básicos a cerca de la enfermedad. -Influencia de los factores psicosociales en la atención a la salud-enfermedad de los familiares. -El papel del cuidador en la familia: <ul style="list-style-type: none"> • Orientación y asesoramiento sobre la atención y cuidado diario. • Manejo de las situaciones estresantes que se generan fruto del cuidado continuado. • Información sobre estrategias de afrontamiento adecuada para una atención continuada. • La aportación de preservar su espacio de ocio y tiempo libre. • Cuando solicitar apoyo, de qué manera, a quién. • Signos de alarma: estrés, ansiedad, irascibilidad, tristeza. - Funciones del trabajador social sanitario del Servicio Médico de Neurología.
HERRAMIENTAS UTILIZADAS:	Medios tecnológicos (pantalla tecnológica, proyector y ordenador). Comunicación oral. Hoja de evaluación.

Fuente: elaboración propia.

- Primera sesión informativa y de presentación.
 Impartida por la trabajadora social sanitaria del HCUV Verónica Olmedo Vega, ha contado con la participación de 14 familiares.
 En esta primera sesión se realiza la presentación del grupo, así como una primera charla informativa para los participantes donde se extrajeron una serie de observaciones y conclusiones que es preciso señalar:
 En la presentación inicial de los familiares, cada participante expresó su parentesco con el paciente, su situación familiar y sus preocupaciones o inquietudes más latentes.
 Se pudo ver cómo necesitaban contar sus preocupaciones y desahogarse, y cómo, a pesar de no conocerse, se entendían y empatizaban sólo con la mirada.

En el desarrollo de la charla informativa a los pacientes, se fue preguntando a los familiares sobre diferentes aspectos de la rehabilitación del paciente o de la situación familiar en la que se encontraban y se pudo observar:

- Respecto a la comunicación del paciente con el familiar y viceversa, existía una clara diferencia entre los familiares en la forma de comunicarse con los pacientes y llevar a cabo la comunicación.
- Los familiares manifiestan que se encuentran un poco solos y llenos de responsabilidad a la hora de cuidar a su familiar.
- Sufren muchas tensiones con su entorno más cercano, estrés y ansiedad.
- Generalmente, y a pesar de que la situación es difícil, hay bastante positivismo y ganas de superación entre los cuidadores.
- También manifiestan que se están centrando en el cuidado del paciente y dejando de lado otras responsabilidades como el resto de la familia. Pero añaden que deben hacerlo porque sienten la necesidad y porque ahora lo que deben hacer y lo importante es el paciente.
- Todos, sin excepción, han notado que hay tensiones muy grandes en la familia desde la llegada de la enfermedad a sus vidas.
- Se preguntan quién cuida o se preocupa por los cuidadores y manifiestan que son los grandes olvidados (lo sufren en silencio).
- Expresan la dificultad de dejar las responsabilidades con el paciente y disfrutar de tiempo libre porque sienten que les necesitan y miedo a perderles o abandonarles.
- Manifiestan también las dificultades para financiar los tratamientos y la rehabilitación del paciente.
Están muy descontentos con las ayudas de la dependencia que reciben.
- Además, existe un descontento con la atención de los profesionales del equipo, argumentando que no atienden al paciente el tiempo suficiente. Critican, pero también alaban, el trabajo de los profesionales. No dudan de su profesionalidad y respeto. Destacando la figura de los trabajadores sociales en el apoyo psicosocial y gestión de los recursos.
- Hablan de la experiencia de los pacientes en las residencias de rehabilitación y es curioso ver cómo hablando del mismo centro, hay disparidades y diferentes opiniones entre ellos.
- La existencia de un familiar de un paciente fallecido ha servido de gran ayuda y apoyo para los demás familiares.

Para esta primera sesión fue elaborada documentación⁵ escrita con información acerca del servicio de neurología del HCUV y sobre el papel y la importancia de las familias en una enfermedad como el Ictus.

⁵ Puede verse en los Anexos.



Hay que destacar la buena participación de los familiares en todo momento, su agradecimiento por la formación del grupo y su predisposición para continuar con el desarrollo de más sesiones.

La intervención grupal ha manifestado una ayuda y apoyo evidentes entre todos los participantes, ya que han empatizado y se han ayudado mutuamente en un ambiente de mucha confianza creado por el entendimiento mutuo al encontrarse en situaciones muy similares.

Se ha podido observar claramente cómo se han sentido reforzados, desahogados y con más positivismo y fuerzas después de esta primera sesión.

d) Fases de desarrollo del grupo.

- Sesiones de guía, información y orientación impartidas por los profesionales del servicio de neurología del HCUV.

Tabla 2: Neurología y familia.

SESIÓN 2: NEUROLOGÍA Y FAMILIA.	
QUIEN IMPARTE	NEURÓLOGO DEL SERVICIO DE NEUROLOGÍA DE HCUV.
OBJETIVOS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aportar información relativa a la neurología y educación sanitaria a los pacientes para aumentar sus conocimientos sobre el Ictus. 2. Aclarar y resolver dudas acerca de la enfermedad. 3. Ofrecer un espacio de escucha y atención a los familiares de los pacientes. 4. Promover cambios de estilos de vida, hábitos y costumbres que favorezcan la salud. 5. Garantizar la continuidad del tratamiento en el hogar. 6. Importancia y responsabilidad de la familia en el cuidado de la salud de los enfermos.
DURACIÓN	1 h 30 min.
CONTENIDO	<ul style="list-style-type: none"> - Factores de riesgo. - Explicación sobre la intervención médica cuando aparece un ACV o Ictus. - Qué es el "Código Ictus". - Causas que pueden generar la posible repetición de un Ictus. - Las primeras horas del Ictus: el ingreso hospitalario. - Tratamientos en el Ictus. - Cirugía en el Ictus. - Rehabilitación después de un Ictus. - Medidas de prevención.
HERRAMIENTAS UTILIZADAS:	Medios tecnológicos (pantalla tecnológica, proyector y ordenador). Comunicación oral. Hoja de evaluación.

Fuente: elaboración propia.

Esta sesión ha sido impartida por la neuróloga Mercedes de Lera Alfonso y ha contado con la participación de 17 asistentes.

Durante la sesión la neuróloga ha expuesto una serie de conocimientos relativos al Ictus, haciendo hincapié en aquellos que han suscitado más dudas e interés por parte de los familiares.

Algunos de los temas tratados en la exposición han sido: los factores modificables y no modificables del Ictus, los tipos, el Código Ictus, el tratamiento en fase aguda, tratamiento en fase crónica, prevención y nuevas líneas terapéuticas.

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Se pone de manifiesto la dificultad de diagnosticar en un primer momento el ACV, ya que en ocasiones los síntomas que presentan los pacientes son similares a otro tipo de procesos clínicos como el vértigo, los mareos, etc. Por ello requiere un estudio pormenorizado del especialista en neurología.

El tratamiento que reciben los pacientes en el hospital es de gran calidad, y los productos utilizados son los más innovadores y efectivos existentes en el mercado.

