



# **APROXIMACIÓN AO SERVIZO DE REHABILITACIÓN DO HOSPITAL MEIXOEIRO NO CHUVI. PERFIL DOS/AS PACIENTES E INTERVENCIÓN DENDE O SERVIZO DE TRABALLO SOCIAL SANITARIO.**

**APROXIMACIÓN AL SERVICIO DE REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL MEIXOEIRO EN EL CHUVI. PERFIL DE LOS/AS PACIENTES E INTERVENCIÓN DESDE EL SERVICIO DE TRABAJO SOCIAL SANITARIO. APPROACH TO THE REHABILITATION SERVICE OF THE MEIXOEIRO HOSPITAL IN CHUVI. PATIENT PROFILE AND INTERVENTION FROM THE HEALTH SOCIAL WORK SERVICE.**

**Alejandro Guerra Rivas** – Traballador Social Sanitario no SERGAS.

Alejandro.guerra.rivas@sergas.es.

## **RESUMO**

O servizo de traballo social intervén para analizar e valorar a situación social dos/as pacientes. Elabora e organiza plans de coidado á persoa enferma trala alta hospitalaria, asesorando ao paciente e á unidade familiar sobre os servizos e recursos existentes programando o seu retorno ao domicilio. Debe elaborar un diagnóstico social e deseñar un plan de intervención, coordinando o apoio que pode recibir a persoa proveniente da súa rede social, coa adquisición de servizos e os recursos que complementan ditos apoios non profesionalizados, garantindo que a persoa estea atendida trala alta hospitalaria.

No artigo, analízase o perfil dos/as pacientes hospitalizados/as no servizo de rehabilitación, así como coñecer a intervención do traballador/a social dentro do equipo asistencial para preparar o retorno dos pacientes ao domicilio.

## **PALABRAS CHAVE**

Traballo social sanitario, dano cerebral, rehabilitación, intervención social e



autonomía funcional.

## **RESUMEN**

El servicio de trabajo social interviene para analizar y valorar la situación social de los y las pacientes. Elabora y organiza planes de cuidado a la persona enferma tras el alta hospitalaria, asesorando al paciente y a la unidad familiar sobre los servicios y recursos existentes programando su retorno al domicilio. Debe elaborar un diagnóstico social y diseñar un plan de intervención coordinando el apoyo que puede recibir la persona proveniente de su red social con la adquisición de servicios y recursos que complementen dichos apoyos no profesionalizados, garantizando que la persona esté atendida tras el alta hospitalaria.

En el artículo se analiza el perfil de los/as pacientes hospitalizados/as en el servicio de rehabilitación, así como conocer la intervención del trabajador o trabajadora social dentro del equipo asistencial para preparar el retorno de los pacientes a su domicilio.

## **PALABRAS CLAVE**

Trabajo social sanitario, daño cerebral, rehabilitación, intervención social y autonomía funcional.

## **ABSTRACT**

The social work service intervenes to analyze and assess the social situation of patients. Its purpose is to develop and organize care plans for the sick person after hospital discharge, advising the patient and their family unit on the existing services and resources and programming their return home. The social work service has the responsibility of elaborating a social diagnosis and designing an intervention plan, coordinating the support that the person can receive from their social network with the acquisition of services and resources that complement these non-professionalized supports, ensuring that the person is cared for after hospital discharge.

In this article is to analyze the profile of patients hospitalized in the rehabilitation service, as well as to understand the intervention of the social worker within the



care team to prepare the patients for their return to their residence after hospital discharge.

## **KEYWORDS**

Health social work, brain damage, rehabilitation, social intervention, and functional autonomy.

## **INTRODUCCIÓN**

O dano cerebral e o ictus son diagnósticos clínicos que están vixentes na sociedade, producindo nas persoas que os sofren dificultades na súa autonomía e repercutindo no desenvolvemento das actividades básicas diarias.

Para contrarrestar os efectos producidos polos diagnósticos que inciden no dano cerebral é de vital importancia o proceso de rehabilitación integral. Existen recursos públicos e privados que favorecen, a través dun traballo coordinado de terapia ocupacional e fisioterapia, unha melloría na autonomía funcional do/a paciente.

Neste artigo descríbese o servizo de rehabilitación do Hospital Meixoeiro do Complexo Hospitalario Universitario de Vigo (CHUVI) dependente do Servizo Galego de Saúde. Ademais, faise unha aproximación conceptual do dano cerebral e do ictus, das súas principais consecuencias así como unha descrición do equipo asistencial que integra o servizo. En concreto, analízase o papel que ten o traballador/a social sanitario/a á hora de planificar a atención dos coidados e participación no proceso de rehabilitación dos/as pacientes.

### **1. CONCEPTUALIZACIÓN DO ICTUS E DANO CEREBRAL ADQUIRIDO**

Segundo FEDACE (2019), o Dano Cerebral Adquirido (en adiante DCA), é unha lesión producida no cerebro de forma inesperada provocando unhas secuelas con diferente afectación segundo a área do cerebro lesionada e a gravidade do dano causado. Ademais, estas secuelas, provocan dificultades na percepción e na comunicación, asociando outro tipo de alteracións como poden ser físicas, cognitivas e emocionais.

As principais causas do DCA (FEDACE, 2019) son enfermidades



cerebrovasculares (isquémica ou hemorráxica), traumatismo craneoencefálico producidos por accidentes e traumatismos directos (caídas, deportes de contacto, agresións...), encefalopatía anoxia, tumores cerebrais e infeccións.

O ictus é a principal causa do DCA. É coñecido como un infarto cerebral ou embolia, considerado como unha enfermidade cardiovascular.

Este diagnóstico ocorre cando hai unha rotura nun vaso sanguíneo. Diminúe o fluxo do sangue que lle chega ao cerebro, provocando que as células nerviosas non reciban osíxeno e deixen de funcionar, afectando ao sistema nervioso do corpo. Se o fluxo sanguíneo deixa de alcanzar algunha zona do cerebro, as súas células quedan danadas alterando as funcións que cumpre esa parte do cerebro. Por este motivo sóese afirmar que cando unha persoa sofre un ictus, o tempo é cerebro activo (Clinic Barcelona, 2022).

Pódense diferenciar diferentes tipos de ictus. O ictus isquémico ou infarto cerebral, prodúcese cando unha arteria está obstruída por un coágulo de sangue ou un trombo, limitando a cantidade de sangue que chega ao cerebro. Por outro lado o hemorráxico, no que un vaso sanguíneo se rompe e prodúcese unha hemorraxia dentro do cerebro, polo que o osíxeno non é suficiente e afecta ás células nerviosas que deixan de funcionar morrendo ao pouco tempo.

As enfermidades cerebrovasculares están vinculadas aos factores de risco non modificables. Rodríguez (2017) afirma que “o sexo, idade, cultura, raza e antecedentes familiares son os máis comúns” (p.8). Estas variables, xunto con outros factores condicionantes vitais e ambientais (consumo de tabaco, alcol, vida sedentaria, alimentación...), teñen especial incidencia no proceso de rehabilitación integral e no de recuperación. O propósito é que a persoa poida recuperar a súa autonomía funcional e conservar a calidade de vida que mantiña previo ao accidente cerebrovascular.

