

¿Podemos relacionar el riesgo social y la complejidad de intervención por parte del Trabajo Social con la estancia media hospitalaria y con el destino al alta? Aplicación de la Escala ECISACH-BCN PSMAR y la Escala de Gijón como instrumentos de valoración en Trabajo Social Sanitario

Can we associate social risk and the complexity of intervention by social work with the average stay in hospital and the destination upon being discharged? Application of the ECISACH-BCN PSMAR scale and the Gijón scale as instruments of assessment in social healthcare work

Ingrid Pineda Pérez¹

<http://orcid.org/0000-0002-6073-1441>

Recepción: 15/02/19. Revisión: 21/03/19. Aceptación: 01/04/19

Para citar: Pineda, I. (2019). ¿Podemos relacionar el riesgo social y la complejidad de intervención por parte del Trabajo Social con la estancia media hospitalaria y con el destino al alta? Aplicación de la Escala ECISACH-BCN PSMAR y la Escala de Gijón como instrumentos de valoración en Trabajo Social Sanitario. *Revista de Treball Social*, 215, 147-163. DOI: [10.32061/RTS2019.215.21](https://doi.org/10.32061/RTS2019.215.21)

Resumen

En el mundo occidental tienen lugar nuevos fenómenos como el envejecimiento de la población, lo que acarrea una creciente preocupación por parte de los trabajadores sociales, que lo consideran como un problema multifactorial.

¹ Diplomada en treball social. Graduada en Sociologia. Treballadora social al Parc de Salut Mar. Hospital del Mar de Barcelona. IPineda@parcdesalutmar.cat

¿Podemos relacionar el riesgo social y la complejidad de intervención por parte del Trabajo Social con la estancia media hospitalaria y con el destino al alta? Aplicación de la Escala ECISACH-BCN PSMAR y la Escala de Gijón como instrumentos de valoración en Trabajo Social Sanitario

El ingreso hospitalario de pacientes ancianos en los países occidentales se ha convertido en los últimos años en un fenómeno creciente.

Objetivos: a) Comprobar si existe una brecha de género en lo que respecta al núcleo de convivencia, la duración de la estancia hospitalaria y el destino al alta de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital del Mar de Barcelona; b) Determinar si el riesgo social y la complejidad de la intervención por parte de Trabajo Social (TS) se relaciona con la estancia media hospitalaria y el destino al alta, y c) Estudiar qué variables se relacionan con el marco sociofamiliar, la situación clínica y el TS hospitalario.

Los resultados muestran que existe una brecha de género en lo que respecta al núcleo de convivencia y que las mujeres tienen una estancia hospitalaria mayor que los hombres. Tanto el riesgo social como la complejidad de la intervención social se relacionan con el destino al alta. La estancia media se relaciona con días de demora de inicio de demanda de intervención, con situación clínica, TS hospitalario y complejidad global de la intervención de TS. Variables relacionadas con: a) situación sociofamiliar: edad, riesgo social y días de demora de inicio de intervención; b) situación clínica: estancia media, riesgo social y destino al alta, y c) TS hospitalario: estancia media.

Palabras clave: Estancia media, destino al alta, trabajo social, riesgo social y complejidad de intervención.

Abstract

In the Western world, new phenomena are developing, such as the aging of the population, which leads to growing concern on the part of social workers who deem this to be a multifactorial problem.

The hospitalization of elderly patients in Western countries has become a growing phenomenon in recent years.

Goals: a) To verify if there is a gender gap in the nucleus of coexistence, the duration of the hospital stay and the destination upon discharge of patients admitted to the internal medicine service of Hospital del Mar in Barcelona; b) To determine whether the social risk and complexity of the intervention by social work (SW) is related to the average hospital stay and the destination upon discharge; and c) To study which variables are related to the socio-family framework, the clinical situation and inpatient SW.

The results show that there is a gender gap in the nucleus of coexistence and that women undergo a longer hospital stay than men. Both the social risk and complexity of the social intervention are related to the destination upon discharge. The average stay is related to the number of days the start of the demand for intervention is delayed, the clinical situation, inpatient SW and the overall complexity of the social work intervention. Variables related to: a) the socio-family situation are: age, social risk and the number of days by which the start of the intervention is delayed; b) the clinical situation are: the average stay, the social risk and the destination upon discharge; and c) inpatient SW: the average stay.