Siguiendo en esta línea, los familiares hacen mención de fármacos que han encontrado en fuentes como internet y exponen sus dudas a la neuróloga. Ésta advierte de la peligrosidad de estas páginas web, ya que los fármacos han sido sólo utilizados en investigación y no están en el mercado legal. Los familiares manifiestan su desesperación llegando al punto de haber intentado comprar estos “fármacos milagro”. Los familiares se muestran muy interesados en este tema y en las posibles mejoras de los pacientes.



En la exposición y explicación del Código Ictus, surgen muchas dudas propuestas de mejora en la atención. Surge debate entre los familiares en el que se argumenta que no a todos les une el mismo tipo de Ictus o el mismo tratamiento, y la neuróloga les clarifica que la asistencia sanitaria de cada uno depende de la situación clínica del paciente, de las secuelas producidas o de los factores de riesgo previos.

Se puede percibir que los familiares se muestran mucho más seguros y empoderados cuando la especialista en neurología les explica las dudas clínicas que verbalizan.

En la exposición de la fase crónica, la neuróloga destaca la importancia de los familiares y del entorno social de los pacientes en esta fase de rehabilitación.

En esta parte se hace también mención de la labor del equipo de profesionales del Servicio de Neurología, destacando el trabajo conjunto, de coordinación y colaboración entre el equipo multiprofesional.

Expone que el foco de atención e intervención son los pacientes, pero también las familias.

Durante el final de la exposición los familiares han mostrado muchos miedos a una posible repetición del Ictus y a los factores genéticos del mismo, que podrán ocasionar la aparición de un Ictus en sus futuras vidas. La neuróloga les manifiesta que no hay que vivir con ese miedo porque paraliza tanto al paciente como al familiar, y es momento de mantenerse positivos y activos.

También se destaca que, en la rehabilitación, aunque se produzca una mejoría mucho más evidente los primeros meses, siempre existe una mejoría a lo largo del tiempo. No pueden desaparecer todas las secuelas al 100% porque se han muerto neuronas del cerebro en la aparición del Ictus, pero se puede llegar a tener una recuperación casi completa.

Durante toda la exposición, se ha dado una gran participación por parte de los familiares, mostrando su interés y exponiendo muchas dudas y miedos personales.

La neuróloga, expone y destaca la importancia de la sensibilización de la población para la prevención y rápida atención en caso de Código Ictus.

También se destaca la importancia de los factores de riesgo de la enfermedad, y del mantenimiento de una buena salud para la prevención del Ictus. Para ello relata que es muy importante la educación sanitaria que reciba la población desde sus centros de salud.

Por último, los familiares dan las gracias y muestran su satisfacción con el desarrollo de la sesión, que les ha sido de gran utilidad y apoyo, contribuyendo a una mayor sensibilización y concienciación del Ictus, problema que afecta a toda la sociedad.

Tabla 3: Logopedia y familia.

SESIÓN 3: LOGOPEDIA Y FAMILIA.	
QUIEN IMPARTE	LOGOPEDA DEL SERVICIO DE NEUROLOGÍA DE HCUV.
OBJETIVO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aportar información relativa a los problemas y discapacidades en el habla que pueden surgir después del Ictus. 2. Resolución de dudas a la hora de establecer una comunicación con sus familiares. 3. Mejorar la comunicación entre los pacientes y su entorno. 4. Instruir a los familiares para poder trabajar la comunicación y rehabilitación de forma continuada también sus hogares.
DURACIÓN	1 h 30 min.
CONTENIDO	<ul style="list-style-type: none"> - Conocimientos básicos a cerca de las secuelas en el habla producidas por el Ictus y técnicas de mejora y rehabilitación para recuperarla. - Funciones y competencias del logopeda con pacientes de Ictus. - En qué consiste la rehabilitación del logopeda. - Exposición de problemas <u>logopédicos</u> más habituales que puede presentar una persona tras haber sufrido Ictus. - Pautas y recomendaciones para mejorar la comunicación con los pacientes.
HERRAMIENTAS UTILIZADAS:	Medios tecnológicos (pantalla tecnológica, proyector y ordenador). Comunicación oral. Hoja de evaluación.

Fuente: elaboración propia.

Esta sesión ha sido impartida por la logopeda del Servicio de Neurología del HCUV Fátima Ullán y ha contado con la participación de 10 asistentes.

En la misma, se han expuesto dudas e inquietudes transmitidas por los familiares en la primera sesión, así como información básica y esencial que deben saber los familiares para el buen cuidado de los pacientes.

Algunos de los puntos expuestos por la logopeda han sido:

- Principales secuelas.
- Qué es la logopedia.
- Trastornos del lenguaje.

Según la Dra Fátima Ullan, el 34% de las personas que sufren Ictus presentan una pérdida total o parcial del habla.

Argumenta también la importancia de diferenciar los diferentes trastornos del habla y del lenguaje para prestar a atención adecuada, y expone una serie de recomendaciones para el cuidado de los pacientes que ayudarán a su mejoría y evitarán complicaciones. Muchos de los pacientes que han sufrido un Ictus padecen Afasia, que es la pérdida del lenguaje sin alteración en los órganos. Alteraciones en comprensión, expansión y repetición. Esta alteración del lenguaje provoca una alteración importante también en el estado del ánimo del paciente y de su entorno social. Esto se debe a la desesperación y ansiedad que genera el no poder establecer una comunicación.

La logopeda expone una serie de sugerencias y recomendaciones que es conveniente destacar:

1. Sugerencias para una mejor comunicación con los pacientes afásicos:
 - No tema hablar con un paciente afásico.
 - Háblele y trátale como un adulto, nunca como un niño.
 - Elogie cualquier proceso.
 - Utilice una identidad normal de voz, no grite.
 - Repítale las veces que sea necesario.
 - Use gestos y señas.
 - Dale un tiempo razonable para comprender, hablar y responder.
 - Mantenga el mismo tema de conversación.

2. Sugerencias para una mejor comunicación con los pacientes afásicos:
 - No tema hablar con un paciente afásico.
 - Háblele y trátale como un adulto, nunca como un niño.
 - Elogie cualquier proceso.
 - Utilice una identidad normal de voz, no grite.
 - Repítale las veces que sea necesario.
 - Use gestos y señas.
 - Dale un tiempo razonable para comprender, hablar y responder.
 - Mantenga el mismo tema de conversación.
 - Evitar decir que no entiende lo que le dice.

Es preciso señalar algunas de las manifestaciones e inquietudes expuestas por los pacientes:

Un familiar manifiesta que a su madre no le ha afectado el habla, pero que siempre está bien saber más sobre la enfermedad y sus posibles secuelas.

Los familiares van comentando sus situaciones personales y experiencias. Y manifiestan las dificultades que tienen los pacientes cuando tienen afectado el habla para comunicarse, relacionarse con los demás pacientes de la residencia o la familia.

