
LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL CON PERSONAS QUE SUFREN DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO

PSYCHOSOCIAL REHABILITATION FOR PEOPLE SUFFERING FROM ACQUIRED BRAIN DAMAGE

Verónica Olmedo Vega

Trabajadora social. Servicio Neurología Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Celia Martín Cepeda

Trabajadora Social de Centro Integral de Rehabilitación-CIRON.

Resumen: el daño cerebral adquirido (DCA) es una lesión producida en el cerebro, posterior al nacimiento, debido a diferentes causas, entre ellas, el ictus. Éste, es un problema sanitario de gran impacto social en el que la intervención del/la trabajador/a social sanitario/a de neurología cobra gran importancia para desarrollar al máximo su potencial físico, psicológico y social. Para ello, se precisa de un tratamiento social que se llevará a cabo mediante un plan de rehabilitación psicosocial continuado. Se presenta en este artículo una propuesta de modelo de rehabilitación psicosocial administrado por el profesional de Trabajo Social Sanitario de neurología del HCUV a personas con ictus.

Palabras Clave: Trabajo Social Sanitario, neurología, rehabilitación, ictus, psicosocial, persona.

Abstract: acquired brain injury (ABI) is a lesion produced in the brain after birth due to different causes, including stroke. This is a health problem of great social impact in which the intervention of the neurology health social worker is of great importance to develop the patient's physical, psychological and social potential to the maximum. This requires social treatment to be carried out by means of a continuous psychosocial rehabilitation plan. This article presents a proposal for a psychosocial rehabilitation model administered by the neurology health social work professional at the HCUV to people with stroke.

Keywords: health social work, neurology, rehabilitation, stroke, psychosocial.

Referencia normalizada: Olmedo, V. y Martín, C. La rehabilitación psicosocial con personas que sufren daño cerebral adquirido. Trabajo Social Hoy 102 (pág. 77 - 98). Doi: 10.12960/TSH 2024.0012

Correspondencia: Celia Martín Cepeda. Trabajadora Social de Centro Integral de Rehabilitación-CIRON.
Email: celiamartincepeda@gmail.com

1. INTRODUCCIÓN

La mayoría de los artículos bibliográficos encontrados sobre rehabilitación psicosocial hacen referencia al ámbito de salud mental, con personas con esquizofrenia o trastorno mental grave, entre otros.

La importancia de realizar una rehabilitación psicosocial radica en considerar los factores sociales y psicológicos que influyen en el proceso salud-enfermedad de la persona y no solo en las variables clínicas. Los factores psicosociales, además de influir en la aparición y desarrollo de las enfermedades mentales (Hernández Martín, 2013:318), influyen en las enfermedades neurológicas, en este caso, el ictus, afectando a la calidad de vida de las personas, a sus relaciones familiares, entorno social y su estabilidad emocional (Cerero Carrasco, n.d.:1). Cuando estos factores afectan a la salud y al bienestar de la persona, se identifica como un problema psicosocial que requiere la intervención de el/la profesional de Trabajo Social, ya que, tal y como destaca Ursa Herguedas (2007:241) «el Trabajo Social es la actividad profesional que tiene por objeto la investigación de factores sociales que inciden en el proceso salud-enfermedad así como en el tratamiento de los mismos que aparecen en relación a las situaciones de enfermedad [...]» que pueden influir negativa o positivamente en la persona.

El/la profesional de Trabajo Social Sanitario como profesional directo en la administración de la rehabilitación psicosocial con diferentes colectivos y ámbitos, comprometido con la respuesta de aquellos que le necesitan y las dificultades en una atención presencial directa, pretende elaborar y llevar a cabo un proceso sobre la rehabilitación psicosocial; desarrollado a lo largo de este artículo, con personas que sufren Daño Cerebral Adquirido (DCA), como el ictus.

El DCA es una lesión producida en el cerebro, posterior al nacimiento. Su origen se debe a lesiones cerebrales súbitas, causadas por accidentes cerebrovasculares, traumatismos craneoencefálicos, anoxias cerebrales, tumores e infecciones cerebrales. Provoca alteraciones en la vida diaria de la persona que lo sufre, tanto en aspectos físicos y sensoriales como cognitivos y emocionales (Quezada García *et al.*, 2017) (Ríos Lago *et al.*, 2008).

La falta de artículos que tratan sobre este tipo de rehabilitación en pacientes posictus, ha llevado a la creación de este artículo para presentar un modelo de rehabilitación psicosocial realizada por el/la profesional de Trabajo Social Sanitario en el ámbito de la neurología, específicamente en los pacientes que han sufrido ictus.

Esta enfermedad en aumento es la primera causa de discapacidad en adultos (Organización Mundial de la Salud, 2018); llegando a considerarse un problema de salud pública y sociosanitario de gran repercusión.

La intervención con pacientes que han sufrido un ictus en la Comunidad Autónoma de Castilla y León adquiere gran relevancia ya que es considerada una de las comunidades autónomas con una mayor cantidad de población dispersa, rural y sobre todo envejecida. Por ello, dentro de las actuaciones se buscan soluciones para gestionar de una forma eficaz y eficiente la atención a personas en situación de dependencia y cronicidad temporal o permanente provocadas por un ictus, entre ellas: disponer de un servicio mediante instrumentos novedosos que faciliten una atención personalizada e integral centrada en la persona y de un sistema de gestión y programación personalizada de rehabilitación psicosocial que permita a los pacientes incrementar la atención, cuidados

y autonomía personal independientemente del lugar de residencia. Así mismo, se busca implicar a las personas en el mantenimiento de su propia salud, sin olvidar los procesos vinculados a la rehabilitación y atención a personas dependientes con enfermedad crónica y sus familias.

2. ICTUS

El ictus es una enfermedad cerebrovascular que «hace referencia a cualquier trastorno de la circulación cerebral, generalmente de comienzo brusco, que puede ser consecuencia de la interrupción de flujo sanguíneo a una parte del cerebro» (Plaza, 2007:16). La sangre no llega al cerebro en la cantidad necesaria y, como consecuencia, las células nerviosas no reciben oxígeno, dejando de funcionar. Existen fundamentalmente dos tipos de ictus, según la clase de lesión que lo provoca: ictus isquémico e ictus hemorrágico.

El ictus isquémico se produce con mayor frecuencia por oclusión arterial, pero también puede deberse a una oclusión venosa, y el ictus hemorrágico es el resultado de la rotura de un vaso sanguíneo provocando un sangrado (Tsze y Valente, 2011:1) (Sánchez Álvarez, 2017:1).