## **2. TRABAJO SOCIAL NOS SERVICIOS DE REHABILITACIÓN**

As lesións provocadas por un ictus producen diferentes impactos persoais, familiares e sociais. A nivel persoal moitas das tarefas da vida cotiá que realizaba a persoa non as vai poder desenvolver ou como mínimo desempeñar coa mesma autonomía que antes de sufrir a enfermidade. Esta situación xera diferentes



sentimentos encontrados como incertidume, temor, angustia e impotencia, incidindo na calidade de vida da persoa.

Os déficits ocasionados polas lesións cerebrais producen unha implicación, normalmente na unidade familiar, na forma de apoio e sostén físico e emocional da persoa. A medio e longo prazo pode orixinar episodios de sobrecarga que deriven en conflitos familiares durante o proceso de rehabilitación, así como no apoio das actividades básicas e instrumentais diarias.

O proceso de rehabilitación integral debe considerar á persoa como un ser bio-psico-social, que mediante propostas terapéuticas, educativas e sociais logren incrementar a calidade de vida e unha adaptación ao seu medio sociofamiliar e ocupacional (Olmedo, 2021). Dende esta perspectiva cobra vital importancia a planificación da alta hospitalaria. Dende o servizo de traballo social, de forma conxunta co servizo de rehabilitación, realízase unha planificación da alta hospitalaria abordando a situación persoal e familiar. Deséñase un diagnóstico social e realízase unha intervención adecuada ás necesidades mostradas pola persoa e o seu entorno familiar.

As funcións do traballador/a social nos equipos interdisciplinares de rehabilitación son as seguintes :

- Estudar a situación sociofamiliar do paciente e elaborar un diagnóstico social en función dos factores de risco detectados.
- Participar co/a paciente e familia no proceso de planificación da alta hospitalaria.
- Acompañar, facer de soporte e ventilación emocional co/a paciente e a rede social de apoio, creando espazos de liberación emocional.
- Xerar unha comunicación intrahospitalaria co servizo interdisciplinar de rehabilitación.
- Coordinar con entidades externas que poidan participar no apoio social da persoa de cara a alta hospitalaria.
- Coordinar e derivar cos equipos de atención primaria e servizos sociais comunitarios para iniciar un seguimento e unha continuidade asistencial.



### 3. SERVIZO DE REHABILITACIÓN DO CHUVI E FASES DA HOSPITALIZACIÓN

O equipo de rehabilitación intervén dende unha perspectiva global facendo un recorrido interdisciplinar. Cumpre coas directrices sinaladas previamente no Plan de Atención Individual (en adiante PAI) de cada especialidade. Este traballo é realizado polos/as profesionais de forma conxunta coa persoa hospitalizada. Cada disciplina traballa nunha dimensión concreta do/a paciente, facilitando o funcionamento de forma axeitada e coa maior autonomía funcional posible.

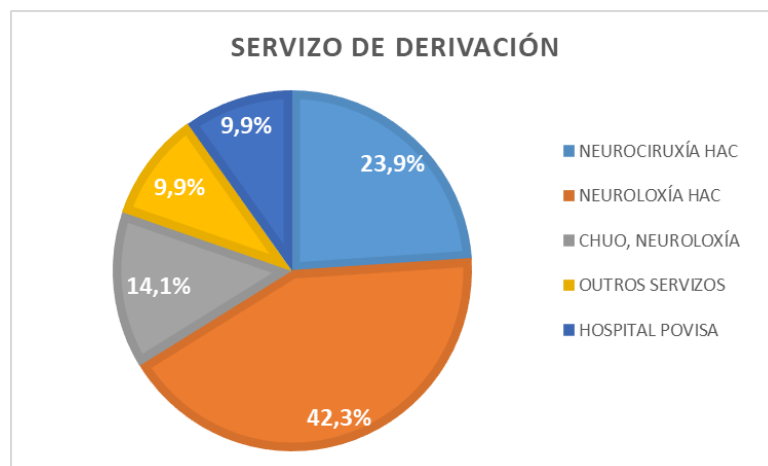
O obxectivo xeral, polo cal o servizo de rehabilitación desempeña as súas funcións, é lograr a máxima autonomía funcional do/a paciente en función da extensión do dano cerebral persistente. Focaliza os obxectivos e finalidades marcados por cada especialidade no PAI.

O traballo levado a cabo polo equipo asistencial durante a hospitalización terá continuidade, favorecendo que as súas intervencións se sigan realizando de forma ambulatoria cando a persoa está en situación de alta hospitalaria.

A estadía do/a paciente no Hospital do Meixoeiro pode vir derivado do Hospital Álvaro Cunqueiro (HAC) e dos seus distintos servizos como neuroloxía, medicina interna, unidade de Ictus ou neurociruxía. Outros centros hospitalarios que derivan pacientes son o Hospital Povisa e o CHUO (Complexo Hospitalario Universitario de Ourense).

**Figura 1.**

*Servizo de derivación dos pacientes hospitalizados/as en rehabilitación*



A **Figura 1** amosa que máis da metade dos/as pacientes hospitalizados/as proceden do Hospital Álvaro Cunqueiro HAC (23,9% do servizo de neurociruxía e o 42,3% de neuroloxía). Aqueles/as pacientes categorizados/as como “Outros Servizos” no HAC (9,9%) poden proceder de Medicina Interna, Traumatoloxía ou Unidade do Ictus. O 14,1 % dos/as pacientes proceden da Área Sanitaria de Ourense.

Na **Figura 2** indícanse os recursos xerais clasificados segundo a fase do proceso clínico e organizados segundo os recursos sanitarios e sociais.

**Figura 2.**

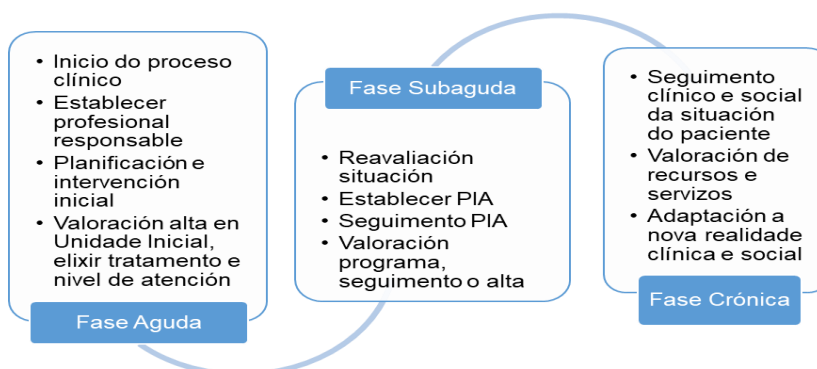
*Modalidade dos recursos en función das fases da evolución clínica*



O ingreso do/a paciente no propio servizo de rehabilitación prodúcese cando a persoa ten síntomas ou un diagnóstico establecido de DCA. O/a paciente encóntrase nunha situación clínica de estabilidade. É por iso que o/a paciente durante a súa estadía hospitalaria pasa por diferentes fases, segundo se aprecia no esquema da **Figura 3**.

**Figura 3.**

*Descrición das fases segundo a evolución clínica*



#### **4. METODOLOXÍA DA INVESTIGACIÓN**

O obxectivo deste artigo é analizar o perfil dos/as pacientes hospitalizados/as no servizo de rehabilitación, e coñecer a intervención do traballador/a social dentro do equipo asistencial para preparar o retorno dos/as pacientes a súa estancia trala alta hospitalaria.