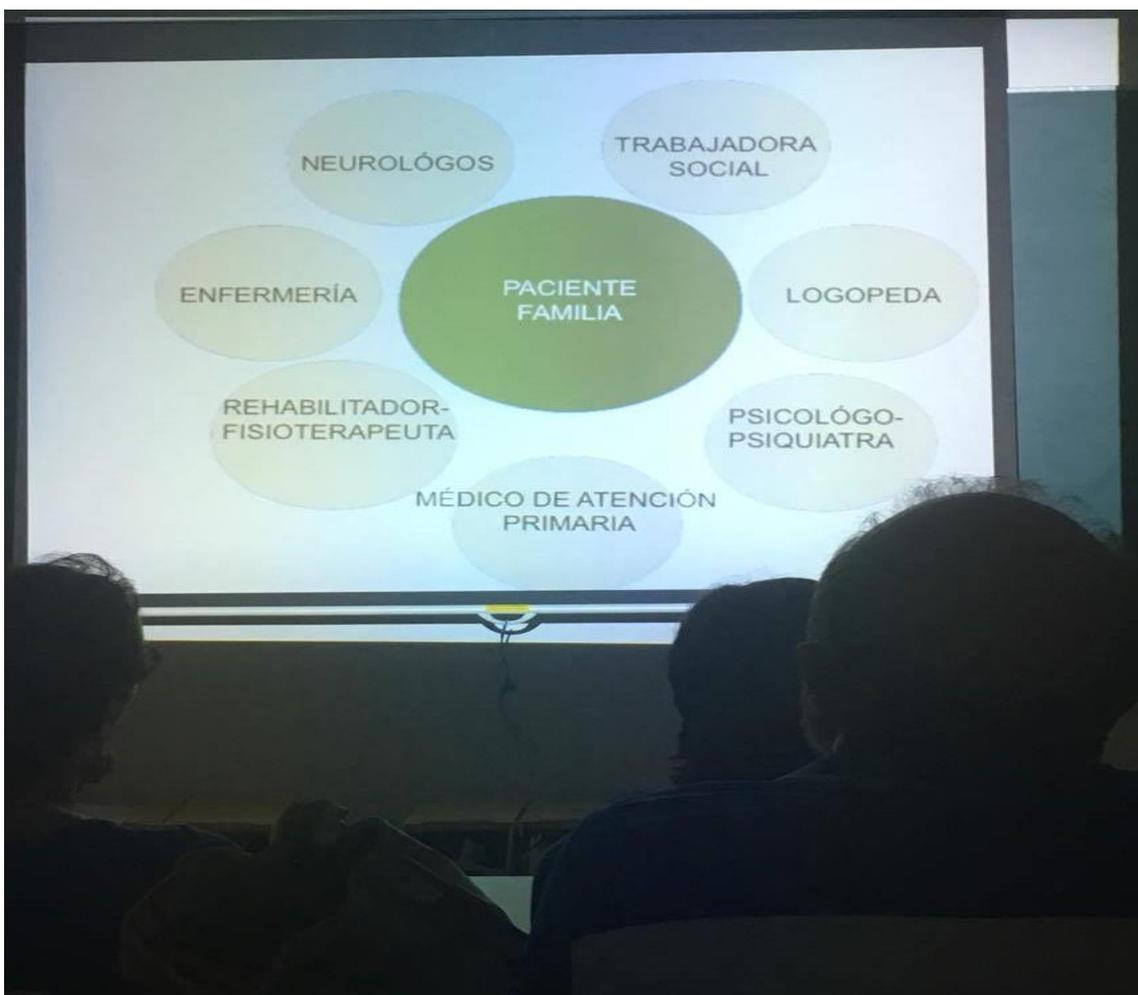
Manifiestan que se enfadan mucho con ellos porque no les entienden. Tienen muchas dificultades para comunicarse con la escritura y dicen que los pacientes piensan que están bien.

La logopeda menciona que en proceso de rehabilitación influye positivamente y en gran medida la edad y el desarrollo de una buena actividad cultural, de la comunicación, así como de la lectura.

Los familiares manifiestan que la protección que tienen cuando el paciente está ingresado, pues recibe atención continuada de todo el equipo, no la sienten cuando salen del ámbito hospitalario, viéndose en muchas ocasiones solos y con dificultad de acceder a los servicios especializados con los que durante la estancia hospitalaria tenían contacto periódico y accesible.

La logopeda ha realizado también una exposición de las alteraciones del habla secundarias a una lesión SNC y/o SNP que da lugar a la parálisis, debilidad o incorporación de la musculatura del habla, comprometiéndole de esta forma los mecanismos que participan en la producción del habla:

- Respiración.
- Fonación.
- Articulación.
- Resonancia.
- Prosodia: no entonan, voz monótona.



Por último, se hace mención de la disfagia, trastorno de la deglución que se presenta entre un 29 y 64 por ciento de los pacientes de Ictus, en el que los síntomas más comunes son:

- Se atraganta con su propia saliva.
- Babea.
- Sensación de ardor en la garganta.
- Infecciones respiratorias.
- Tarda mucho en comer.
- Su voz es más débil.

Como conclusión, la logopeda resalta la gran importancia de la familia, prestando mucha atención a las indicaciones a familiares para ayudar en la rehabilitación y cuidado de los pacientes.

Los familiares se han mostrado muy activos durante el desarrollo de la sesión, y manifiestan su gratitud nuevamente por la realización de esta. Han aclarado muchas de sus dudas y se han producido nuevamente relaciones de comunicación y apoyo recíprocas, mejorando así el bienestar de los familiares y la disminución de ansiedad, estrés y preocupaciones presentes antes de la sesión.

e) Fase final: evaluación.

En la evaluación final, lo que principalmente se tiene en cuenta es el logro de metas y objetivos establecidos antes de la intervención grupal con los familiares.

La evaluación forma parte del proceso de intervención y permite realizar las modificaciones necesarias para ofrecer una atención efectiva y garantizar el cumplimiento de las metas definidas.

Para efectuar la evaluación del grupo se realiza una medición después de cada sesión para valorar la satisfacción de los participantes el conocimiento del contenido y posibles propuestas de modificación; y una evaluación final que pretende medir el nivel de satisfacción de las participantes, su autoestima y la consecución de los objetivos que se pretendían con la formación del grupo.

Los primeros resultados de la evaluación son muy positivos, ya que el nivel de satisfacción de los familiares con el grupo en líneas generales es muy alto. También cabe destacar que el grupo ha mostrado ser efectivo para la mayoría de los participantes en el aumento de su bienestar, reducción de ansiedad y estrés y aumento de sus conocimientos y capacidades en el cuidado de pacientes de Ictus.

Para realizar esta evaluación se han utilizado diferentes instrumentos⁶ con los que se han medido principalmente la satisfacción personal de los familiares, la satisfacción de los mismos respecto al grupo y su desarrollo, y el contenido (logro de aprender los conocimientos):

- Ficha de sesiones en las que, con el fin último de mejorar la intervención y la dinámica de las sesiones, se pregunta a los participantes sobre las cuestiones que más interés les suscitan.

También tiene la función de instrumento de recopilación de datos de los participantes para el posterior registro de los mismos y examinación de las posibles variaciones que pueda tener el grupo.

- Historia social, instrumento fundamental y de gran ayuda para recopilar los datos más relativos del paciente y su entorno social más cercano.