La Dra. Mar Castellanos, coordinadora del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología (SEN) (citada en Pérez Menéndez, 2022:2) estima que en los próximos 10 años los casos de ictus aumentarán un 34%, y el número de supervivientes con discapacidad se estima en un 25%. Unas 110.000 personas sufren cada año en España un ictus, de las cuales un 30% tendrá dependencia funcional.

Entre los años 2000 y 2025, se prevé que la incidencia de ictus se incremente en un 27% en relación con el envejecimiento de la población (Cayuela *et al.*, 2016:375); en Europa el número de casos al año aumentará desde 1,1 millones en el año 2000 a más de 1,5 millones al año en 2025 (Soto *et al.*, 2022:2) (Truelsen *et al.*, 2006).

2.1 Consecuencias

El ictus es la primera causa de discapacidad en España y el predominio del grupo es de 60 a 69 años (Romero, Llisterri, Turégano, Cinza, Muñoz y Silvero *et al.*, 2019). Se estima que 1 de cada 4 personas sufrirá un ictus a lo largo de su vida, de esta estimación más de 80 millones de supervivientes globales sufrirán secuelas donde el foco de atención en estrategias de prevención será imprescindible (Campbell1, De Silva, Macleod, Coutts, Schwamm, Davis y Donnan, 2019:2). Entre las causas más frecuentes de la discapacidad asociada al ictus se incluyen problemas motores, problemas cognitivos y problemas conductuales, así como la repercusión funcional sobre las actividades básicas de la vida diaria (en adelante, ABVD) (Noé Sebastián *et al.*, 2017:388-389).

El ictus irrumpe de forma brusca en la vida de la persona, con consecuencias que afectan tanto a la persona como a su entorno, amenaza la integridad física de la persona y genera un impacto significativo en su familia (Olmedo y Arranz, 2017). El ictus provoca efectos a todos los niveles. *En el plano individual*, destacan la preocupación, el temor, la incertidumbre, la inquietud, la impotencia, la angustia y la impaciencia que aparece en los pacientes que lo sufren. *A nivel familiar*, el impacto del ictus provoca, en muchos casos, la no aceptación de la realidad, la desestabilización o la unión familiar, pues no deja indiferente a la familia teniendo que asumir nuevos roles y nueva dinámica familiar (Moltó, Lozano, Castellví y Villanueva, 2007:103). El ictus *a nivel social*, es un

problema de salud pública (Olmedo Vega y González Aguado, 2018:93), la persona tiene que adaptarse a nuevos modelos de cuidados, incrementando el apoyo sociosanitario, así como los cuidados informales. Se producirán cambios en su vida laboral, pasando de tener un empleo a recibir una ayuda económica, y se originarán gastos económicos derivados de las adaptaciones necesarias, como adquisición de ayudas técnicas o adaptación de la vivienda (Mar *et al.*, 2013:336).

Como se señaló anteriormente, el ictus es la primera causa de discapacidad en España. En el año 2022 se aprueba el nuevo baremo de acceso a la discapacidad, a través del *Real Decreto 888/2022, de 18 de octubre, por el que se establece el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad*. Este nuevo baremo se adapta al modelo social de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas, creando nuevos baremos más completos, con una definición más precisa de la discapacidad, contemplando todos los factores ambientales, sociales, psicológicos, de apoyo, etc.

Con los nuevos baremos se evalúan las deficiencias permanentes en las funciones y estructuras corporales asociadas a la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria (AVD) mediante el establecimiento de criterios teniendo en cuenta la actividad afectada, el tipo y la gravedad del problema. Se evalúa también el desempeño de las actividades teniendo en cuenta la influencia de los factores contextuales ambientales considerando que pueden actuar como barrera, incrementando la discapacidad, interfiriendo en su funcionamiento. El trabajo social especializado en este campo, a través de la rehabilitación psicosocial, puede contribuir a compensar o minimizar la influencia de los factores contextuales ambientales en el desempeño de la actividad que se ha visto perjudicada por el daño sufrido en el cerebro.

Las consecuencias derivadas de un ictus, tanto físicas como psicosociales, mencionadas anteriormente, requieren de una intervención psicosocial del/la trabajador/a social sanitario/a, lo que implica adentrarse en la vida de la persona y su familia, disminuyendo el estrés que ha ocasionado esta nueva situación, contribuyendo al reajuste de una nueva adaptación (Olmedo y Arranz, 2017) y a la mejora de su calidad de vida.

2.2 Calidad de vida

La calidad de vida es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como «la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con el entorno».

En el campo de la salud, se hace referencia al concepto de «Calidad de Vida Relacionada con la Salud» (en adelante, CVRS); Urzúa (2010:359) en base a definiciones de diferentes autores, la define como «el nivel de bienestar derivado de la evaluación que la persona realiza de diversos dominios de su vida, considerando el impacto que en éstos tiene su estado de salud». Se entiende como un concepto directamente relacionado con el modelo biopsicosocial [Patrick y Erichson (1993), citado en Urzúa 2010:359].

En un estudio realizado por Leno Díaz *et al.* (2016) sobre «Calidad de vida relacionada con la salud en personas supervivientes a un ictus a largo plazo», se observó que el ictus afecta nega-

tivamente a la CVRS, sobre todo en las dimensiones de dolor/malestar y angustia/depresión, repercutiendo en aspectos físicos, funcionales y psicosociales de la persona.

Los aspectos principales de la calidad de vida son: bienestar físico, social y psicológico. El *bienestar físico* está determinado por la discapacidad funcional, fatiga y dolor, entre otros; el *bienestar psicológico* por la depresión, ansiedad, trastornos cognitivos y actitud frente a la enfermedad; y el *bienestar social* está determinado sobre todo por las relaciones sociales de las personas. Cada una de estas dimensiones afecta al día a día de las personas generando una reducción de la vitalidad, afectando en sus relaciones sociales, limitación de la movilidad y deterioro de la salud mental entre otros (Olascoaga Urtaza, 2010:282).

Teniendo esto en consideración, con el modelo de rehabilitación psicosocial que se presenta a lo largo de este artículo, se pretende mejorar la calidad de vida de las personas que han sufrido un ictus y sus familias, abarcando estos aspectos.