Keywords: average stay, destination upon discharge, social work, social risk and intervention complexity.

Introducción

Sabemos que una de las causas del envejecimiento de la población es el hecho biológico innegable del aumento de la esperanza de vida en las últimas décadas, sobre todo entre las mujeres, que no solo viven más que los hombres, sino que su incremento también será previsiblemente mayor que el de ellos de aquí al 2030. Aunque en la actualidad se puede observar un leve rejuvenecimiento de la sociedad debido a la llegada de población inmigrante joven y al repunte de la tasa de natalidad, en los últimos años, gracias en buena parte a esa misma población inmigrante, sería preciso tomar en consideración los problemas de longevidad y dependencia desde el punto de vista del género, dado el volumen y las características de los mismos (Giro, 2016).

En las últimas décadas uno de los objetivos de las políticas sanitarias del mundo es determinar la importancia de los factores sociales en la salud y como estos influyen en la gestión y en la planificación de los recursos sanitarios. Ello ha significado un cambio en la concepción de salud-enfermedad, superando las teorías lineales para adoptar modelos basados en la comprensión de las realidades sanitarias de forma compleja, integral, transversal y holística (Morro, 2017).

Al igual que en el resto de la población, pero con mayor relevancia en el adulto mayor, la salud depende no solo de la presencia o ausencia de enfermedad objetivable, sino también de la capacidad del sujeto y de su entorno social, para adaptarse a los acontecimientos vitales que puedan ocurrirle.

En los hospitales de agudos de los países desarrollados el ingreso hospitalario de pacientes ancianos se ha convertido en los últimos años en un fenómeno creciente.

La duración de la estancia hospitalaria también se ve afectada por las características del paciente. La situación sociofamiliar y las condiciones de la vivienda condicionarán el retorno o no a su domicilio habitual, el soporte que puede recibir la persona en su domicilio o la necesidad de traslado a una residencia.

También influyen en la estancia hospitalaria características propias del paciente, como puede ser la edad, la situación sociofamiliar, la condición clínica del paciente y el género.

El hecho de que la familia constituya la base de los cuidados informales y el soporte habitual del anciano, no significa que sea siempre el ámbito más idóneo para cubrir sus necesidades. En muchos casos, los procesos que motivan la estancia en el hospital pueden conllevar un deterioro de su nivel global de salud y un mayor grado de dependencia en el momento del alta, motivo por el cual es necesaria la planificación del alta hospitalaria y, en ocasiones, la institucionalización del paciente (Iturria y Márquez, 1997).

Los objetivos de este estudio son:

- Comprobar si existe una brecha de género en lo que respecta al núcleo de convivencia, la duración de la estancia hospitalaria y el destino al alta de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital del Mar de Barcelona.
- Determinar si el riesgo social y la complejidad de la intervención por parte del trabajo social se relaciona con la estancia media hospitalaria y el destino al alta.
- Estudiar qué variables se relacionan con el marco sociofamiliar, la situación clínica y el trabajo social hospitalario.

Las hipótesis planteadas son:

Hipótesis 1: Las mujeres tienen una estancia media hospitalaria mayor que los hombres.

Hipótesis 2: A mayor riesgo social, mayor complejidad de intervención por parte del trabajo social, menos días de demora de inicio en la demanda de intervención del trabajo social, peor situación sociofamiliar y más dependencia funcional.

Hipótesis 3: El destino al alta de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital del Mar se relacionará con el riesgo social, la complejidad de intervención del trabajo social y la situación funcional de los pacientes.

Metodología

“El fin del diseño, como el de la investigación en general, es lograr la máxima validez posible, es decir, la correspondencia más ajustada de los resultados con la realidad” (Perelló, 2011). A continuación, se presenta la metodología empleada en el desarrollo del trabajo.

Se trata de un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo, cuya muestra la componen los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital del Mar de enero a septiembre del año 2017.