Este instrumento nos aporta una situación diagnóstica completa para poder elaborar una propuesta de intervención profesional.

- Hoja de evaluación final para los participantes.

En este breve cuestionario se evaluarán diferentes aspectos de la intervención como la actividad de los profesionales que imparten las sesiones o su grado de satisfacción con el grupo.

Por último, es preciso mencionar que se ha realizado una evaluación continua a través de la observación directa durante el desarrollo de todas las sesiones, asegurando así una futura mejoría de la intervención, además de la realización de cambios basados en lo sucedido durante la misma.

6.7. Financiación, medios y recursos.

El trabajador social es un profesional que, por su formación académica y la población con la que trabaja, pone la mirada y el acento en los recursos humanos y sociales promoviendo el fomento de los mismos.

Siempre que sea posible trata de evitar que en sus actuaciones o proyectos se generen gastos económicos. En este caso, se ha ceñido a uno de los principios del Trabajo Social, que es visibilizar el potencial humano y de los profesionales, evitando así el despliegue de recursos materiales.

Haciendo referencia a los recursos materiales, se ha elegido una sala del Hospital, seleccionada a conciencia y bajo controles de calidad, vinculada al servicio médico de neurología, en la planta donde están hospitalizados los pacientes neurológicos, para que resulte familiar y acogedor a los participantes.

⁶ Estos instrumentos están recopilados en los Anexos.

Además, se ha hecho uso de aparatos electrónicos como teléfonos, cámaras, ordenador y proyector de pantalla.

En cuanto a los recursos humanos, han participado en la intervención el grupo de profesionales que trabaja en el servicio de neurología del HCUV (neurólogos, logopedas, fisios, psicólogos, enfermeros y trabajadores sociales) además de los participantes y colaboradores en el proceso.

Por último, y haciendo referencia a la financiación, esta intervención grupal en el HCUV no ha recibido financiación de ningún tipo y se ha llevado a cabo asumiendo los costes por cuenta propia.

Con ayuda en la financiación y demás recursos, se podría concebir una mejora considerable en la calidad de la prestación de este servicio.

6.8. Temporalización - Cronograma.

Fases		Enero				Febrero				Marzo				Abril				Mayo				Junio						
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4			
1. Investigación	Observación indirecta (búsqueda bibliográfica).	■	■	■																								
	Análisis del colectivo y sus necesidades y demandas.				■	■																						
	Elaboración de instrumentos de recogida de datos.						■																					
2. Diseño del grupo	Identificación de pacientes de ictus y sus familias.						■	■	■	■	■	■																
	Elaboración del contenido de las sesiones grupales						■	■	■	■	■	■																
	Selección de participantes en el grupo.													■	■													
	Contacto con los familiares.													■	■													
3. Fase inicial del grupo	Primera sesión informativa y de presentación.															■												
4. Fases de desarrollo.	Sesiones de neurología y logopedia.																■	■	■	■								
5. Fase final.	Evaluación final.																								■	■	■	■
Evaluación continua		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

7. Conclusiones.

El planteamiento de intervención grupal con familiares de pacientes de Ictus se puede definir como una estrategia de cambio ante una demanda de atención visible pero no cubierta hasta ahora, que es la de los familiares cuidadores.

Como ya se ha mencionado, el papel que desarrollan los familiares en la rehabilitación del paciente es vital para su avance y mejoría. Por ello, debemos dar protagonismo a la atención del familiar y provocar así un empoderamiento de sus capacidades para lograr su bienestar y a su vez, el bienestar del paciente.

En muchos casos no somos conscientes de que la intervención a los usuarios no significa olvidarnos del entorno. El principio ético de la FITS 4.1.: “Los trabajadores sociales deben apoyar y defender la integridad y bienestar físico, psicológico, emocional y espiritual de cada persona”⁷ nos recuerda que trabajamos hacia y para la sociedad interviniendo en cada persona y cada aspecto (características del entorno, situación familiar, vivienda...) que influya en su bienestar; convirtiéndose así el familiar en un nuevo usuario con el que intervenir.

Ante la demanda de atención de los familiares, la propuesta de intervención grupal aporta la creación de un espacio de ayuda mutua y resiliencia en el que afrontar mejor las dificultades que se presentan en la situación familiar y entorno más cercano del paciente con Ictus.

Como argumentan Roca, Fiol y Villalbí (1989), la creación del grupo, además de un espacio de ayuda mutua, produce también la asunción de responsabilidades de los participantes y refuerza su propia identidad y autoestima. Y esto conlleva el aumento de su bienestar y, por tanto, el alcance de las metas del Trabajo Social.

Por otro lado, en la intervención al paciente de Ictus hay un equipo de profesionales centrados en diferentes disciplinas para aportar una atención integral y que cubra todas sus necesidades. Por ello, se ha querido promover también una atención integral con la intervención grupal a los familiares, en la que se desarrolle un espacio de verbalización de miedos, sentimientos y preocupaciones.

La rehabilitación es fundamental para que el paciente con Ictus pueda recuperar su autonomía y reduzca su dependencia. Hay que promover que nuestro sistema sanitario no limite la rehabilitación y que cada paciente reciba una atención integral en función de sus necesidades y su grado de discapacidad.

⁷ García Álvarez, B. (2008). Los profesionales del trabajo social y la ética profesional ante los nuevos retos y necesidades sociales.

Con la intervención grupal se produce un fortalecimiento de la actividad de intervención del trabajador social, ya que se consigue llegar a un número más grande de personas con una sola intervención y ser más eficaces ahorrando también en tiempo, produciéndose además una red de apoyo mutuo.

Otra de las aportaciones de la intervención grupal para los familiares es la adquisición de conocimientos técnicos acerca de la enfermedad, a través de la exposición de los profesionales del equipo multidisciplinar. Este aprendizaje desarrollará una atención más completa de los cuidadores y, por tanto, una mejoría en la rehabilitación que recibe cada paciente.

La educación sanitaria es el foco sobre el que se alimentan y guían las sesiones del grupo con el objetivo de reducir las preocupaciones y angustia de los familiares, así como una mejora en el cuidado de los pacientes.

Y para concluir con este aspecto, es importante mencionar también la importancia de la sensibilización y educación que se da en los centros de atención primaria, lo que conllevará a una mejora en la intervención multiprofesional de la enfermedad.

Además, durante el proceso de intervención, se han ido validando hipótesis planteadas en la etapa de investigación de las que se puede concluir que:

- Los pacientes con secuelas de accidentes cerebrovasculares estudiados mostraron la necesidad tanto física como afectiva de que sus familiares participaran de forma activa en su tratamiento.
- Los accidentes cerebrovasculares se presentaron con mayor incidencia en pacientes mayores de 70 años y en el sexo masculino.
- La mayor cantidad de pacientes pertenecen a familias extensas.
- Gran cantidad de familiares presentaron deseos de ayuda e información sobre la enfermedad.
- Los familiares que no han podido acudir a alguna de las sesiones por temas personales, han manifestado en todo momento que se debía a problemas ajenos y no a desinterés por la sesión, insistiendo en que su ausencia no sea motivo de exclusión para la comunicación de las próximas sesiones que se realicen.
- Los estados afectivos, de ánimo y las relaciones sociales se comportaron variables durante el tratamiento rehabilitador.
- El grupo sirve como herramienta para aumentar las expectativas, actitud y motivación de los familiares.
- La aplicación de un sistema de actividades para incorporar a la familia en la rehabilitación de pacientes con secuelas de accidentes cerebrovasculares tendría un gran impacto social.