3. TRABAJO SOCIAL SANITARIO

El Trabajo Social Sanitario es la especialidad del Trabajo Social que se desarrolla y se ejerce dentro del sistema sanitario, ya sea en los diferentes niveles de la atención primaria, la atención sociosanitaria o la atención especializada (Coloms, 2010:109). «La intervención desde el Trabajo Social Sanitario siempre toma como punto de partida la enfermedad que sufre la persona, el diagnóstico médico que motiva su consulta sanitaria o, incluso, el ingreso hospitalario, su vivencia» (p. 110). Bonilla clarifica este enunciado como: «el trabajador social aporta su experiencia en la valoración de la dimensión social, familiar y psicosocial, elaborando el diagnóstico social sanitario que complementa el diagnóstico clínico (2017:82)».

La atención e intervención social con pacientes en neurología es competencia del/la profesional del Trabajo Social Sanitario especializado en este campo.

3.1 Trabajo Social Neurológico

«Se podría decir, por tanto, que el Trabajo Social Sanitario de neurología es una especialización en el área de salud del Trabajo Social» (Olmedo y González, 2019:95) y requiere de una formación específica acreditada. El personal de Trabajo Social Sanitario en neurología tiene como principales objetivos la detección de problemáticas sociales y el abordaje integral de la situación sociosanitaria del enfermo desde su ingreso hospitalario, 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.

Este profesional, es el enlace entre el ámbito sanitario y las personas, entre la enfermedad y la accesibilidad a tratamientos rehabilitadores condicionados por determinantes socioambientales.

El Trabajo Social neurológico dentro del proceso de rehabilitación psicosocial tiene un papel fundamental en el desarrollo de la actividad, complementando con otras alternativas las limitaciones en la actividad provocada por el ictus y potenciando las capacidades preservadas; así como en el fomento de la participación, evitando el aislamiento social, entre otros.

Y finalmente, es experto en el contexto; explora, indaga y promueve acciones con la persona y familia de superación de las barreras ambientales.

4. REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

El término de rehabilitación psicosocial ha sido objeto de diversas controversias. Anthony y Liberman (1986) acuñaron un enunciado operativo a este concepto, «mejorar los déficits en habilidades presuntamente causantes del deterioro en el funcionamiento psicosocial y/o modificar el ambiente promoviendo conductas adaptativas» (p. 543). Sin embargo, esta definición fue desarrollándose poco a poco, incorporando en su progreso, la dimensión evolutiva de la rehabilitación a lo largo de la vida del individuo, yendo más allá de la recuperación de las capacidades perdidas (déficit) y en el cambio en el ambiente.

En 1996, la OMS y la WAPR elaboraron una declaración de consenso con respecto a la Rehabilitación Psicosocial (Uriarte, 2007). En palabras de este autor, este documento consagró un cambio en el modelo centrado en la enfermedad hacia uno centrado en el funcionamiento social, definiendo dos líneas de intervención: una hacia la mejora de las competencias de los individuos y la segunda, quizás la más práctica, a la introducción de modificaciones en el entorno que mejoren la calidad de vida de las personas.

Esta concepción, por tanto, incluye el ciclo vital de la persona, basándose en sus capacidades, desarrollándolas, teniendo en cuenta su contexto y sus valores de vida.

Por tanto, la rehabilitación psicosocial no es una técnica, sino una estrategia de intervención, centrado más allá de lo puramente somático, es decir, en lo humano. Uriarte (2007) nos traslada una explicación en el terreno de la salud mental y que es acorde con nuestro objeto, sobre las enfermedades neurológicas como el ictus: «la adecuada asistencia a la población con enfermedad mental grave requiere de un abordaje capaz de integrar los diferentes servicios necesarios, más allá de componentes ideológicos. El carácter comunitario de la asistencia no se deriva exclusivamente del lugar donde se ejerce (hospitalario vs extrahospitalario), sino de la capacidad del sistema para ofrecer las mejores intervenciones en cada momento, con los mejores resultados, favoreciendo así que los pacientes se mantengan durante más tiempo en su ámbito y entorno sociofamiliar con el mejor funcionamiento posible» (p. 95).

Contemplar esta perspectiva humana implica promover el mantenimiento de la persona en su medio y establecer relaciones entre los distintos profesionales, los pacientes y sus familias. Los/las profesionales pueden favorecer estos servicios de rehabilitación psicosocial en el campo especializado de las enfermedades neurológicas. Un servicio de rehabilitación psicosocial que atienda además del paciente, a otros miembros como la familia y los cuidadores de los pacientes ya que pueden de una forma u otra participar en la prestación de servicios de rehabilitación (Brennan, Tindall, Theodoros, Brown, Campbell, Christiana, Smith, Cason y Lee, 2010:32).

En un proceso de rehabilitación, no hay que centrarse solo en los aspectos de recuperación física, sino que debe complementarse con una intervención centrada en potenciar las fortalezas de los sujetos e intervenir sobre su entorno; apoyándose «como eje prioritario en aquellas habilidades conservadas por los sujetos y potencialidades que de modo natural ofrece su medio» (Florit-Robles, 2006:227).

En el resultado de la rehabilitación psicosocial, la motivación es un aspecto clave. Puede ser entendida como una característica interna de la persona, o susceptible de ser modificada por factores externos; dentro de los factores internos, la autonomía personal es considerada una necesidad básica y dentro de los factores externos, encontramos el papel de la familia como fuente principal, y los profesionales que intervienen en el proceso de rehabilitación (Ramírez Cabrales, 2010:2). Puede entenderse desde una doble consideración: medio y fin, que se debe mantener a lo largo del plan de rehabilitación psicosocial.

Tras un DCA, en este caso un ictus, la motivación debe ser el eje fundamental del proceso de rehabilitación, ya que la persona se enfrenta a una nueva situación, que debido a las secuelas va a tener que aprender a realizar acciones que ya tenía adquiridas (Quiñones, 2019).

Conocer a la persona, así como sus gustos e intereses, es una oportunidad para poder seguir motivando a aquellas personas que necesiten esta motivación en el proceso rehabilitador. Se debe acompañar al paciente y familiares en el proceso de adaptación a una realidad muy distinta a la previa, fomentando la rehabilitación, pero siempre siendo realistas sobre esta misma. Así pues, se usarán las técnicas necesarias para poder crear un buen vínculo y así tener mayor éxito en nuestra intervención; usar técnicas de comunicación si es necesario y dar espacio para hacer un proceso emocional de la nueva situación.

Durante el desarrollo del plan de rehabilitación, es fundamental incorporar nuevas dificultades al alcance de la persona, para que la superación de cada una de ellas les produzca mayor motivación; necesario, por tanto, ir eliminando las aptitudes hiperprotectoras de la sociedad actual.