No estudo utilizouse un enfoque cuantitativo recollendo información de diferentes aplicacións como Clínica, datos do aplicativo do Sistema de Información Galego á Atención a Dependencia (SIGAD) e informes de alta hospitalaria dos/as pacientes. O proceso de recollida de información realizouse sobre unha mostra aleatoria de 71 pacientes hospitalizados, dende o ano 2022 ata o 30 de abril del 2023.

Para a análise empregáronse dous indicadores que informan sobre o nivel de autonomía que ten a persoa: o Índice de Barthel, e o grado de dependencia recoñecida de cada paciente.

- Índice de Barthel: É unha escala que se utiliza cando a persoa ingresa e posteriormente é alta. Con esta ferramenta o servizo de terapia ocupacional e enfermería categorizan o nivel de dependencia ou autonomía funcional que dispón a persoa, así como a variación de puntuación, de unha serie de indicadores aplicados as actividades básicas e instrumentais da vida diaria, dende que a persoa ingresa ata que se atopa en situación de alta hospitalaria.
- Grao de dependencia: O proceso iníciase cando alguén necesita axuda de terceiras persoas para o desempeño das actividades básicas e instrumentais da vida diaria. Existen tres graos de dependencia, sendo o grao III persoas con máis necesidades de apoio. O procedemento comeza cunha solicitude por parte da persoa, e despois realízase unha valoración por parte do Equipo de Valoración da Xunta de Galicia. Por último emítese unha resolución co tipo de grao e recurso ou servizo solicitado.

#### **5. RESULTADOS**

Analízase a situación do servizo de rehabilitación e posteriormente a intervención do traballador/a social no período que abarca dende o ingreso hospitalario a posterior alta e incorporación ao seu entorno social habitual.

## 5.1 Pacientes con dano cerebral e ictus

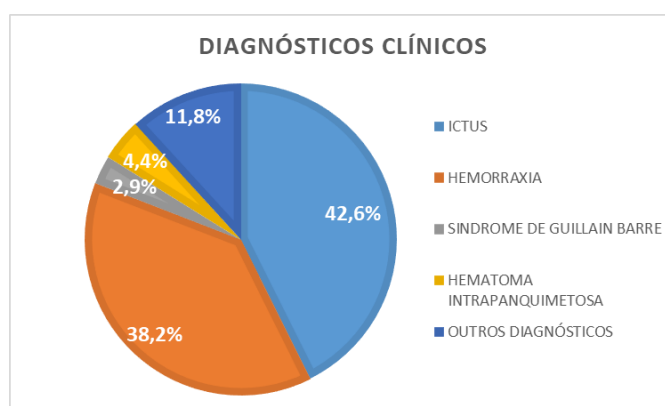
A continuación reflíctese a información obtida en función do diagnóstico clínico do/a paciente, variables en función do sexo e idade, autonomía e duración da estada hospitalaria.

### 5.1.1 Tipos de diagnósticos clínicos e perfil dos/as pacientes

Na figura posterior obsérvase como a maioría dos/as pacientes teñen diagnosticado un ictus (42,6% do total dos/as pacientes hospitalizados/as) ou unha hemorragia (38,2% do total). Outros diagnósticos clínicos non contemplados na figura serían estenose, miopatía do enfermo crónico por COVID, meninxíoma, entre outros diagnósticos clínicos (representando 11,8% dos/as pacientes).

**Figura 4 .**

*Tipos de diagnósticos de pacientes hospitalizados no Servizo de Rehabilitación*



### 5.1.2. Impacto do DCA e o ictus na sociedade, comparativa cos/as pacientes do servizo de rehabilitación do CHUVI

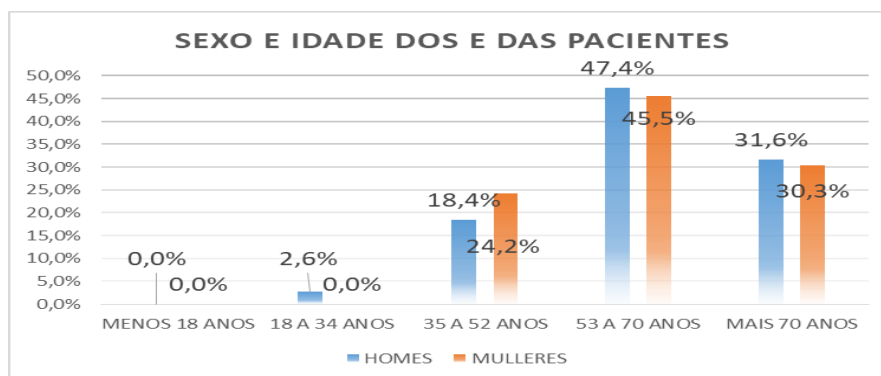
Segundo Geritricarea (2019), “O ictus é a primeira causa de discapacidade adquirida na idade adulta e constitúe a segunda demencia despois do Alzheimer” (parág.2.). Por outro lado, FEDACE (2022), recolle que 194.054 persoas con DCA teñen recoñecido un grao de discapacidade, e ademais un 43% destas persoas están recoñecidas cun grao de discapacidade igual ou superior ao 75%. No informe deseñado pola Sociedade Española de Neuroloxía se sinala que “no ano 2018 diagnosticáronse en Galicia 4338 casos novos ao ano, o 52% das persoas diagnosticadas foron homes e o 48% mulleres, sendo a primeira causa de mortalidade en Galicia nas mulleres e en segundo lugar nos homes”

(Sociedad Española de Neurología, 2020, p.19). Pódese comparar e extrapolar estes datos aos propios pacientes do Servizo de Rehabilitación do Hospital Meixoeiro, tal e como se aprecia na figura 5.

Tal e como se mostra na gráfica seguinte, máis da metade dos/as pacientes hospitalizados/as no servizo de rehabilitación son homes (53,5%), datos que son similares os do devandito informe da Sociedade Española de Neuroloxía. A maior diferenza de idade dos/as pacientes en función do seu sexo encóntrase no rango de idade de 53 a 70 anos, sendo el 54,5% homes en relación ao total de pacientes nesa franxa de idade. Pola contra son mais as mulleres hospitalizadas no rango de idade de 35 a 52 anos, representando tamén o 53,3% de pacientes totais no dito rango de idade.

**Figura 5.**

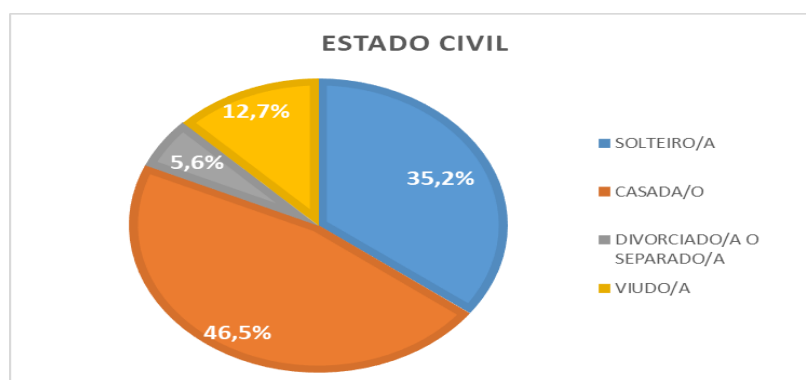
*Sexo e idade dos/as pacientes do servizo de rehabilitación*



Outro dato a sinalar recollese na figura 6. Significativo nos pacientes de rehabilitación é o seu estado civil. O 46,5% dos/as pacientes están casados/as fronte ao 35,2% que están solteiros/as.