Pero cabe mencionar en contraposición que, en la creación y desarrollo del grupo, se han dado dificultades y se han descartado hipótesis a lo largo de todo el proceso. Como ejemplo, la dificultad a la hora de determinar la fecha y horario de las sesiones por la limitada disponibilidad de los participantes o la falta de información manifestada por parte de los familiares a cerca de la enfermedad.

También cabría destacar en este punto la necesidad de mínimo un año para la creación, organización del grupo y el análisis de los resultados. Dado el tiempo tan escaso del que se disponía para la elaboración del trabajo, no se ha podido llevar a cabo la colaboración con todos los profesionales del equipo de neurología como los de enfermería o fisioterapia.

Al ser un proyecto pionero e innovador, es importante incidir en estos aspectos y atender la calidad del servicio prestado, que deberá apoyarse sobre la base de los principios éticos de nuestra profesión.

Para la mejora de la calidad se han utilizado instrumentos como la ficha de cada sesión en que se plantea una pregunta abierta con la finalidad de aportar información acerca de los aspectos mejorables y omisibles de la intervención.

Se ha podido comprobar la necesidad de que, aunque el trabajador social no tenga que estar siempre presente en el grupo, tenga que estarlo en la organización y establecimiento del mismo (reserva de sala, control de medios técnicos, observación directa en las sesiones y formulación de conclusiones, evaluación...).

Entre los profesionales, cabe destacar su motivación y predisposición en el desarrollo de las sesiones, así como su manifiesto de que la figura del trabajador social es fundamental en el proceso de intervención y rehabilitación de los pacientes. Todo el equipo multiprofesional que forma el servicio de neurología ha mostrado un gran interés por el bienestar de los familiares manifestado en su aportación y colaboración desinteresada en el desarrollo de las sesiones, sin tener en cuenta sus intereses personales.

En definitiva, esta intervención ha contribuido a la mejora del bienestar de las familias de pacientes de Ictus, que han manifestado en numerosas ocasiones su satisfacción con el servicio recibido y con la creación de una red en la que puedan apoyarse para afrontar el nuevo reto que les ha propuesto la enfermedad.

Una vez más, se ha podido verificar la importancia de la figura del trabajador social en la intervención psicosocial dentro de un equipo multiprofesional, que tiene como principal objetivo no solo la mejora del bienestar del paciente, sino de todas las personas que manifiesten la demanda de atención.

8. Agradecimientos.

Quiero mostrar mi agradecimiento a la Dirección del Hospital Clínico Universitario de Valladolid por permitir el desarrollo de iniciativas que contribuyen a ofrecer una atención de calidad en la institución sanitaria.

Además, agradezco especialmente el interés y colaboración del Jefe del Servicio Médico de Neurología, Doctor Arenillas, ya que me consta por mi tutora su capacidad humana y mirada continua hacia la persona y familia.

Agradezco a los ponentes del Servicio Médico de Neurología por su colaboración y contribución a iniciativas pensadas en la familia, muchas veces olvidadas.

Agradezco también a mi tutora y trabajadora social del Servicio Médico de Neurología, Verónica Olmedo, por su lucha incansable y tesón por ofrecer una atención social de calidad centrada en garantizar el bienestar de las personas que nos necesitan, que cómo ella siempre me insiste, se logra avanzando en la producción continua de conocimiento.

Agradezco a las familias que han colaborado. Como futura profesional del trabajo social, me ha motivado especialmente conocer la aceptación tan grande que ésta iniciativa ha provocado en ellos y el respeto y valoración que tienen hacia la trabajadora social.

Finalmente, agradecer, la oportunidad que se me ha ofrecido de trabajar intensamente durante meses en un proyecto tan ambicioso como éste, ha sido un enriquecimiento profesional y personal transformador.

9. Bibliografía.

- Alemán de León, E. (2015). El impacto de la discapacidad en la familia.
- Berger, C. S. (2009). Social case management in medical settings. Social workers' desk reference. Oxford University Press. Pág. 790-796.
- Borroto Cruz, R., Lemus Lago, R. y Aneiros Riba, R. (1998). "Medicina Familiar y Educación Médica". Universidad Mayor San Andrés. La Paz, Bolivia.
- De España, G. (2003). Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. *BOE*.
- Del Estado, B. O. (1986). Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad. *BOE*.
- Del Estado, B. O. (1995). Real Decreto 63/1995, de 20 de enero sobre ordenación de las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. *Madrid: BOE*.
- De la Guía, G. D. T. (2009). De Práctica Clínica para el manejo de pacientes con Ictus en Atención Primaria. *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Ictus en Atención Primaria. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Agencia Laín Entralgo de la Comunidad de Madrid, 5-2.*
- Fernández García, T., y López Peláez, A. (2006). Trabajo Social con grupos. Madrid: Alianza.
- Fuentes, I., y Toledano, L. (2004). Relatos de Experiencia de Trabajo Social con Grupos. *Revista Trabajo Social Hoy (Segundo Semestre 2004) ,7-28.*
Recuperado de: <http://comtrabajosocial.com/documentos.asp?id=326>
- Ituarte Tellaeche, A. (1992). Procedimiento y proceso en el Trabajo social clínico. Siglo XXI.
- Matías-Guiu, J., Villoria, F., Oliva, J., Viñas, S., y Martí, J. C. (2008). Estrategia en ictus del Sistema Nacional de Salud. *Ministerio de Sanidad y Política Social.*
Recuperado el 1 de junio de 2017 de:
http://www.semg.es/doc/documentos_SEMG/estrategias_ictus_SNS.pdf
- Musicco, M., Emberti, L., Nappi, G., y Caltagirone, C. (2003). Early and long-term outcome of rehabilitation in stroke patients: the role of patient characteristics, time of initiation, and duration of interventions. *Arch Phys Med Rehabil.*

TRABAJO DE FIN DE GRADO

- Neurowikia. El portal de conocimientos en Neurología. Recuperado el 12 de junio de 2017 de: <http://www.neurowikia.es/content/rehabilitaci%C3%B3n-en-el-ictus>.
- Ortiz, J. M. C. (2000). *Dinámica de grupos: aspectos técnicos, ámbitos de intervención y fundamentos teóricos*.
- Roca, F., Fiol, C., y Villalbí, R. (1989). *Directori d'organitzacions i grups d'ajuda mútua de Barcelona*. Barcelona, Ajuntament de Barcelona, Àrea de Salut Pública.
- Roca, F., y Llauger, M. A. (1994). Grupos de ayuda mutua: una realidad a tener en cuenta en Atención Primaria. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 1(4), 214-224.
- Ródenas Picardat, S. (1996). Grupos de ayuda mutua: una respuesta alternativa en la práctica del trabajo social. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, (4), 195-205.
- Rodríguez Ocaña, E. (2002). La medicina como instrumento social. *Revista Trabajo Social y Salud*. Nº 43. Págs. 19-36.
- Zamanillo Peral, T. (2004). La Investigación – Acción en la Formación de Equipos de Trabajo. *Revista Trabajo Social Hoy (Segundo Cuatrimestre 2004)* ,45-62. Recuperado de <http://comtrabajosocial.com/documentos.asp?id=326>

CAPÍTULO 3: ANEXOS.**1. Tabla excel de datos básicos de pacientes que han sufrido ictus.**

	A	B	C	D	E	F	G	H
1	FAMILIAR	ASISTENTES	AREA SALUD	F.N	DOMICILIO	C.P	MUNICIPIO	TELÉFONO
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								

En esta table se recogen los datos básicos de los familiares de pacientes que han sufrido Ictus, que forman parte del grupo constituido en el HCUV.