Las actividades y los objetivos que se pretendan conseguir con el proceso de rehabilitación deben estar establecidos en base a las motivaciones de la persona, teniendo en cuenta sus características personales y la extensión del daño producido. Antes de utilizar un lenguaje específico motivador con la persona, hay que tener en cuenta aspectos como: si pide ayuda y se deja ayudar y asesorar por parte del/la profesional; si realiza preguntas y por tanto se muestra interesado/a; si acepta la situación tal y cómo es o si por el contrario se muestra reticente a aceptar la nueva situación. A raíz de esto, se diseñará el programa.

El/la profesional de Trabajo Social neurológico del Hospital Clínico Universitario de Valladolid incorpora en su rehabilitación psicosocial las siguientes recomendaciones para que el paciente esté implicado y motivado durante su rehabilitación:

1. Empatía con la persona. Crear un vínculo profesional-paciente.
2. Las prioridades del paciente son consideradas en los objetivos del tratamiento.
3. La Historia de vida del paciente está presente en todo el programa.
4. Los hobbies y gustos de la persona se incorporan al Plan Rehabilitador.
5. Las capacidades y limitaciones de la persona están en constante evaluación.
6. Heterogeneidad de ejercicios que estimulen a la persona.

7. Intervenciones en diferentes entornos, siempre que sea posible, atractivos y estimulantes para la persona.
8. Técnicas de intervención y materiales diferentes.
9. Las actividades se seleccionan en función de la utilidad y preferencia de la persona.
- 10 Diseñar objetivos reales y alcanzables y evitar la frustración del paciente.

4.1 Propuesta de Rehabilitación Psicosocial

El establecimiento de un plan de Rehabilitación Psicosocial individualizado, por el Trabajador Social Sanitario de neurología, comienza con el diseño e implementación de un conjunto de actuaciones en base a la situación clínica y el estudio de la situación personal y sociofamiliar de la persona.

Se pretende contribuir de la mejor manera posible a la adaptación de la persona a la nueva realidad que la enfermedad le ha provocado. Posibilitar canales de comunicación que favorezcan las relaciones entre los miembros de la familia, así como mejorar las relaciones interpersonales y disminuir la tensión familiar.

4.2 Plan de Rehabilitación Psicosocial Individual

El Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR), según Fernández (2010), es una herramienta básica para el tratamiento rehabilitador en la que se definen objetivos y se proponen formas de intervención ajustadas a un patrón de sistematicidad, secuencialidad estructural, dinamismo y flexibilidad. Las metas a lograr y los medios que se van a utilizar deben estar consensuados con el paciente y la familia. Lo define como «la programación del trabajo rehabilitador resultante del proceso de evaluación, en el que se han identificado las habilidades y limitaciones de una persona a la hora de vivir integrada con normalidad y autonomía en su comunidad de referencia» (p. 39).

El/la Trabajador/a Social Sanitario/a de neurología es clave en la detección de necesidades y problemáticas psicosociales que puedan agravar este proceso de salud y enfermedad en esa persona concreta. Este plan de rehabilitación psicosocial individualizado se realiza en base al estudio y valoración sociofamiliar y al contexto social y familiar donde se establecen las relaciones del paciente, a través del análisis de la dinámica y organización familiar, para después explorar la organización de la vida diaria del paciente y del apoyo de la familia, estableciendo el nivel de colaboración con la misma en el proceso de rehabilitación psicosocial.

Tras el estudio se diseña un plan de rehabilitación psicosocial individualizado, atendiendo a los objetivos generales de la misma, que se ajuste a la situación individual de la persona: personalidad y daños ocasionados por el ictus, y a su entorno familiar, prescribiendo el/la profesional de Trabajo Social Sanitario de neurología una serie de tareas específicas en el entorno del día a día de esa persona/familia.

Este plan individualizado está sujeto a una evaluación, se realizará con una periodicidad mensual al inicio y posteriormente según evolución de la persona, que va a evaluar dos aspectos: el proceso y los resultados con la persona.

El *plan de rehabilitación psicosocial* se llevará a cabo durante la fase de intervención y constará de las siguientes *fases*:

1. Estudio de las áreas afectadas directamente relacionadas con aspectos psicosociales. Se recogerá información relevante acerca de la historia de vida del paciente y su familia: situación clínica, situación sociofamiliar, redes de apoyo, situación económica y laboral anterior al ictus.
2. Identificación de las preocupaciones principales que tiene la persona y su orden de preferencia de los problemas a resolver.
3. Identificación de las capacidades con las que cuenta la persona a la hora de ir seleccionando el orden de respuesta; analizando sus fortalezas, debilidades, el ambiente, factores protectores, etc. Junto con la persona, en base a las prioridades manifestadas anteriormente se identificará el orden de respuesta en orden a la capacidad que vaya presentando la persona según la evolución clínica.
4. Selección de los objetivos a intervenir, en base a sus preocupaciones, capacidades y finalmente el daño que cada uno provoca en su estado de salud biopsicosocial, es decir:
 - Al deseo de la persona fomentando su participación y toma de decisiones.
 - A la capacidad de respuesta que tenga la persona ante situaciones inesperadas que puedan surgir a lo largo del proceso rehabilitador. Por ello es fundamental conocer a la persona para poder ir adaptando la intervención y los objetivos en función de las necesidades que presente en cada momento.
 - A las cuestiones que supongan un peligro para su integridad física y psíquica.

Estos tres aspectos serán prioritarios a la hora de determinar por donde comenzar a intervenir.

El orden de intervención en la consecución de cada objetivo dependerá de la evolución de la enfermedad, las fortalezas y deseos, pudiendo a lo largo del proceso de rehabilitación psicosocial alterar el orden. A lo largo de todo el tratamiento rehabilitador, el paciente será partícipe. En base a los objetivos planteados se pondrán en marcha las actuaciones y actividades mediante técnicas y herramientas propias del/la Trabajador/a Social.

Durante todo el proceso, el/la Trabajador/a Social Sanitario mantendrá entrevistas con el paciente y la familia individualmente o de manera conjunta para ir adaptando la intervención a las necesidades que vayan surgiendo. Las entrevistas se realizan presenciales cuando la situación lo requiera o telefónicas para llevar un seguimiento.