**Figura 6.**

*Estado civil dos/as pacientes do servizo de rehabilitación*



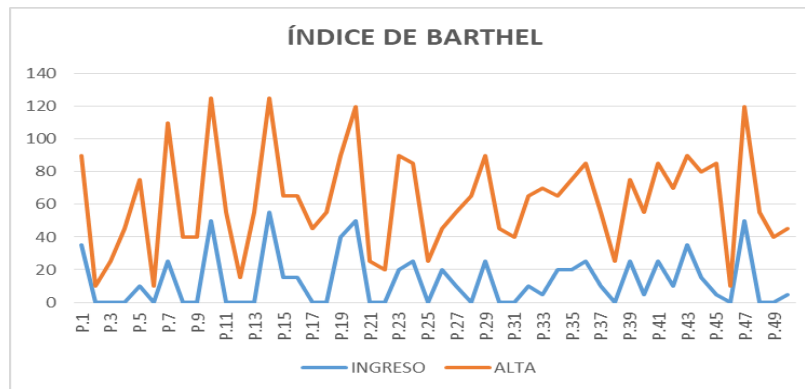


### 5.1.3. Nivel de autonomía

Na seguinte gráfica recóllense as variacións en base o Índice de Barthel dos/as pacientes hospitalizados.

**Figura 7.**

*Representación del Índice de Barthel*



Na figura anterior aparecen representadas as puntuacións obtidas no Índice de Barthel. No eixe de abscisas aparece reflectido os/as pacientes, representando unha liña por cada paciente, e no eixe de ordenadas figura a puntuación obtida de cada un deles. Na parte inferior de cada liña sinala a puntuación cando o/a paciente ingresa no servizo de rehabilitación e na parte superior da liña cando o/a paciente obtén a alta hospitalaria.

Canto máis alta sexa a puntuación, indica que a persoa dispón de máis autonomía para realizar as actividades básicas da vida diaria. A puntuación media dos/as pacientes hospitalizados/as cando ingresaron no servizo de rehabilitación era de 13.2 puntos, é dicir, estaban en situación de dependencia total. Pola contra, previa alta hospitalaria, a puntuación media dos/as pacientes aumentou a 48.7 puntos, o que se identifica como unha dependencia moderada en actividades como vestirse, asearse, comer, deambular e outras actividades básicas diarias.

Outro dato de interese aportado polo Índice de Barthel é a diferenza de puntuación media existente entre os/as pacientes cando chegan ao servizo e cando retornan a súa estancia trala alta hospitalaria. A puntuación media é de 36.4 puntos que aumentaron os/as pacientes durante a súa estancia hospitalaria, é dicir as persoas hospitalizadas no servizo de rehabilitación dispoñen de moita



maior autonomía funcional dende o seu ingreso ata a posterior alta.

Este aumento de puntuación no Índice de Barthel é o resultado do traballo dun equipo especializado de rehabilitación integrado por diferentes servizos: neuroloxía, fisioterapia, logopedia, enfermmería, terapia ocupacional, psicoloxía e traballo social que traballan xuntos para conseguir unha maior autonomía funcional, participación social e mellor calidade de vida despois do diagnóstico clínico, tratamento e proceso de rehabilitación.

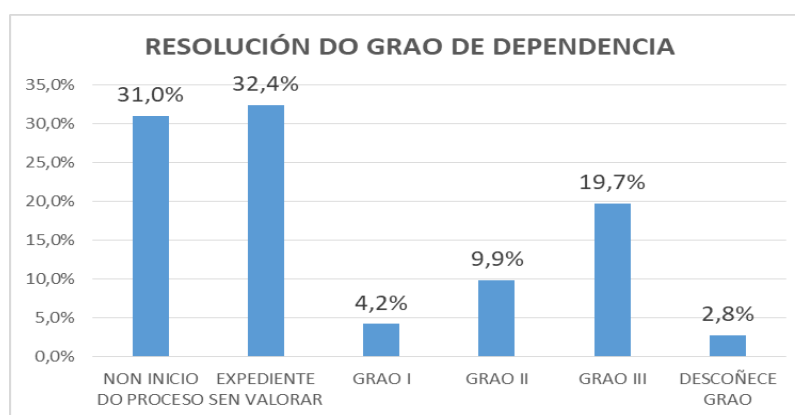
Outra forma de medir a autonomía funcional das persoas hospitalizadas é co grao de dependencia recoñecido. Na gráfica seguinte descríbense os datos do grao de dependencia dos e das pacientes hospitalizados/as.

Tal e como se recolle na figura seguinte, hai un elevado número de pacientes que non quixeron iniciar o procedemento ou que dito recoñecemento iniciouse dende os Servizos Sociais Comunitarios ou co seu traballador social do seu centro de saúde de referencia, representando isto o 31% dos casos.

O 32,4% dos expedientes presentados durante o estudo están aínda sen valorar e emitir resolución. Sinalar que o 19,7% teñen recoñecida un grao III de dependencia, en contraposición ao o 4,2% que teñen un grao I.

**Figura 8**

*Graos de dependencia dos/as pacientes de rehabilitación*

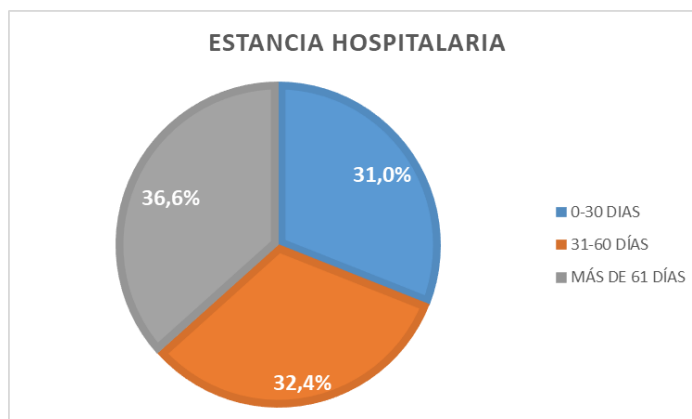


#### 5.1.4. Estancia hospitalaria

A figura anterior sinala que a duración das estancias hospitalarias son moi similares en canto ao número de días no hospital, sendo máis de 61 días o 36,6% do total dos/as pacientes.