Esta tabla ha permitido la identificación de todos los miembros del grupo y el seguimiento de su asistencia a cada una de las sesiones que se han desarrollado.

Fuente: elaboración propia.

2. Historia social del trabajador social del servicio de neurología.

<u>IDENTIFICACIÓN PACIENTE.</u>	
H.C:	
PERSONA REFERENCIA:	
NOMBRE Y APELLIDOS:	
D.N.I:	
CONTACTO:	

<u>DATOS PERSONALES.</u>			
NOMBRE Y APELLIDOS:		D.N.I:	
DIRECCIÓN:		LOCALIDAD:	
F. NACIMIENTO:	LOCALIDAD:	PAIS:	NACIONALIDAD:
EMAIL:		TFNO:	MÓVIL:
RECONOCIMIENTO DE DISCAPACIDAD: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>		%:	TIPO DE DISCAPACIDAD (FICHA SOCIAL):
RECONOCIMIENTO DE DEPENDENCIA: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>		GRADO:	NIVEL:
ESTADO CIVIL:			
NIVEL DE ESTUDIOS (FICHA SOCIAL):			
OCUPACIÓN (FICHA SOCIAL):			

<u>COMPOSICIÓN FAMILIAR.</u>				
NOMBRE Y APELLIDOS	PARENTESCO	FECHA.NAC	OCUPACIÓN	INGRESOS

UNIDAD DE CONVIVENCIA:

QUIÉN LA DERIVA / POR QUÉ:

PREVIO INGRESO:

INGRESO HOSPITALARIO:

DEMANDA EXPLICITA:

DIAGNÓSTICO SOCIAL:

AREA ECONOMICA:

AREA LABORAL – FORMATIVA:

AREA SALUD:

AREA FAMILIAR:

AREA RELACIONAL:

AREA VIVIENDA:

AREA CRONICIDAD:

AREA PSIQUIATRIA:

NECESIDADES DETECTADAS:

<p><u>SALUD</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Salud Mental (inestabilidad psicopatológica). <input type="checkbox"/> Riesgo para sí mismo / para los demás. <input type="checkbox"/> Adicciones: Juego. <input type="checkbox"/> Discapacidad / Dependencia (INFORMAR, ORIENTAR RECONOCIMIENTO DISCAPACIDAD). <input type="checkbox"/> Falta / inadecuada adherencia al tratamiento médico (MEJORAR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO MÉDICO). <input type="checkbox"/> Conciencia de enfermedad. <p><u>VIVIENDA</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hacinamiento. <input type="checkbox"/> Problemas estructurales. <input type="checkbox"/> Adaptación de la vivienda / ayudas técnicas. <p><u>ECONÓMICAS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Precariedad. <input type="checkbox"/> Mala organización: genera deudas, no es capaz de gestionar y organizar su dinero. <p><u>AVD Básicas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Alimentación. <input type="checkbox"/> Higiene (baño, aseo personal). <input type="checkbox"/> Micción / defecación. <input type="checkbox"/> Mantenimiento de la salud. <input type="checkbox"/> Vestido. <input type="checkbox"/> Movilidad. <input type="checkbox"/> Capacidad toma de decisiones: Falta de iniciativa. <p><u>AVD Instrumentales</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cuidar la casa. <input type="checkbox"/> Lavado de ropa. <input type="checkbox"/> Preparación de comida. <input type="checkbox"/> Ir de compras. <input type="checkbox"/> Uso del teléfono. <input type="checkbox"/> Uso de aparatos domésticos. <input type="checkbox"/> Uso del transporte. <input type="checkbox"/> Manejo del dinero. <input type="checkbox"/> Comunicación y relación social. 	<p><u>EDUCACIÓN</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Absentismo. <input type="checkbox"/> Fracaso escolar. <input type="checkbox"/> Falta de integración. <input type="checkbox"/> Falta de interés. <input type="checkbox"/> Falta conocimientos básicos (cálculo, lectura, escritura). <p><u>FORMACIÓN Y EMPLEO</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Formación insuficiente e inadecuada. <input type="checkbox"/> Falta de habilidades: Su vida laboral ha transcurrido en el sector de la hostelería, es lo que conoce, dificultad actual para emprender o desarrollar otros trabajos. <input type="checkbox"/> Desempleo. <input type="checkbox"/> Empleo ocupacional, empleo con apoyo... <p><u>RELACIÓN</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Aislamiento familiar y/ o social. <input type="checkbox"/> Conducta violenta o antisocial. <input type="checkbox"/> Modelos de vida inadecuados. <input type="checkbox"/> Relaciones conflictivas en la familia. <input type="checkbox"/> Falta de habilidades. <input type="checkbox"/> Situaciones de crisis. <input type="checkbox"/> Maltrato. <input type="checkbox"/> Conflictividad en el entorno. <p><u>ADAPTACIÓN FUNCIONAL Y DEL ENTORNO</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Accesibilidad. <input type="checkbox"/> Ayudas técnicas. <p><u>INFORMACIÓN Y TRAMITACIÓN ADMINISTRATIVA</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Extranjería. <input type="checkbox"/> Aspectos jurídicos / Laborales: Información para ordenar legalmente sus propiedades, dificultad para adquirir vida laboral. <input type="checkbox"/> Inspecitación. <input type="checkbox"/> Valoración discapacidad y dependencia. <p><u>CUIDADOR</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cuidados inadecuados al dependiente. <input type="checkbox"/> Sobrecarga emocional. <input type="checkbox"/> Déficit Autocuidados. <input type="checkbox"/> Ausencia de cuidador: ausencia de la madre, que era la figura en que se apoyaba el usuario. <input type="checkbox"/> Necesidad de apoyos (SAD, centro de día, respiro).
---	--

PLAN DE INTERVENCIÓN:

FECHA:

COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL:

COORDINACIÓN INTRAINSTITUCIONAL:

TECNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS:

- | | | |
|--------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| • Entrevista abierta | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| • Entrevista cerrada | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| • Entrevista semiabierta | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| • Entrevista psicosocial | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| • Observación | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| • Reformulación | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| • Encuesta | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| • Gestión telefónica | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