Para obtener toda la información mencionada, se utiliza el modelo de *entrevista que mantiene la trabajadora social del área de neurología del Hospital Clínico Universitario de Valladolid* (Anexos, Tabla 1), siempre adaptada la aplicación a las necesidades de la persona que ha sufrido el ictus. Esta información la conoceremos por su historia clínica y la información proporcionada por su neurólogo/a de referencia. Hay dos aspectos claves a conocer antes de la entrevista: la capacidad cognitiva y si padece trastornos de comprensión y comunicación (afasia, disartria) (Aguilar

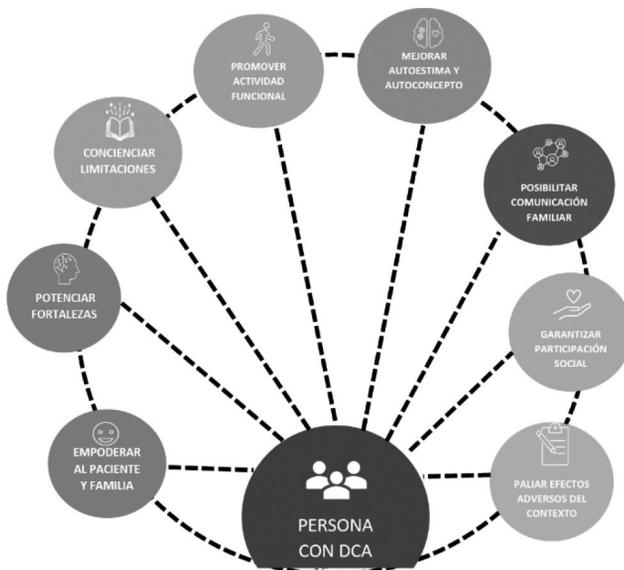
Idáñez y Olmedo Vega, 2022)este documento es una herramienta de orientación que pretende ser útil. Útil para conocer los principales efectos sociales de las enfermedades neurológicas en las personas que las sufren y en sus relaciones con el entorno, que es el objeto específico de la práctica profesional del trabajo social. Lo que exige una intervención profesional especializada. Se trata de un documento didáctico, con una clara intencionalidad práctica, que puede servir para iniciar un proceso de formación en Trabajo Social Neurológico (TSN. Teniendo en cuenta estas dificultades en la comunicación, se realizarán preguntas abiertas o cerradas, orientadas a conocer los factores psicosociales que influyen sobre el proceso salud-enfermedad de la persona.

Los factores psicosociales «intervienen en los modos de reaccionar del paciente frente a la enfermedad: sus pensamientos, emociones, comportamientos y sensaciones corporales habituales [...]» (p.66); influyen en la causa de las enfermedades, expresión de los síntomas, implicaciones que las enfermedades producen en la vida de las personas, en la evolución de la enfermedad y en su pronóstico (Turabián y Pérez-Franco, 2014). El logro de los objetivos minimizará el impacto que tienen los problemas psicosociales sobre una enfermedad, mejorando la calidad de vida de la persona con DCA, para ello, el/la Trabajador/a Social empleará las técnicas y herramientas propias del Trabajo Social que considere adecuadas (Anexos, Tabla 2).

4.2.1 Objetivos y recomendaciones

El/la Trabajador/a Social neurológico en el plan rehabilitador post-daño cerebral propone ocho objetivos generales que marcarán un pilar fundamental en este proceso, junto con los objetivos específicos y recomendaciones para su consecución. Se han establecido en base a las circunstancias y capacidades de la persona con la que se va a intervenir; se han seleccionado considerando que el logro de los mismos conlleva dotar a la persona de las competencias suficientes para afrontar los problemas psicosociales que influyen y provocan la enfermedad.

Ilustración 1. Presentación de los objetivos.



Nota: Estos pilares guiarán el proceso de intervención ayudándonos a identificar otros objetivos específicos, las herramientas a utilizar y otras necesidades en el proceso.

FICHA 1

Objetivo 1: Empoderar al paciente y a la familia en el proceso de rehabilitación

Objetivos específicos:

1. Promover la participación en la toma de decisiones.
2. Lograr que el paciente y la familia pongan el foco de atención en sus posibilidades y fortalezas.

Cómo:

- Se proporcionan herramientas que faciliten su capacidad para decidir, satisfacer necesidades y resolver problemas, con pensamiento crítico y control sobre su vida.
- Se consensúa con el paciente y la familia antes de tomar decisiones.
- Se proporcionan nociones para entender la enfermedad y el tratamiento, abordar aspectos emocionales e implicaciones de éstos en el paciente y la familia, ¿qué piensan y qué sienten de su situación?
- Se analizan los aspectos que representan un problema para el paciente y su familia.
- Se abordan aspectos emocionales e implicaciones de éstos en el paciente y la familia.
- Se promueve la implicación de la familia en el proceso de rehabilitación.

Cuándo:

- Durante todo el proceso de rehabilitación para promover la salud y prevenir resultados negativos.

Herramientas:

- Entrevista.
- Documentos informativos.
- Cuaderno de emociones.
- Escala Gijón.

FICHA 2

Objetivo 2: Potenciar las fortalezas del paciente y del cuidador

Objetivos específicos:

1. Identificar las fortalezas del paciente, enfatizarlas y aplicarlas al proceso.
2. Favorecer la autodeterminación y la autonomía del paciente.

Cómo:

- Se guía al paciente que escriba sus fortalezas y debilidades; haciendo que reflexione sobre experiencias de su vida, cómo se sintió en ese momento y que le ayudó en esa situación.
- Se insta a la familia a definir sus cualidades positivas.
- Se proporcionan pautas de autocuidado y organización de las ABVD junto con el cuidador principal.
- Se promueve la autonomía en la realización de las AVD básicas e instrumentales mediante el establecimiento de objetivos reales en función de sus limitaciones (p. ej.: poner la mesa tres días a la semana, caminar diez minutos diarios, etc.). Siempre consensuándolos con el paciente y teniendo en cuenta la capacidad que tiene en ese momento.

Cuándo:

- Al inicio del proceso.
- Cuando esté previsto el alta al domicilio y pueda ir familiarizándose con la nueva situación.
- Durante todo el proceso, se realizarán seguimientos.

Herramientas:

- Listado de fortalezas.
- Listado de debilidades y alternativas.
- Listado de acciones para la realización de las ABVD.
- Historia de vida.
- Escala Zarit.

FICHA 3

Objetivo 3: Concienciar de las limitaciones funcionales que presente

Objetivos específicos:

1. Promover la aceptación de la enfermedad y las limitaciones que puede conllevar.

Cómo:

- Se informa de las posibles secuelas de la enfermedad y los factores de riesgo para su prevención.
- Se ofrecen orientaciones para aprender a vivir con las secuelas de la enfermedad.
- Se anima al paciente y a la familia a acudir a asociaciones en las que pueda beneficiarse de los servicios que prestan y de establecer redes de apoyo y/o participar en grupos de ayuda mutua.