**Figura 9.**

*Tempo de estancia hospitalaria*



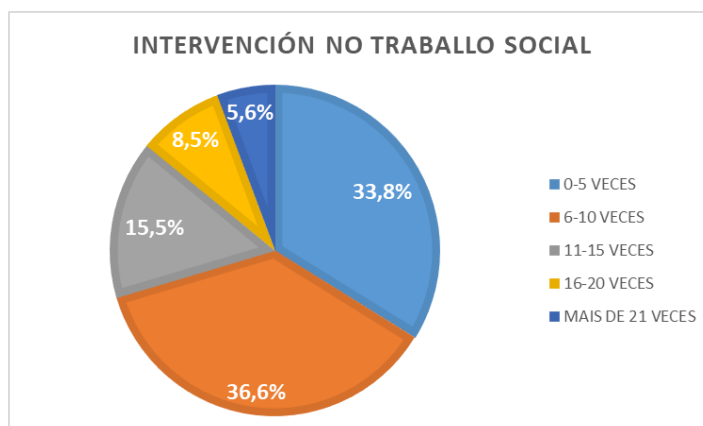
## 5.2. Intervención do Servizo de Traballo Social

A solicitude de intervención social polo servizo xorde pola detección dunha necesidade por parte do equipo médico, enfermería, paciente ou familia. A intervención prodúcese por unha solicitude de interconsulta na historia clínica electrónica que provén do equipo médico ou supervisor de planta onde se encontran hospitalizados/as os/as pacientes.

A frecuencia de intervención do traballador/a social é moi variable, tal e como se aprecia na seguinte figura 10. O servizo de traballo social intervén unha media de 7 veces con cada paciente hospitalizado/a no servizo de rehabilitación. Nun 33,8% dos casos, a intervención social resólvese con menos de cinco intervencións, tal e como se amosa na seguinte figura.

**Figura 10.**

*Número de intervencións por parte do Servizo de Traballo Social Sanitario*





Cando a/o profesional realiza unha intervención, a información do ou da paciente, recollerase da forma máis precisa posible, incluíndoa nun informe propio de traballo social dentro da historia clínica de cada persoa. O proceso de intervención por parte do Servizo de Traballo Social de Rehabilitación comprende varias fases:

- Valoración e intervención psicosocial:

Nesta fase prodúcese a primeira toma de contacto coa persoa e a súa rede de apoio, iníciase o estudo social, valoración das necesidades psicosociais e realízase a intervención orientada a iniciar o deseño do plan que orienta os cuidados que recibirá a persoa cando sexa alta hospitalaria.

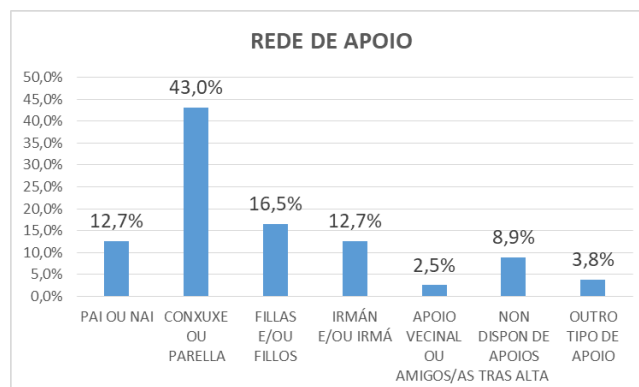
Dita intervención iníciase unha vez que se asigna a interconsulta por parte dun ou dunha profesional do servizo de traballo social, contáctase co/a paciente, rede de apoio e trabállase de forma coordinada co resto de profesionais do equipo asistencial.

- Deseño e planificación de apoios trala alta hospitalaria.

O servizo de traballo social intervén dende a prevención social, avaliando as necesidades que poida ter a persoa en función do seu contexto e circunstancias sociais. Despois do estudo social e a coordinación co resto do equipo asistencial axúdase a deseñar un plan de cuidados á persoa e a súa rede social de apoio de referencia. É importante informar sobre recursos de apoio trala alta, reorganizar os cuidados familiares, localizar a familiares ou rede de apoio informal ou veciñal, primeiro contacto con servizos sociais ou atención primaria, recompilar documentación para a tramitación de recursos e implicar a rede de apoio na participación dos cuidados durante a hospitalización, sendo un proceso transversal cando o/a paciente sexa alta hospitalaria.

**Figura 11.**

*Tipoloxía da rede social de apoio do ou da paciente hospitalizada*



Nesta fase é importante coñecer o soporte co que contan os/as pacientes. Na figura anterior móstrase que o 43% dos e das pacientes contan co soporte principal do seu cónxuxe ou parella sentimental. O 16,5% das persoas hospitalizadas tiveron o apoio dos seus fillos/as e en menor medida outros pacientes contaron con outro apoio como pais ou irmáns. É relevante que o 8,9% dos pacientes non teñen apoio trala alta hospitalaria, necesitando de servizos privados que interveñan na atención aos coidados que necesitan.

En concreto, o servizo de traballo social do equipo de rehabilitación, conta coa particularidade de que a maior parte dos/as pacientes que ingresan no servizo, trala alta hospitalaria, ven modificadas as súas circunstancias previas ao ingreso aumentando as necesidades de apoio cando regresen ao seu entorno habitual.

- Seguimento e apoio socioemocional a persoa e a súa rede social

Durante o seguimento e a evolución clínica e social do/a paciente é moi importante a coordinación co equipo asistencial. Para favorecer esta coordinación mantense unha sesión clínica con todos os profesionais integrantes do equipo, na que se aporta información sobre a evolución clínica e social de todos os e as pacientes que están hospitalizados/as no servizo de rehabilitación, comparten obxectivos interdisciplinares do servizo, así como propostas de cara á alta hospitalaria.

A coordinación interna consiste en recoller información dende distintas disciplinas e servizos que conforman o equipo asistencial, xa que para elaborar



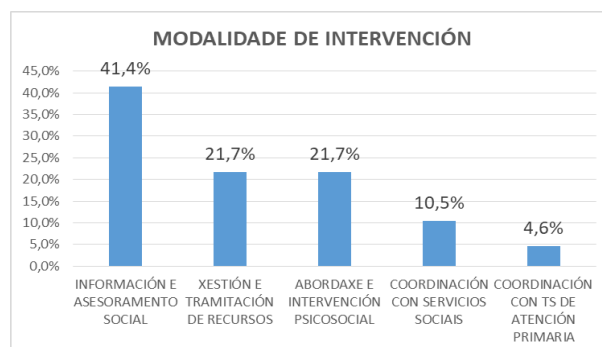
o plan de coidado da persoa necesítase coñecer as necesidades de apoio que vai ter para o desempeño das AVD, posibilidades de mobilidade á hora de realizar transferencias, recursos necesarios para unha mobilidade máis autónoma posible, saber que tipo de apoios ou visitas recibiu a persoa durante a hospitalización, diagnósticos clínicos así como estas incidencias que poidan afectar ao desenvolvemento do día a día durante o proceso de adaptación á nova realidade clínica e social. En definitiva, unha comunicación fluída e recíproca por parte do traballador social sanitario co servizo médico, enfermería, psicoloxía, fisioterapia, logopedia e terapeuta ocupacional.

Segundo se reflicte na seguinte figura, o servizo de traballo social focaliza a súa intervención no proceso de guía, información e orientación ao paciente, realizando nun 41,4% unha intervención conxunta co servizo de psicoloxía así como unha xestión na tramitación de recursos.

Tamén pode necesitarse engadir información que aporten outras administracións mediante unha coordinación externa. A maioría da información que o/a traballador/a social aporta ao estudo social vén proporcionada por fontes primarias (propio paciente, unidade familiar ou rede de apoio).