TRABAJO DE FIN DE GRADO

• Gestión telefónica	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
----------------------	-----------------------------	-----------------------------

OBSERVACIONES:

RELACIÓN INTERPERSONAL:

• PROBLEMAS EN RELACION PERSONAL:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
• PROBLEMAS EN RELACIÓN LABORAL:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
• PROBLEMAS EN RELACIÓN FAMILIAR:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
• PROBLEMAS EN RELACIÓN SOCIAL:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

ASPECTO: (MANERA EN QUE PACIENTE SE PRESENTA A LA VISTA) Parámetros que se toman en consideración para evaluar aspecto del paciente son: Vestimenta, Higiene y Apariencia Física:

- 1- **ALIÑADO:** Se presenta Limpio y Prolijo y la vestimenta se adecua a la época del año
- 2- **DESALIÑADO:** Se puede percibir a 1era vista que el paciente no está HIGIENIZADO Y / o QUE SU APARIENCIA ESTÁ NOTABLEMENTE DESCUIDADA
- 3- **BIZARRO:** Su apariencia indumentaria son extravagantes o posee accesorios raros o extraños
- 4- **otros:** cualquier detalle que llame la atención de su apariencia, por ejemplo: postura tensa, uso determinados tipos de tatuaje, etc....

Fuente: Elaboración y utilización por parte de la trabajadora social del Servicio de Neurología del HCUV (Febrero, 2017).

3. Hoja informativa ICTUS.

ACTUALMENTE, LA GENTE SE PREGUNTA: ¿QUÉ ES EL ICTUS? ¿QUE HACES SI TE PASA A TI? ¿QUE TRATAMIENTO PRECISAS?

EL Ictus, embolia, accidente cerebrovascular, apoplejía... Cualquiera de estos términos, se refiere a una alteración brusca de la circulación de la sangre que llega a nuestro cerebro.

Puede ser por un coágulo que obstruye el paso de la sangre hacia una parte del cerebro (ictus isquémico) o bien una hemorragia originada por la rotura de un vaso cerebral (ictus hemorrágico).

Aproximadamente el 85% de los ictus son isquémicos y el 15% hemorrágicos.

El Servicio de Neurología del *Hospital Clínico Universitario de Valladolid* se puso en marcha cuando se inauguró el Hospital, y se ocupa del tratamiento y prevención del ictus.

Gracias al apoyo del Hospital, en enero 2008 se crea una **UNIDAD DE ICTUS**.

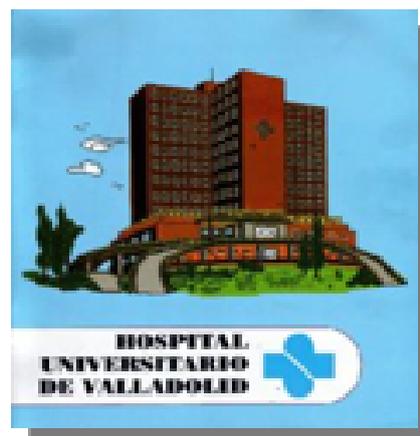
La **UNIDAD DE ICTUS** del Servicio de Neurología, "puntera en asistencia, docencia e investigación", es referencia para las provincias de Valladolid y Palencia (700.000 habitantes). Asimismo, recibe pacientes de otras provincias limítrofes, a través del Código Ictus.

La instauración del Código Ictus y la gran colaboración de los servicios de urgencias y del 112 está permitiendo tratar a un gran número de pacientes en las primeras horas, con excelentes resultados.

Así, en el año 2016 se han atendido en nuestro Hospital a más de 500 pacientes con ictus, la mayor parte a través del Código Ictus.

Destacar que esta Unidad de Ictus no cuenta solo con profesionales de la rama de Medicina, sino que está compuesta por un **EQUIPO MULTIDISCIPLINAR** en el que también realizan una labor fundamental Enfermería, Logopedia, Fisioterapia, Trabajo social u otros profesionales dedicados a la rehabilitación y la atención directa de los pacientes, garantizando una Atención Integral a la persona.

En la rehabilitación y apoyo a pacientes con ictus al alta hospitalaria, tiene para nosotros un papel fundamental las familias.



Fuente: elaboración propia.

4. Hoja informativa Trabajo Social Sanitario.



El Trabajador Social Sanitario del Servicio de Neurología.

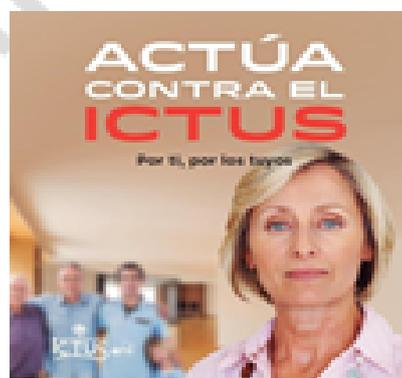
Es el profesional del trabajo social sanitario específico del servicio de Neurología, que forma parte del equipo que atiende en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid a los pacientes que ingresan por una patología neurológica que comprende el conjunto de enfermedades que afectan al sistema nervioso central y al sistema nervioso periférico, entre ellas el ICTUS.

Proporciona apoyo social a las familias desde el ingreso hospitalario, durante todo el proceso, hasta dos años o más después del alta hospitalaria.

Aporta información útil para la prestación de ayuda, apoyo y cuidado a los pacientes, y sobre todo crea una red de apoyo que sirve como herramienta para fomentar la autonomía y bienestar tanto de las familias como de los mismos.

La aportación del trabajo social sanitario en el servicio de neurología, supone una alternativa a la solución de las dificultades o problemas sociales que surgen con la aparición del desarrollo de la enfermedad y **durante el ingreso del paciente en el hospital.**

La detección por parte de la trabajadora social del servicio de neurología del Hospital Clínico Universitario de Valladolid de la falta de recursos, prestaciones, servicios y actividades de apoyo para las familias, es pilar fundamental en la recuperación y rehabilitación de todos los pacientes.



Uno de los objetivos de la T.S. sanitario con pacientes que han sufrido ictus es la detección de problemáticas sociales y el abordaje integral de la situación socio-sanitaria del enfermo desde su ingreso desarrollando / estableciendo planes de post-hospitalización que faciliten el soporte necesario para seguir las indicaciones terapéuticas y mantener una calidad de vida óptima tanto en el enfermo como en su principal apoyo, la familia.

En este punto, es importante mencionar las funciones y competencias que, como trabajadora social del servicio de neurología, se desempeña

- Recepción de casos para la valoración de la estructura social familiar, el apoyo que el paciente recibe y los medios económicos de los que disponen.
- Acompañamiento social durante el ingreso hospitalario
- Nexo de unión entre familias y personal médico y profesional del hospital para una mejor comunicación y comprensión entre los mismos.
- Búsqueda de recursos al alta y coordinación con servicios sociales de zona y Trabajo Social del Hospital.
- **Atención a las familias**, orientándoles y ayudándoles a afrontar la nueva situación social.
- Apoyo a las familias en la fase de vuelta al domicilio.
- **Prevenir la sobrecarga familiar**, acompañándoles en la resolución de problemas de índole social que se generan durante el proceso de recuperación.
- Asesoramiento:
 - En la normalización y reeducación de la vida diaria del núcleo familiar.
 - Sobre los recursos y ayudas que pueden gestionar (ley de dependencia, discapacidad, incapacidad laboral...).
 - Sobre ayudas técnicas necesarias de cada paciente en función de los recursos económicos.