Cuándo:

- Desde el momento del diagnóstico.

Herramientas:

- Entrevista.
- Documentos informativos sobre el ictus: síntomas, secuelas, pronóstico, etc.
- Artículos científicos sobre los factores de riesgo y protectores.

FICHA 4

Objetivo 4: Promover la actividad funcional de la persona

Objetivos específicos:

1. Realizar actividades físicas o cognitivas en función de su estado de salud actual.

Cómo:

- Se orienta sobre tratamientos rehabilitadores ambulatorios.
- Se orienta sobre actuaciones a realizar por la persona y familia que promuevan la actividad funcional.
- Los objetivos a corto plazo que pueden establecerse podrían ser, por ejemplo: dedicar todos los días un rato al autocuidado, entrenar productos de apoyo que puedan mejorar su desempeño funcional.

Cuándo:

- Tras el alta hospitalaria.
- Durante la intervención.

Herramientas:

- Hoja de instrucciones.
- Autorregistro de actividades.

FICHA 5

Objetivo 5: Mejorar la capacidad de autoestima y autoconcepto

Objetivos específicos:

1. Promover las habilidades sociales, emocionales o cognitivas de bienestar y aceptación personal.
2. Potenciar la realización de actividades beneficiosas para su estado de salud.

Cómo:

- Se facilita e informa sobre técnicas de estimulación y refuerzo positivos.
- Se proporcionan herramientas para manejar el estrés, informando al paciente sobre técnicas de alivio del estrés, como por ejemplo técnicas de respiración y aprender a identificar qué situaciones desencadenan el estrés.
- Se anima al paciente a planificar tareas y/o actividades que tiene que hacer, para que tenga una motivación diaria.
- Se promueve la elaboración de una lista de actividades que le provocan emociones positivas, así como un listado de diferentes emociones que ha sentido a lo largo del día.

Cuándo:

- Tras el diagnóstico cuando el paciente está estable.
- Durante todo el proceso de rehabilitación.

Herramientas:

- Entrevista.
- Registro de emociones.
- Legitimación.
- Refuerzo positivo.

FICHA 6

Objetivo 6: Posibilitar espacios de comunicación con su familia

Objetivos específicos:

1. Mejorar y mantener las relaciones familiares.
2. Favorecer la confianza con su familiar/cuidador de referencia.

Cómo:

- Se estimula para la celebración de encuentros conjuntos.
- Se anima al paciente a realizar un diario de actividades que haya llevado a cabo con su familia a lo largo de la semana.

Cuándo:

- Cuando el paciente esté estable y preparado para realizar este tipo de actividades.
- Desde el momento del diagnóstico, en la primera entrevista, se indagará sobre las relaciones familiares.

Herramientas:

- Entrevista.
- Diario de actividades.
- Planificación semanal.

FICHA 7

Objetivo 7: Garantizar la participación social de la persona que sufre ictus

Objetivos específicos:

1. Promover la participación en asociaciones u organizaciones.
2. Promover la creación de redes de apoyo fuera del círculo familiar.

Cómo:

- Se promueven espacios donde pueda colaborar, tomar decisiones y trabajar sus habilidades sociales.
- Se estimula a la persona para que proponga alternativas que promuevan su participación.

Cuándo:

- Cuando esté preparado para mantener relaciones sociales más allá de su familia y los profesionales de referencia.

Herramientas:

- Contacto con entidades.

FICHA 8

Objetivo 8: Paliar los efectos adversos del contexto

Objetivos específicos:

1. Prevenir situaciones que empeoren la salud del paciente durante el proceso de rehabilitación.

Cómo:

- Se adaptan los objetivos y actuaciones a las necesidades y posibilidades que presente el paciente en cada momento.
- Se lleva un seguimiento del estado de salud emocional: situaciones positivas y negativas.

Cuándo:

- Durante todo el proceso de rehabilitación. Las entrevistas nos permitirán conocer el estado de salud del paciente y su adaptación.

Herramientas:

- Diario de campo.
- Cuestionarios de evaluación.
- Hoja de registro.

La información, orientación y asesoramiento técnico para el acceso a recursos materiales, presenciales, entre otros, que complementen y apoyen a la persona en aquellas actividades que, debido a su DCA, no puede llevar a cabo; es una acción que está presente desde la fase de acogida, acercando los recursos de toda índole a la persona para garantizar un desenvolvimiento en las AVD y en su cuidado.

5. CONCLUSIONES

A tenor de todo lo expuesto, es innegable que el incremento de la prevalencia de los casos de ictus y su repercusión en nuestro medio es la primera causa de discapacidad en España, es imprescindible abordar una intervención psicosocial sólida, estructurada y adaptada a la magnitud del problema. Una intervención psicosocial que aborde a la persona en su totalidad y a su familia.

El modelo psicosocial diferencia entre lo psicológico y lo social. Como destaca Medina Montáñez *et al.* (2021) en la perspectiva psicológica encontramos los recursos internos de la persona: proyecto de vida, creatividad, sentido del humor, inteligencia, experiencia, motivación al logro, etc., y en la perspectiva social están las interacciones entre los diferentes ámbitos de socialización, vincularidad, liminaridad, otredad y las redes de apoyo (p. 185). Por ello, es fundamental trabajar desde una perspectiva psicosocial para abarcar todos estos aspectos que intervienen entre sí.

El bienestar psicológico de la persona se ve afectado debido a la situación de discapacidad sobreenvenida por las secuelas ocasionadas por el ictus. Estas deben adaptarse a una nueva vida teniendo que hacer cambios en todos los ámbitos, laboral, personal, familiar y social.

Con la creación del nuevo baremo de discapacidad, que se comenzó a implementar en 2023, se tienen en cuenta más factores que en el baremo anteriormente establecido, incluyendo factores sociales, psicológicos y de apoyo, entre otros, permitiendo a la persona adquirir el grado de discapacidad acorde a su situación psicosocial.

Como se destaca a lo largo del artículo, la presencia de un/a Trabajador/a Social especializado/a en el ámbito de la neurología es fundamental a la hora de llevar a cabo la intervención con personas que han sufrido un DCA, prestándoles apoyo y las herramientas necesarias para adaptarse a la nueva situación. Este/a se convertirá en su persona de referencia durante todo el proceso.