**Figura 12.**

*Modalidade de intervención social por parte do/a traballador/a social*



En moitos casos, a información de fontes primarias é preciso complementala con outra información de forma coordinada cos servizos sociais municipais ou atención primaria para incorporar máis datos ao estudo da situación social do paciente con información recibida a través de fontes secundarias proporcionadas por entidades externas, equipo interdisciplinar de servizos sociais ou centro de saúde, incidindo estes datos na planificación da alta hospitalaria.



Outra das funcións é o apoio socioemocional á persoa e a súa rede de apoio, mantendo informadas as persoas e facer un seguimento para coñecer a evolución e a súa perspectiva emocional da súa situación.

- Alta social e clínica da persoa hospitalizada.

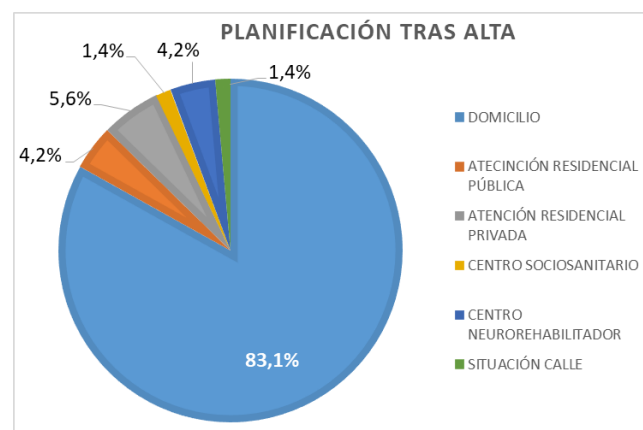
Durante a hospitalización é importante preparar á persoa informando de forma conxunta co servizo médico e de psicoloxía, da súa nova realidade social.

Unha vez que se diseña o plan de coidados do/a paciente e se finaliza o proceso de neurorrehabilitación durante a hospitalización por alta clínica do/a paciente, a persoa continuará co servizo de rehabilitación de forma ambulatoria, sendo o seu traballador/a social de referencia dos servizos sociais comunitarios ou atención primaria da súa localidade. Durante o proceso de alta hospitalaria, no caso de que a persoa necesite continuidade asistencial por parte do servizo de traballo social, realizarase unha derivación aos servizos sociais comunitarios ou traballador/a social do centro de saúde para continuar coa intervención.

A alta hospitalaria dos/as pacientes de rehabilitación soe ser alta ao domicilio habitual ou domicilio alternativo dunha persoa que forma parte da rede de apoio do paciente, ingreso nun centro residencial ou derivación a outro centro hospitalario de neurorrehabilitación ou sociosanitario. No caso de derivación ao centro sociosanitario, dende o servizo de traballo social, envíase unha solicitude e a documentación necesaria cun informe social motivando e xustificando o ingreso da persoa no centro sociosanitario.

**Figura 13.**

*Planificación tras o alta hospitalaria do/a paciente*





Como se indica na figura anterior, o 83,1% dos/as pacientes hospitalizados/as voltan ao domicilio cando están en situación de alta clínica, mentres que o 5,6% ingresan nun centro residencial privado, e o 4,2 % dos casos nunha residencia pública por vía de emerxencia social a través da lei de dependencia da Xunta de Galicia. Outro recurso utilizado co 4,2% dos/as pacientes que acoden a un centro de neurorrehabilitación integral de forma privada.

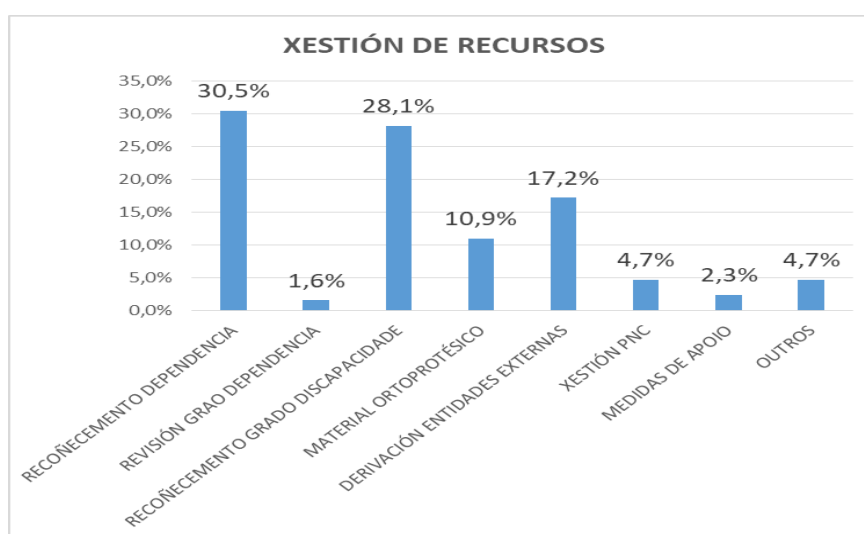
### 5.3. Xestión de recursos dende o Servizo de Traballo Social

A función principal do/a traballador/a social sanitario/a no hospital é preparar e organizar un plan de coidados para cando o/a paciente sexa alta hospitalaria. O plan ten que ser consensuado polo propio paciente e a súa rede de apoio formal. É importante no deseño do plan ter en conta tódalas dimensións de calidade de vida da persoa como a capacidade de autodeterminación e toma de decisións, seu benestar físico, emocional e socioeconómico.

Para a planificación da alta hospitalaria é importante que o/a traballador/a social dispoña de recursos que complementen o apoio que deba recibir o/a paciente a través da súa rede de apoio non profesional. Na figura seguinte poden observarse os diversos recursos que se xestionan no servizo de traballo social enfocados no contido de rehabilitación da persoa.

**Figura 14**

*Tipoloxía xestión de recursos de apoio*





A maior parte desta xestión enfócase no recoñecemento do grao de dependencia e acceso ás prestacións do sistema (30,5% do total dos recursos xestionados) e recoñecemento do grao de discapacidade, que supón o 28,1% do total de recursos xestionados.

Outro recurso utilizado é a derivación a outras entidades externas do terceiro sector como Cruz Vermella, ortopedias, clínicas de rehabilitación e fisioterapia, entre outras, abarca esta intervención o 17,2% de todos os recursos. Outras intervencións, realizadas en menor medida, é a xestión dunha pensión non contributiva ou préstamo de material ortoprotésico.

Esta variedade de recursos forman parte do plan individualizado de apoio, que debe fomentar a autonomía da persoa no desempeño das AVD, e previr sobrecarga familiar, realizando un proceso de acompañamento durante o proceso de hospitalización.

Outra función do profesional é orientar e dar información sobre servizos e recursos que o/a paciente ou a súa rede de apoio necesita ou demanda, complementando, en moitos casos, o soporte familiar con servizos profesionalizados.

Simultaneamente co proceso de asesoramento e información ao paciente e a súa rede de apoio, débese orientar ao resto do equipo asistencial sobre os recursos e o soporte que vai a dispor a persoa trala alta hospitalaria, xa que o tratarse dunha intervención multidisciplinar, o desenvolvemento dos obxectivos do resto dos profesionais pódense modificar en función de variables como son o destino trala alta hospitalaria, implicación da súa rede de apoio así como recursos e servizos que a persoa vai dispor cando estea en situación de alta hospitalaria.