El Hospital del Mar es un hospital universitario cuya población de referencia son los distritos de Ciutat Vella y Sant Martí, una población que es excepcionalmente heterogénea y multicultural. En Sant Martí el 30,2% de la población de más de 75 años vive sola, en Ciutat Vella representa el 37,7%.

El Hospital del Mar dispone de 391 camas de hospitalización, con una media de 84 altas diarias. La edad media de los pacientes ingresados es de 59 años, pero casi el 40% de los pacientes tienen más de 70 años.

El estudio se ha realizado en el Servicio de Medicina Interna del Hospital del Mar, de Barcelona. Este servicio centra su asistencia en los enfermos pluripatológicos/frágiles crónicos y en el soporte a las especialidades quirúrgicas.

¿Podemos relacionar el riesgo social y la complejidad de intervención por parte del Trabajo Social con la estancia media hospitalaria y con el destino al alta? Aplicación de la Escala ECISACH-BCN PSMAR y la Escala de Gijón como instrumentos de valoración en Trabajo Social Sanitario

La muestra se compone de todos aquellos pacientes mayores de 65 años ingresados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital del Mar de Barcelona de enero a septiembre del año 2017 (excluido el mes de agosto) y que requirieron intervención por parte de la trabajadora social de dicho servicio. Esta intervención puede ser a demanda del equipo multidisciplinar, del paciente o familia, de otras instituciones sociales o sanitarias o por protocolos ya establecidos por la propia institución. La muestra total fue de 87 pacientes.

Las variables analizadas para el estudio son: sexo, edad, núcleo de convivencia, días de estancia media de hospitalización, días de demora de inicio de la intervención de trabajo social, destino al alta, Escala de valoración sociofamiliar de Gijón abreviada y Escala ECISACH-BCN PSMAR.

La Escala de valoración sociofamiliar de Gijón abreviada permite la detección de situaciones de riesgo o problemática social, siendo útil como un instrumento específico de medición de la situación social, para su incorporación en la práctica asistencial de los profesionales que trabajan en la atención social o sanitaria. La población diana para esta escala es la población mayor de 65 años. Se utiliza la versión reducida, que ha sido validada para la predicción del retorno a domicilio y del riesgo de institucionalización (Miralles et al., 2003).

La escala portuguesa ECISACH (Escala de complejidad de la intervención social con adultos en un contexto hospitalario) es un instrumento que identifica la complejidad de la intervención social en adultos en un contexto hospitalario. (Serafim, 2013). Desde el PSMAR, decidimos traducir y validar esta escala, presentándola en el contexto español con el nombre de ECISACH-BCN PSMAR (Morro et al., 2017). La escala consta de 12 ítems agrupados en tres subescalas: marco sociofamiliar, situación clínica y trabajo social hospitalario. La puntuación total de la escala es la suma de las tres subescalas, existiendo 5 situaciones: no existe complejidad, baja complejidad, complejidad intermedia, alta complejidad y muy alta complejidad.

Se realizará un análisis descriptivo de las variables estudiadas y un análisis de correlación entre las variables mencionadas. El análisis estadístico se realizará mediante el programa estadístico SPSS22. Se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para comprobar la normalidad de la muestra, siendo la $p < 0,05$, distribución no normal, no paramétrica.

En la estadística descriptiva, se han utilizado medidas de tendencia central (media, mínimo, máximo y desviación estándar) para las variables cuantitativas, y frecuencias absolutas y porcentajes para las variables cualitativas. En el análisis bivariado se utilizó el test de correlación de Spearman (variables cuantitativas), la prueba H de Kruskal-Wallis (variables cuantitativas-politómicas) y la prueba U de Mann-Whitney (variables cuantitativas bicategorías). El valor de significación estadística para el estudio fue de $p < 0,05$.

Resultados

Los resultados se presentan de la siguiente manera: descripción del perfil sociodemográfico, resultados de la aplicación de la Escala de Gijón y la Escala ECISACH-BCN PSMAR, el género relacionado con las demás variables, la complejidad de la intervención del Trabajo Social y riesgo social relacionado con la estancia media y el destino al alta.