En base a esto y a la escasa documentación encontrada sobre la rehabilitación psicosocial, situación opuesta a la que se da respecto al ámbito de salud mental, surge la necesidad de crear un modelo de rehabilitación psicosocial para llevar a cabo con las personas que han sufrido un ictus con el fin de intentar mejorar o mantener su calidad de vida. La implicación de la familia es fundamental para lograr mantener la motivación de la persona durante todo el proceso y así conseguir potenciar sus fortalezas y capacidades; necesarias para alcanzar su máxima recuperación.

El presente plan de rehabilitación psicosocial individualizado mostrado en este artículo, dota a la persona de las herramientas necesarias para adaptarse a su nueva situación con el mayor grado de autonomía posible, evitar la exclusión social por sus limitaciones funcionales y, contribuir con esta rehabilitación psicosocial a evitar un aumento de la discapacidad por las barreras contextuales y ambientales que presenta la persona.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar Idáñez, María José y Olmedo Vega, Verónica (2022). *Guía práctica de Trabajo Social Neurológico* (vol. 36). Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha. https://doi.org/10.18239/atenea_2022.36.00
- Cayuela, A.; Cayuela, L.; Escudero-Martínez, I.; Rodríguez-Domínguez, S.; González, A.; Moniche, F.; Jiménez, M. D. y Montaner, J. (2016). «Análisis de las tendencias en la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares en España 1980-2011». *Neurología*, 31(6), 370-378. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2014.09.002>
- Cerero Carrasco, María del Carmen (n.d.). «Papel del trabajador social en el ictus». *Atención Integral del ictus en Atención Primaria*.
- Fernández, Jaime A. (2010). «El Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR), evaluación y reformulación», en *Evaluación en Rehabilitación Psicosocial* (Jaime A. Fernández, Rafael Touriño, Natalia Benítez y Cristina Abelleira, vol. 6, pp. 39-49).
- Florit-Robles, Alejandro (2006). «La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica». *Apuntes de Psicología*, vol. 24 (1-3), 123-244.

- Hernández Martín, Beatriz (2013). «El Trabajo Social en la intervención psicosocial con personas con trastorno mental severo». *Documentos de trabajo social: Revista de Trabajo y Acción Social*, 52, 314-325.
- Leno Díaz, Clara; Holguín Mohedas, Marta; Hidalgo Jiménez, Noelia; Rodríguez-Ramos, Marcelina y Lavado García, Jesús María (2016). «Calidad de vida relacionada con la salud en personas supervivientes a un ictus a largo plazo». *Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica*, 44, 9-15. <https://doi.org/10.1016/j.sedene.2015.12.002>
- Mar, J.; Álvarez-Sabín, J.; Oliva, J.; Becerra, V.; Casado, M. Á.; Yébenes, M.; González-Rojas, N.; Arenillas, J. F.; Martínez-Zabaleta, M. T.; Rebollo, M.; Lago, A.; Segura, T.; Castillo, J.; Gállego, J.; Jiménez-Martínez, C.; López-Gastón, J. I.; Moniche, F.; Casado-Naranjo, I.; López-Fernández, J. C. y ... Masjuan, J. (2013). «Los costes del ictus en España según su etiología. El protocolo del estudio CONOCES». *Neurología*, 28(6), 332-339. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2012.07.004>
- Medina Montañez, María Victoria; Layne Bernal, Benilda; Galeano Heredia, María del Pilar y Lozada Puerto, Carolina (2007). «Lo psicosocial desde una perspectiva holística». *Tendencias y Retos*, 11, vol. 12, 177-189.
- Noé Sebastián, Enrique; Balasch Bernat, Mercè; Colomer Font, Carolina; Moliner Muñoz, Belén; Rodríguez Sánchez-Leiva, Clara; Ugart, Patricia; Llorens, Roberto y Ferri Campos, Joan (2017). «Ictus y discapacidad: estudio longitudinal en pacientes con discapacidad moderada-grave tras un ictus incluidos en un programa de rehabilitación multidisciplinar». *Revista de Neurología*, 64(09), 385. <https://doi.org/10.33588/rn.6409.2016527>
- Olascoaga Urtaza, Javier (2010). «Calidad de vida y esclerosis múltiple». *Revista de Neurología*, 51(05), 279. <https://doi.org/10.33588/rn.5105.2010277>
- Olmedo Vega, Verónica y González Aguado, Ruth (2018). «Repensando la intervención psicosocial en pacientes con ictus». *Acciones e Investigaciones Sociales*, 39. https://doi.org/10.26754/ojs_ais/ais.2018393233
- Pérez Menéndez, Ana (2022). *29 de octubre de 2022: Día Mundial del Ictus*. <https://www.sen.es/saladeprensa/pdf/Link388.pdf>
- Quezada García, Martha Yolanda; Huete García, Agustín y Bascones Serrano, Luis Miguel (2017). «Las personas con Daño Cerebral Adquirido en España». *FEDACE*, 71.
- Quiñones, Paula (2019). «La motivación como base del proceso rehabilitador tras una lesión cerebral». *Red Menni de Daño Cerebral*. <https://xn--daocerebral-2db.es/publicacion/la-motivacion-como-base-del-proceso-rehabilitador-tras-una-lesion-cerebral/>
- Ramírez Cabrales, Almudena (2010). «La motivación del paciente en la rehabilitación». *ASEM*. <https://www.emsevilla.es/la-motivacin-del-paciente-en-la-rehabilitacin/>

- Real Decreto 888/2022, de 18 de octubre, por el que se establece el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad, Pub. L. núm. 252, 401 (2022). <https://www.boe.es/eli/es/rd/2022/10/18/888>
- Ríos Lago, Marcos; Benito León, Julián; Paúl Lapedriza, Nuria y Tirapu Ustárroz, Javier (2008). «Neuropsicología del daño cerebral adquirido». *Manual de Neuropsicología*, 307-336.
- Sánchez Álvarez, M. J. (2017). «Epidemiología y causas de la patología vascular cerebral en niños». *Revista Española de Pediatría*, 73 (supl. 1), 1-5.
- Soto, A.; Guillén-Grima, F.; Morales, G.; Muñoz, S.; Aguinaga-Ontoso, I. y Fuentes-Aspe, R. (2022). «Prevalence and incidence of ictus in Europe: Systematic review and meta-analysis». *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 45(1), e0979. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0979>
- Truelsen, T.; Piechowski-Józwiak, B.; Bonita, R.; Mathers, C.; Bogousslavsky, J. y Boysen, G. (2006). «Stroke incidence and prevalence in Europe: A review of available data». *European Journal of Neurology*, 13(6), 581-598. <https://doi.org/10.1111/j.1468-1331.2006.01138.x>
- Tsze, Daniel S. y Valente, Jonathan H. (2011). «Pediatric Stroke: A Review». *Emergency Medicine International*, 2011, 1-10. <https://doi.org/10.1155/2011/734506>
- Turabián, J. L. y Pérez-Franco, B. (2014). «Viaje a lo esencial invisible: Aspectos psicosociales de las enfermedades». *SEMERGEN - Medicina de Familia*, 40(2), 65-72. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2013.03.002>
- Ursa Herguedas, María Teresa (2007). «Grupos socioterapéuticos con mujeres en atención primaria. Instrumentos del trabajador social para incidir en las problemáticas psicosociales». *Revista de Trabajo Social y Salud*, 57, 235-250.
- Urzúa M, Alfonso (2010). «Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales». *Revista médica de Chile*, 138(3). <https://doi.org/10.4067/S0034-98872010000300017>
- Winters, J. M. (2002). «Telerehabilitation Research: Emerging Opportunities». *Annu Rev Biomed Eng* [Internet]. 4(1), 287-320. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12117760>