Tamén é importante o apoio psicosocial durante a abordaxe das necesidades sociais das persoas hospitalizadas no servizo de rehabilitación, sendo conscientes de que as súas circunstancias vitais se modificaron por unha situación sobrevivida que na gran maioría dos casos non se espera ou formula de forma previa, dando lugar a un proceso de dó e adaptación a unha nova realidade social.

## 6. CONCLUSIONES

Neste estudo analízase o perfil de pacientes hospitalizados no Servizo de Rehabilitación do Hospital Meixoeiro de Vigo e se profunda sobre as competencias e implicación do Servizo de Traballo Social no equipo asistencial de rehabilitación.

Durante a investigación traballouse de forma coordinada co equipo asistencial do servizo de rehabilitación do hospital, collendo como período temporal de referencia os/as pacientes hospitalizados/as durante o ano 2022 e principios de 2023. Deste xeito, pódese concluír que:

- O equipo de rehabilitación fórmano diferentes servizos como neuroloxía, fisioterapia, logopedia, enfermería, terapia ocupacional, psicoloxía e traballo social. Actúan de forma coordinada para conseguir unha maior autonomía funcional, participación social e mellor calidade de vida despois do diagnóstico clínico, tratamento e rehabilitación do/a paciente. Durante a hospitalización, no proceso de rehabilitación, os/as pacientes aumentan o seu nivel de autonomía segundo se reflicte no Índice de Barthel cun incremento medio de 36 puntos.
- O/a traballador/a social intervén unha media de 7 veces con cada paciente hospitalizado no servizo. En menos da metade dos casos, a intervención social resólvese con menos de cinco intervencións.
- O/a traballador/a social sanitaria ten un papel moi importante na planificación de coidados trala alta hospitalaria, que pode denominarse como alta social sendo de igual relevancia e indispensable para ter a alta clínica. Dende esta perspectiva enténdese que a saúde non é só a ausencia de enfermidade senón a unión de moitos factores que repercuten no benestar físico, social e emocional. É prioritario neste proceso a recollida de información das distintas fontes próximas, asesoramento social, a procura de recursos e acompañamento. Segundo se recolle dos resultados, a maioría (83,1%) dos/as pacientes hospitalizados/as regresan ao domicilio cando están en situación de alta clínica. Preto do 10% dos/as pacientes ingresan nun centro residencial, mentres que menos do 5% dos casos obteñen praza nunha residencia pública por vía de emerxencia social a través da lei de



dependencia da Xunta de Galicia. Apuntar que o 4,2% dos/as pacientes, acoden a un centro de neurorrehabilitación de carácter privado. A maioría dos familiares, unidade de convivencia ou persoas que forman parte da rede de apoio da persoa asumen os coidados ao terminar o proceso de rehabilitación.

- No servizo de traballo social a maior parte da xestión dos recursos oriéntanse ao recoñecemento do grao de dependencia e acceso ás prestacións do sistema (30,5% do total dos recursos xestionados) e o recoñecemento do grao de discapacidade (28,1% do total de recursos). Outro recurso tramitado con frecuencia é a derivación a entidades do terceiro sector como Cruz Vermella, Cáritas, clínicas de rehabilitación, fisioterapia, etc.
- En paralelo ao proceso de asesoramento e información ao paciente e a súa rede de apoio é importante orientar ao resto do equipo asistencial sobre os recursos e o soporte que vai a dispor a persoa trala alta hospitalaria, xa que o tratarse dunha intervención multidisciplinar, o desenvolvemento dos obxectivos do resto dos profesionais pódense modificar en función de variables como o destino trala alta hospitalaria, rede de apoio e recursos ou servizos que a persoa terá na situación de alta hospitalaria.
- O/a traballador/a social no hospital ten un labor importante no proceso de preparación da alta hospitalaria dos e das pacientes. Durante a hospitalización realiza un estudo do ámbito social, sanitario, económico e laboral para deseñar un plan orientado a alta hospitalaria do e da paciente. Para iso, realiza entrevistas coa persoa e coa súa rede de apoio, analizando e estudando o grao de implicación da súa rede social, organización e estrutura dos apoios, circunstancias da vivenda e económicas da persoa; para cando dispoña da alta hospitalaria poida ter os recursos que necesita para adaptarse a nova realidade clínica e social.
- O Servizo de Traballo Social non xestiona recursos de forma exclusiva senón que abarca un amplo abano, como acompañamento familiar, soporte emocional, coordinación e derivación con outros servizos, administracións e organizacións reducindo a xestión e tramitación de recursos a unha función complementaria á planificación de coidados para preparar a alta hospitalaria do/a paciente.



- Para incrementar a calidade no proceso de planificación de alta, o/a traballador/a social debe ter coñecementos xenerais sobre os distintos termos clínicos relacionados con enfermidades cerebrais, factores de risco, probas diagnósticas, protocolos e guías de intervención así como una coordinación fluída co equipo interdisciplinar do servizo de rehabilitación.

De forma específica, dende o propio servizo de traballo social, débense adquirir máis competencias propias e específicas centradas no coñecemento e uso de diferentes escalas (Lawton e Brody para medir a capacidade funcional do/a paciente, escala de Zarit para coñecer a sobrecarga familiar ou a escala de Valoración Sociofamiliar de Gijón permitindo identificar a existencia de risco social), participar en grupos científicos, publicacións e investigación social que impulse o coñecemento sobre o proceso de rehabilitación integral dende unha perspectiva social. Tamén crear guías de intervención con pacientes diagnosticados de enfermidade cerebrovascular e coas súas familias incidindo na posibilidade de soporte emocional, escoita activa e planificación de alta hospitalaria.

Esta investigación pode servir de base para un estudo retrospectivo de anos posteriores que permita coñecer a evolución e autonomía funcional dos pacientes que estiveron hospitalizados no servizo de rehabilitación e realizar un seguimento dos/as pacientes que acoden a rehabilitación de forma ambulatoria.

Tamén é de interese formular liñas de investigación orientadas a coñecer o grao de sobrecarga dos/as coidadores/as principais dos pacientes de rehabilitación, valorando si existen variacións na rede de apoio dende a alta hospitalaria.