1. Descripción del perfil de la muestra

El total de la muestra es de 87 pacientes, con una edad media de 80,16 \pm 7,5 años, el 50,6% de los cuales mujeres. La estancia media hospitalaria fue de 16,40 \pm 13,28 días. La intervención de trabajo social se iniciaba a los 9,7 \pm 7,76 días del ingreso. Los pacientes convivían en su mayoría con su pareja (41,41%) o solos (32,2%). El destino al alta predominante fue el retorno a domicilio (64,4%), frente a la institucionalización en centro sociosanitario (13,8%) o residencia (13,8%).

En la tabla 1 se presentan las características sociodemográficas de los pacientes que componen la muestra de trabajo.

Tabla 1. Distribución en porcentajes de las variables sociodemográficas

	N: 87
SEXO	Hombres: 49,4% Mujeres: 50,6%
EDAD MEDIA	80,16 \pm 7,51 años
ESTANCIA MEDIA	16,40 \pm 13,28 días
DEMANDA INTERVENCIÓN MEDIA	9,7 días
NÚCLEO CONVIVENCIA	Pareja: 41,4% Hijos: 12,6% Institucionalizado: 4,6% Solo: 32,2% Otros: 9,2%
DESTINO ALTA	Domicilio: 64,4% CSS: 13,8% Residencia: 13,8% Éxitus: 5,7% Otros: 2,3%

Fuente: Elaboración propia.

¿Podemos relacionar el riesgo social y la complejidad de intervención por parte del Trabajo Social con la estancia media hospitalaria y con el destino al alta? Aplicación de la Escala ECISACH-BCN PSMAR y la Escala de Gijón como instrumentos de valoración en Trabajo Social Sanitario

2. Escalas administradas: Escala de Gijón abreviada y Escala ECISACH-BCN PSMAR

Las escalas administradas a los pacientes fueron la Escala sociofamiliar de Gijón abreviada y la Escala ECISACH-BCN PSMAR.

Se excluyen de la Escala sociofamiliar de Gijón abreviada aquellos pacientes que ya se encuentran institucionalizados al ingreso, siendo administrada a un total de 83 pacientes, con un resultado de situación social intermedia (8,48 puntos).

La Escala ECISACH-BCN PSMAR se administró a todos los pacientes, mostrando un grado de complejidad intermedia (34,02 puntos). Cabe destacar la puntuación de la situación clínica (7,4 puntos sobre 10), lo cual nos indica la alta dependencia funcional y compleja situación de salud de los pacientes valorados.

El género relacionado con otras variables

En relación con la primera hipótesis, se confirma que las mujeres tienen una estancia media superior a la de los hombres (18,39 vs. 14,37 días). Existen diferencias estadísticamente significativas ($p: 0,020$) en referencia al sexo y la unidad de convivencia. Los hombres conviven mayormente en pareja (51,2% vs. 31,8%), por el contrario, las mujeres conviven en un porcentaje mayor con los hijos que los hombres (22,7% vs. 2,3%). En referencia al destino al alta no existieron diferencias estadísticamente significativas, pero sí se encontraron en referencia a los días de demora en el inicio de la intervención por parte de la trabajadora social ($p: 0,034$), siendo mayor en el caso de las mujeres que en los hombres (11,6 vs. 7,8 días).

Complejidad de la intervención del Trabajo Social y riesgo social relacionado con la estancia media y destino al alta

Mediante el coeficiente de correlación de Spearman (ρ), se realizó un análisis bivariado.

Se realiza una correlación entre la Escala de Gijón, la Escala ECISACH-BCN PSMAR, la estancia media y el destino al alta con el resto de variables del estudio.

La Escala de Gijón abreviada se relacionó con los días de inicio de demanda de intervención por parte de trabajo social y con la Escala ECISACH-BCN PSMAR, así como con la subescala de marco sociofamiliar y situación clínica. También se relacionó con el destino al alta. La relación entre la Escala de Gijón con las demás variables se describe en la tabla número 2.

La tabla número 3 muestra una correlación directa y media entre la Escala ECISACH-BCN PSMAR y la estancia media y también con la Escala de Gijón, comentada ya en la tabla número 2. Por el contrario, muestra una relación inversa en relación con el destino al alta.