Por último, algunas de las herramientas y técnicas utilizadas para la correcta aplicación de nuestras funciones son:

- Historia social.
- Registro de intervenciones.
- Entrevista.
- Observación.
- Planificación.
- Evaluación.
- Soporte emocional y/o social.

Fuente: elaboración propia.

5. Hoja informativa para los participantes del grupo (papel de la familia).

El papel de las familias de pacientes que han sufrido ictus en el HCUV.

Las familias son una parte esencial del proceso de atención y recuperación. Una familia bien informada, asesorada, en colaboración con su equipo de rehabilitación, obtendrá mejores resultados que si el paciente actúa aisladamente.

Tu ayuda es imprescindible.

Los familiares de las personas que han sufrido ictus se ven afectados por la necesidad de afrontar un trauma inicial y los cambios (físicos, cognitivos y conductuales) que se producen de manera inesperada como consecuencia del ictus.

El impacto del accidente cerebrovascular afecta tanto a los familiares como al paciente. Los familiares son verdaderas víctimas, que con frecuencia sufren más que el propio paciente al tener mayor conciencia de la situación.

Cuidar al Cuidador:

Una persona que le sobreviene un ictus, necesita de cuidados, atención constante y permanente.

La asistencia que precisa, habitualmente, acaba recayendo en una persona de su entorno familiar.

Dependiendo del grado de dependencia del paciente, el cuidador principal está tan volcado en su atención que olvida "cuidarse a sí mismo". Dejando, en ocasiones, de disfrutar de su tiempo libre, o carecer de él; descuidando su aspecto físico, privándose de su vida social u olvidando sus ocupaciones previas.

Inicialmente, se percibe como un pequeño sacrificio necesario para el bien del paciente. El paso del tiempo y la prolongación de un



cuidado tan intenso a veces indefinido, conlleva la aparición de problemas que son necesarios prevenir.

Aunque la dedicación del cuidador sea realizada voluntariamente hacia el familiar al que se tiene afecto, los cambios que se producen en sus vidas son tan inesperados y desconocidos, que promueven la posible aparición de estrés, ansiedad, alteraciones del comportamiento, conflictos familiares, las tensiones con otras personas, la desesperación. Estas reacciones inevitablemente repercutirán en el familiar que ha sufrido ictus y sobre la calidad del cuidado recibido. Por ello es importante el cuidado del cuidador, para mejorar la calidad de vida tanto del paciente como de la persona que le cuida.]

Consejos básicos para evitar el "síndrome de cuidador":

- Es importante que la tarea de cuidar al familiar con ictus se reparta entre varias personas y no recaiga siempre sobre la misma.
- La recuperación y rehabilitación en general tienen una evolución larga y lenta, por lo que hay que mantener la calma, tomarlo con tranquilidad y transmitir serenidad a nuestro familiar.
- Es importante también que el cuidador tenga momentos de respiro y que disfrute de tiempo libre.
- Además, con la ayuda de profesionales, será fundamental aprender cómo tratar al familiar con ictus. Esto ayudará a entender las nuevas situaciones que se producen en la convivencia y reducirá los problemas, preocupaciones y fuentes de estrés.
- Y sobre todo, hay que tener en cuenta que el cuidado no debe asumirse como responsabilidad exclusiva de la persona, sino como responsabilidad compartida por aquellos que están cerca del paciente.

Fuente: elaboración propia.

6. Ficha sesiones.

Nombre:

Apellidos:

Parentesco con paciente:

- Que temas te gustaría que se tratasen en el grupo de familiares de ictus:

FECHA:

FIRMA:

Fuente: elaboración propia.



7. Hoja de evaluación para los participantes.

ADECUACIÓN DE LA ACTIVIDAD Y DEL PROGRAMA DESARROLLADO:

- 1.- ¿Cómo valoraría el programa desarrollado en función a sus expectativas?
- 2.- ¿Se ha ajustado el contenido de la actividad a sus preferencias iniciales?
- 3.- Profundidad con la que se han tratado los temas.
- 4.- ¿En qué grado cree que lo aprendido le ayudará en su función como cuidador?

Poco					Mucho				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

VALORACIÓN DE LOS ASPECTOS ORGANIZATIVOS:

- 5.- ¿Le parece adecuado el horario en el que se ha desarrollado?
- 6.- ¿Y la duración de las actividades?
- 7.- ¿Le parece idóneo el lugar utilizado?
- 8.- ¿Y los recursos empleados?

Poco					Mucho				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

VALORACIÓN DE LOS PROFESIONALES:

9.- Respecto a los profesionales. Puntúe a el/la profesional en una escala del 1 al 10 donde el 1 representa el valor mínimo y el 10 el máximo.

- Profesional: trabajadora social.
 - Conocimiento de la materia
 - Claridad en la exposición
 - Manera de dirigir la sesión
 - Interés que despierta en la sesión
 - Resolución de dudas

Poco					Mucho				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

- Profesional: neurólogo/a.
 - Conocimiento de la materia
 - Claridad en la exposición
 - Manera de dirigir la sesión
 - Interés que despierta en la sesión
 - Resolución de dudas

Poco					Mucho				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

- Profesional: fisioterapeuta.
 - Conocimiento de la materia
 - Claridad en la exposición
 - Manera de dirigir la sesión
 - Interés que despierta en la sesión
 - Resolución de dudas

Poco					Mucho				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

TRABAJO DE FIN DE GRADO

- Profesional: logopeda.
Conocimiento de la materia
Claridad en la exposición
Manera de dirigir la sesión
Interés que despierta en la sesión
Resolución de dudas

Poco					Mucho				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

- Profesional: enfermero/a.
Conocimiento de la materia
Claridad en la exposición
Manera de dirigir la sesión
Interés que despierta en la sesión
Resolución de dudas

Poco					Mucho				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

En cualquier caso, es importante que a continuación realice su evaluación global.

Evaluación global

Poco					Mucho				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

GRADO DE SATISFACCIÓN:

10.- ¿Cuál es su grado de satisfacción respecto de la actividad?

Poco					Mucho				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

VALORACIÓN FINAL:

- 11.- Interés personal por los temas y actividades desarrollados
- 12.- Ha aprendido cosas nuevas
- 13.- Aplicación práctica de la información expuesta y lo aprendido

Poco					Mucho				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

COMENTARIOS Y SUGERENCIAS:

- 14.- Indique las sugerencias que en su opinión permitan mejorar el grupo en el futuro.
- 15.- ¿Recomendaría la asistencia a otros familiares?
- 16.- Por último, en general, ¿Qué le ha parecido el grupo?

Poco					Mucho				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Fuente: elaboración propia.