Por último, é relevante avaliar a autonomía funcional das persoas valorando os expedientes iniciados a través do recoñecemento de dependencia e analizar a resolución formulada polo Equipo de Valoración de Dependencia e se nun futuro as persoas hospitalizadas no servizo de rehabilitación, continúan tendo o mesmo grao de dependencia ou se teñen algunha variación.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Aguilar Idáñez, M.J. y Olmedo Vega, V. (2022). *Guía práctica del trabajo social*



- neurólogo* (36). Ediciones de la Universidad de Castilla la Mancha.
- Aldunate, N. (2015). *Trabajo social sanitario en casos de ictus en Navarra*. [Trabajo de Fin de Grado, Universidad Pública de Navarra] Académica-e. <https://academica-e.unavarra.es/handle/2454/19131>
- Carnerero Sánchez, D. (2018). *Propuesta de protocolo de Trabajo Social Sanitario (TSS) de intervención psicosocial en personas con Trastorno Mental Grave (TMG) desde un Centro de Salud Mental (CSM.)* [Trabajo de Fin de Máster, Universitat Oberta de Catalunya]. <https://openaccess.uoc.edu/simple-search?query=Propuesta+de+protocolo+de+Trabajo+Social+Sanitario+%28TSS%29+de+intervenci%C3%B3n+psicosocial++en+personas+con+Trastorno+Mental+Grave+%28TMG%29+desde+un+Centro+de+Salud+Mental+%28CSM%29+>
- Clinic Barcelona. (27 de diciembre de 2022). *¿Que es un ictus?*. <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/ictus>
- Colom, D. (2013). *Modelos de trabajo social sanitario. La gestión y la clínica*. [Archivo en PDF]. <https://openaccess.uoc.edu/bitstream/10609/76845/9/Contexto%20hist%C3%B3rico%20en%20el%20TSS%20M%C3%B3dulo%204%20Modelos%20de%20trabajo%20social%20sanitario.%20La%20gesti%C3%B3n%20y%20la%20cl%C3%ADnica.pdf>
- Colom, D. (2010). El trabajo social sanitario en el marco de la optimización y Sostenibilidad del sistema sanitario. *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria, revista de servicios sociales*, (47), 109-119.
- Consellería de Sanidade da Xunta de Galicia. (2023). *Actualización do plan de asistencia ao ictus en Galicia (código ictus)*. [Archivo PDF]. <https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Plan-Ictus-Asistencia?idioma=es>
- Deltoro Rubio, A. (2020). *Percepción social del trabajo social sanitario como disciplina y profesión*. [Trabajo de Fin de Mestrado, Universitat Oberta de Catalunya]. <https://openaccess.uoc.edu/simple-search?query=Percepci%C3%B3n+social+del+trabajo+social+sanitario+como+disciplina+y+profesi%C3%B3n>.
- Federación Española de Daño Cerebral e Observatorio Estatal Daño Cerebral. (2021). *Estudio sobre la situación de las personas con daño cerebral en proceso de*



- envejecimiento y necesidades de prestación de apoyos.* [Arquivo en PDF].  
[https://www.fedace.org/estudio\\_envejecimiento](https://www.fedace.org/estudio_envejecimiento)
- Federación Española de Daño Cerebral (2023). *¿Cómo debe ser la rehabilitación del daño cerebral adquirido?* [Arquivo en PDF].  
[https://fedace.org/index.php?V\\_dir=MSC&V\\_mod=showart&cmd=print&id=169](https://fedace.org/index.php?V_dir=MSC&V_mod=showart&cmd=print&id=169)
- Federación Española de Daño Cerebral. (2021). *Modelo de atención al daño cerebral adquirido.* [Arquivo en PDF]. [https://fedace.org/modelo\\_atencion\\_dano\\_cerebral](https://fedace.org/modelo_atencion_dano_cerebral)
- Federación Española de Daño Cerebral. (2006). *Trabajo social y daño cerebral adquirido.* [Arquivo en PDF]. [https://fedace.org/files/MSCFEDACE/2016-10/17-18-40-2.admin.1\\_trabajo\\_social\\_y\\_DCA.pdf](https://fedace.org/files/MSCFEDACE/2016-10/17-18-40-2.admin.1_trabajo_social_y_DCA.pdf)
- Federación Galega de Dano Cerebral Adquirido. (2019). *Cousas que debes saber sobre o dano cerebral adquirido cando o teu familiar está no hospital.* [Arquivo en PDF]  
<https://www.fegadace.org/formacion-dano-cerebral-galicia-gal.html#coidados-atencion-dano-cerebral>
- FEDACE. (2019). *Conoce el Daño Cerebral.* [Arquivo en PDF]. <https://fedace.org/dano-cerebral>
- FEDADE. (13 de setembro do 2019). *Que es y causas principales*  
<https://fedace.org/dano-cerebral>
- FEDACE. (13 de maio do 2022). *FEDACE publica infografías sobre las personas con Daño Cerebral con certificado de discapacidad.*  
[https://fedace.org/reconocimiento\\_discapacidad](https://fedace.org/reconocimiento_discapacidad)
- Garcés Carranza, C. M. (2013). *Trabajo Social y el plan de alta del hospital. Análisis,* 14(1), 62–73. <https://doi.org/10.54114/revanlisis.v14i1.13448>
- Geritricarea. (Outubro del 2019). *El ictus es la primera causa de discapacidad adquirida en el adulto y la segunda de demencia.*  
<https://www.geritricarea.com/2019/10/28/el-ictus-es-la-primera-causa-de-discapacidad-adquirida-en-el-adulto-y-la-segunda-de-demencia/>
- Gijón Sánchez, M. T. y Colom Masfret, D. (2016). Debates transdisciplinares en torno a la especialización del trabajo social sanitario. Respuestas transdisciplinares en una sociedad global: Aportaciones desde el Trabajo Social (p. 143).
- Nepssa (17 de marzo de 2020). El papel del Trabajo Social en la neurorehabilitación.  
<https://nepssa.es/el-papel-del-trabajo-social-en-la-neurorehabilitacion/>



- Olmedo, V. y Arranz, M. (2017). Trabajo Social Sanitario: Intervención con Pacientes con ictus desde el Servicio Médico de Neurología del Hospital Clínico Universitario de Valladolid. *Trabajo Social y Salud* (88), pp. 39-47.
- Olmedo, V. y Fernández, S. (2020). Las cuatro “q” del Trabajo Social en la atención a personas con enfermedades neurológicas: qué, quién, porqué y para qué. *Documentos de trabajo social: Revista de Trabajo Social y acción social*,(63),7-28.
- Olmedo Vega, V. (2021). *Rehabilitación integral post-ictus: factores sociales, impacto a largo plazo y trabajo social de neurología* [Tese de doutoramento, Universidad de Valladolid]. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/48610/Tesis1885-210906.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Olmedo, V. y González, R. (2018). Repesando la intervención social en pacientes con ictus. *Acciones e investigaciones sociales* (39), 89-110. [https://doi.org/10.26754/ojs\\_ais/23404507](https://doi.org/10.26754/ojs_ais/23404507)
- Rodríguez Moneo, A. (2017). *Trabajo social grupal: intervención grupal con familiares de pacientes de ictus*. [Trabajo de Fin de Grao, Universidad de Valladolid]. Repositorio documental Universidad de Valladolid.
- Rudilla Pinzón, L. (2017). Recursos sociales para personas afectadas de un ictus. intervención desde el trabajo social recursos sociales para personas afectadas de un ictus. intervención desde el trabajo social recursos sociales para personas afectadas de un ictus. intervención desde el trabajo social. [Trabajo de fin de grado, Universidad de Zaragoza]. Zagan repositorio internacional de documentos.
- Sociedad Española de Neurología (2019). *El atlas del ictus en Galicia*. [Archivo PDF]. [https://www.sen.es/images/2020/atlas/Informes\\_comunidad/Informe ICTUS Galicia.pdf](https://www.sen.es/images/2020/atlas/Informes_comunidad/Informe ICTUS Galicia.pdf)
- Vazquez Guimaraens, M (2017). Factores relacionados a una mayor recuperación funcional tras sufrir un accidente cerebrovascular [Tesis de doctorado, Universidade da Coruña]. <https://ruc.udc.es/dspace/handle/2183/19544>