Si analizamos las subescalas de la Escala ECISACH-BCN PSMAR se observa que la subescala A. Marco sociofamiliar muestra una relación inversa con la edad y con los días de demanda de intervención, y positiva con la Escala de Gijón abreviada.

La subescala B. Situación clínica se correlaciona de forma positiva con la estancia media y con la Escala de Gijón abreviada y de forma negativa con el destino al alta. La subescala C, que hace referencia al Trabajo Social hospitalario, se relaciona de forma positiva con la estancia media hospitalaria, como se describe gráficamente en la tabla número 4.

Tabla 2. Correlación de la Escala de Gijón con la demanda de intervención, Escala ECISACH-BCN PSMAR y destino al alta

	ESCALA DE GIJÓN	
	Coefficiente de correlación	Sig (bilateral)
Demanda de intervención	-0,253	0,021
Escala ECISACH-BCN PSMAR	0,479	0,000
Subescala A: Marco sociofamiliar	0,433	0,000
Subescala B: Situación clínica	0,313	0,004
Destino al alta	-0,367	0,001

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3. Correlación de la Escala ECISACH-BCN PSMAR con la estancia media, destino al alta y Escala de Gijón

	ESCALA ECISACH	
	Coefficiente de correlación	Sig (bilateral)
Estancia media	0,280	0,009
Destino al alta	-0,228	0,034
Escala de Gijón	0,479	0,000

Fuente: Elaboración propia

¿Podemos relacionar el riesgo social y la complejidad de intervención por parte del Trabajo Social con la estancia media hospitalaria y con el destino al alta? Aplicación de la Escala ECISACH-BCN PSMAR y la Escala de Gijón como instrumentos de valoración en Trabajo Social Sanitario

Tabla 4. Correlación de las subescalas de la Escala ECISACH BCN-PSMAR con edad, Escala de Gijón, demanda de intervención, estancia media y destino al alta

	Coefficiente de correlación	Sig (bilateral)
	A. Marco Sociofamiliar	
Edad	-0,253	0,018
Escala de Gijón	0,433	0,000
Demanda de intervención	-0,241	0,025
	B. Situación clínica	
Estancia media	0,254	0,017
Destino al alta	-0,215	0,045
Escala de Gijón	0,313	0,004
	C. Trabajo Social hospitalario	
Estancia media	0,501	0,000

Fuente: Elaboración propia.

Se realiza la Prueba de Kruskal-Wallis y se obtiene una relación estadísticamente significativa entre la Escala de Gijón abreviada con el destino al alta ($P = 0,001$).

Si tenemos en cuenta el global de la escala ECISACH-BCN PSMAR podemos afirmar que existe una relación entre el grado de complejidad de la intervención de trabajo social con los días de estancia media hospitalaria, la Escala de Gijón abreviada y con el destino al alta. Los pacientes que obtuvieron una puntuación superior a 40 puntos en la Escala ECISACH-BCN PSMAR (alta complejidad) tuvieron una estancia media superior a los 39 días, y se dio en el caso de los pacientes que fueron éxitos. Los pacientes que fueron trasladados a centro sociosanitario tuvieron una estancia media superior a los 20 días. Los pacientes que obtuvieron una puntuación superior a 10 puntos en la Escala de Gijón abreviada (deterioro social severo, alto riesgo de institucionalización) fueron aquellos derivados al alta hospitalaria a un centro residencial.

Si desglosamos la Escala ECISACH BCN-PSMAR en sus subescalas obtenemos una relación entre el marco sociofamiliar y la edad, los días de inicio de demanda de intervención y el riesgo social medido por la Escala de Gijón abreviada. Así, los pacientes más ancianos (81,60 años) tenían una puntuación sobre la subescala sociofamiliar de 13,60 puntos. En relación

con el inicio de la demanda por parte de la trabajadora social se describen los dos extremos, los de menor días de demora (7 días) son aquellos con mayor puntuación en la subescala sociofamiliar, mayor puntuación en la Escala de Gijón y que requirieron ingreso en centro residencial al alta. Por el contrario, los de mayor demora (16 días) fueron los pacientes que fueron éxitos.