ANEXOS

Tabla 1. Modelo de entrevista para realizar con persona con DCA.

La entrevista se realiza por separado a persona y familia.
BLOQUE PERSONA
<p><u>HISTORIA CLÍNICA</u></p> <ul style="list-style-type: none">- ¿Puede decirme cómo se encuentra?- ¿Es consciente de lo que le ha ocurrido? ¿Cómo se siente?- Previo al ictus, ¿tenía conocimientos acerca de esta enfermedad?- ¿Podría indicarme que secuelas o cambios observa que se han producido en su cuerpo?- ¿Ha comprendido todo lo que le han explicado los médicos? ¿Tiene alguna duda? <p><u>DESCUBRIMIENTO PERSONAL</u></p> <ul style="list-style-type: none">- ¿Cómo se siente emocionalmente en este momento?- ¿Cuál considera que es su mayor preocupación a partir de este momento?- ¿Cómo se describiría a sí mismo/a?- En cuanto a antecedentes de salud, ¿ha tenido que enfrentarse a algún otro problema de salud suyo o de una persona cercana?- ¿Qué hace para manejar el estrés en su vida diaria?- ¿Cómo se comunica cuándo hay que resolver un conflicto o se encuentra ante una situación de estrés y necesita ayuda? <p><u>HÁBITOS DE SU VIDA DIARIA</u></p> <ul style="list-style-type: none">- ¿Podría contarme un día rutinario de su vida? Organización del día, trabajo, etc.- ¿Realiza alguna actividad de ocio?- ¿Qué le gusta hacer en su tiempo libre? ¿Tiene algún hobby?
BLOQUE FAMILIA
<p><u>SITUACIÓN SOCIOFAMILIAR</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Ahora me gustaría que me hablara un poco de usted y de su familia. ¿Podría decirme quién es la persona que le acompaña?- ¿Vive solo/a o acompañado/a?- ¿Cómo es el estado de salud de sus familiares cercanos?- ¿Qué tal se organizan en casa en el día para la realización de tareas?- ¿Cómo es la relación con las personas con las que convive? ¿y con el resto de su familia?- ¿Considera que tiene buena comunicación con su familia a la hora de manifestarle sus preocupaciones o incomodidades?

DESCUBRIMIENTO DE LA PERSONA DESDE SU FAMILIA

- ¿Cómo me describiría a su familiar?
- ¿Es conocedor de situaciones difíciles a las que se ha enfrentado?
- ¿Cómo su familiar ha sido capaz de afrontar esas dificultades?
- ¿En alguna ocasión les pidió ayuda?
- ¿Con qué resistencias en su familiar puedo encontrarme para lograr cada objetivo propuesto con su familiar?

BLOQUE SOCIALVIVIENDA

- ¿Podría indicarme dónde vive?
- ¿Sabría decirme qué servicios hay cerca de su domicilio? (supermercados, hospital, centro de salud, etc.).
- ¿Cómo realiza los desplazamientos? (coche, autobús, etc.).
- ¿Qué tipo de vivienda es? ¿Identifica algún obstáculo que pueda dificultar sus desplazamientos dentro del domicilio? (escaleras, bañera, etc.).

SITUACIÓN ECONÓMICA

- Antes hablando sobre su día a día, ha mencionado el trabajo, ¿a qué se dedica? ¿cuál es su horario de trabajo? ¿está contento/a con su situación laboral?
- Hasta ahora, su trabajo ¿le permite cubrir sus necesidades?
- (En caso de que conviva con su pareja u otro familiar): ¿a qué se dedica su pareja? ¿cuánto tiempo le dedica al trabajo?

REDES SOCIALES DE APOYO

- ¿Cómo se siente con la red de apoyo que tiene actualmente? Tanto de familia como de amigos/as.
- ¿Quién es la persona en la que más se apoya cuando necesita ayuda?
- Me gustaría que me hablara de otras personas de confianza que no sean de su familia y del tipo de relación que tiene con ellas (amigos, compañeros de trabajo, etc.).

Tabla 2. Conceptualización de las herramientas y técnicas utilizadas por parte del/la trabajador/a social a lo largo del proceso de rehabilitación para lograr los objetivos.

Hoja de registro	Diseñada por el trabajador social sanitario de neurología, del área de salud adscrita.
Entrevistas estructuradas	Entrevista aplicada en trabajo social neurológico de HCUV.
Hoja de instrucciones	Claras, concretas, concisas y adaptadas al entorno y realidad del paciente. Atendiendo aspectos de su enfermedad y contexto.
Escalas	Algunas aplicadas por el trabajador social sanitario del hospital y otras por el propio paciente (p. ej.: Escala Apgar, Escala Gijón, Lawton y Brody).
Cuestionarios de evaluación	Para pacientes y familias con espacio para incluir problemas que se presentan, dudas, sugerencias (p. ej.: Escala Likert).
Diario de campo	Para recoger todos los hechos, situaciones y acciones percibidas durante el proceso de intervención.
Ficha social	Instrumento para registrar toda la información personal y sociofamiliar del paciente.
Informe social	Instrumento específico de trabajo social, utilizado al final de la intervención reflejando la situación del paciente, valoración, dictamen técnico y una propuesta de intervención profesional.
Genograma	Se incluye en la ficha social. Representa información sobre las relaciones familiares.
Ecomapa	Se incluye en la ficha social. Permite apreciar la estructura familiar y las conexiones que hay entre sus miembros.
Historia de vida	Permite recoger datos de la vida del paciente desde su propia mirada relatando su trayectoria vital y sus experiencias.