La situación clínica se relaciona con los días de estancia media hospitalaria. El destino al alta también es sensible a la situación funcional, los pacientes que fueron dados de alta a domicilio eran más autónomos que los pacientes que fueron institucionalizados al alta hospitalaria.

El Trabajo Social sanitario se relaciona con los días de estancia media, los pacientes que obtuvieron mayor puntuación en esta subescala fueron los pacientes que fueron éxitos.

Los datos se pueden observar en la tabla número 5.

Tabla 5. Relación del destino al alta con la edad, la estancia media, la demanda de intervención, y las subescalas de ECISACH y de Gijón

Destino alta		N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Residencia	Edad	12	65	93	77,92	9,229
	Estancia media	12	4	24	13,33	6,286
	Demanda intervención	12	2	17	7,00	4,328
	SUBTOTAL A	12	5	19	13,42	4,502
	SUBTOTAL B	12	8	10	8,50	0,674
	SUBTOTAL C	12	9	22	15,67	3,822
	ECISACH-BCN PSMAR	12	26	47	37,58	6,171
	E. Gijón	10	9	14	11,60	1,578
	N válido (por lista)	10				
Exitus	Edad	5	71	93	81,60	7,956
	Estancia media	5	3	90	39,80	31,697
	Demanda intervención	5	3	32	16,00	12,390
	SUBTOTAL A	5	8	21	13,60	5,595
	SUBTOTAL B	5	8	10	9,00	0,707
	SUBTOTAL C	5	11	22	18,00	4,359
	ECISACH-BCN PSMAR	5	35	49	40,60	5,225
	E. Gijón	5	6	11	7,80	1,924

Compartiendo la práctica profesional

¿Podemos relacionar el riesgo social y la complejidad de intervención por parte del Trabajo Social con la estancia media hospitalaria y con el destino al alta? Aplicación de la Escala ECISACH-BCN PSMAR y la Escala de Gijón como instrumentos de valoración en Trabajo Social Sanitario

	N válido (por lista)	5				
Domicilio	Edad	56	66	99	80,32	7,609
	Estancia media	56	3	51	13,36	9,272
	Demanda intervención	56	2	37	8,77	6,691
	SUBTOTAL A	56	6	22	12,45	4,464
	SUBTOTAL B	56	3	10	6,95	1,432
	SUBTOTAL C	56	5	23	13,09	3,035
	ECISACH-BCN PSMAR	56	22	46	32,48	5,859
	E. Gijón	56	4	13	8,02	2,363
	N válido (por lista)	56				
C. Sociosanitario	Edad	12	71	88	80,42	5,728
	Estancia media	12	8	53	22,17	12,805
	Demanda intervención	12	6	40	12,75	9,873
	SUBTOTAL A	12	5	21	11,92	5,775
	SUBTOTAL B	12	5	10	7,83	1,193
	SUBTOTAL C	12	9	22	15,50	3,754
	ECISACH-BCN PSMAR	12	24	45	35,25	6,254
	E. Gijón	10	5	13	9,10	2,885
	N válido (por lista)	10				
Otros	Edad	2	81	87	84,00	4,243
	Estancia media	2	17	37	27,00	14,142
	Demanda intervención	2	7	29	18,00	15,556
	SUBTOTAL A	2	7	10	8,50	2,121
	SUBTOTAL B	2	8	9	8,50	0,707
	SUBTOTAL C	2	14	16	15,00	1,414
	ECISACH-BCN PSMAR	2	30	34	32,00	2,828
	E. Gijón	2	3	6	4,50	2,121
	N válido (por lista)	2				

Fuente: Elaboración propia.

Discusión

El estudio presentado tenía tres hipótesis: comprobar si existe una brecha de género en relación con el núcleo de convivencia, la estancia media hospitalaria y el destino al alta; determinar si el riesgo social y el grado de complejidad de intervención de trabajo social se relacionaba con el destino al alta y con la estancia media de ingreso hospitalario, y por último estudiar qué variables se relacionan con la situación sociofamiliar, la situación clínica y el trabajo social hospitalario. Podemos confirmar que estas hipótesis se cumplen.

La **primera hipótesis** hace referencia a la diferencia de género. Una característica básica de la esperanza de vida es la existencia de una importante brecha de género, favorable a las mujeres. La importante diferencia en la incidencia de la mortalidad por sexos explica que tanto en el momento del nacimiento como en edades avanzadas, las tasas de supervivencia sean superiores en las mujeres. Este hecho determina lo que en demografía se conoce como feminización de la vejez, es decir, el incremento destacable de los efectivos femeninos sobre los masculinos en edades avanzadas. En este estudio se observa que el número de pacientes ingresados de sexo masculino y sexo femenino para el mismo período es similar. En relación con el núcleo de convivencia hay una clara diferencia por género, los hombres conviven en mayor proporción en pareja que las mujeres. La vida en pareja tiene una influencia directa en la calidad de vida y la mayor longevidad de las mujeres favorece el bienestar de su cónyuge que recibe de la mujer la asistencia de cuidados en caso de necesidad, situación que aminora las posibilidades de vulnerabilidad como la pobreza o la exclusión social. La convivencia con los hijos contribuye a evitar las consecuencias negativas de la viudez, si bien en este estudio las mujeres viven solas en un porcentaje menor. Parecería que existe una tendencia mayor a la institucionalización de los hombres al alta hospitalaria, aunque no podemos corroborarlo estadísticamente.

Las mujeres tienen una estancia media hospitalaria superior a los hombres, aun teniendo un riesgo social menor y una situación sociofamiliar más favorable. Las mujeres tienen una situación funcional peor y requieren de mayor intervención por parte de trabajo social para planificar el alta hospitalaria. Las mujeres tienen una esperanza de vida más larga que los hombres y, por ello, presentan mayor morbilidad e incapacidad.

El envejecimiento de la población constituye un fenómeno global debido fundamentalmente a la mejora en los cuidados de la salud y a la mejora en los niveles de vida, así como al descenso de la fertilidad y al incremento de la esperanza de vida. Las mujeres afrontan el envejecimiento de forma diferente a la de los hombres. Salud, seguridad económica y facilidades de alojamiento son fundamentales para envejecer con dignidad, pero las mujeres ancianas tienen mayores dificultades que los hombres para acceder a este tipo de servicios.

¿Podemos relacionar el riesgo social y la complejidad de intervención por parte del Trabajo Social con la estancia media hospitalaria y con el destino al alta? Aplicación de la Escala ECISACH-BCN PSMAR y la Escala de Gijón como instrumentos de valoración en Trabajo Social Sanitario

Existe un desequilibrio entre ambos sexos entre las personas mayores en Europa, y estas tienen importantes implicaciones sociales e individuales. A pesar de que la esperanza de vida de las mujeres es más elevada que la de los hombres, los años en los que su calidad de vida es buena son más reducidos para las mujeres que para los hombres, dado que los últimos años del ciclo vital exigen mayores cuidados y una mayor atención sanitarias y no siempre se dispone de los recursos necesarios para garantizarlos (Folguera, 2013). La incorporación de la perspectiva de género en las políticas públicas en general y, en concreto, en las políticas de mayores, es crucial para visibilizar la situación de las mujeres mayores y sobre todo dada la acentuada feminización de la vejez (Ramos, 2013).

La **segunda hipótesis** de este estudio se basará en el riesgo social y en el grado de complejidad de la intervención por parte de trabajo social en relación con los días de estancia hospitalaria y el destino al alta. Se puede observar que existe relación entre la complejidad de la intervención de trabajo social y los días de estancia media, pero se descarta la correlación entre el riesgo social y la estancia hospitalaria, ello se debe a que son conceptos diferentes, que están relacionados entre sí pero no tienen por qué estar en consonancia con la estancia hospitalaria.

Hay que destacar la relación existente entre riesgo social con peor situación sociofamiliar, con peor dependencia funcional y situación de salud, con menos días de espera de inicio de la intervención por parte de trabajo social, mayor complejidad de intervención por parte de la trabajadora social y con el destino al alta. Sí que se observa que a mayor riesgo social disminuyen los días de demora de inicio de demanda de Trabajo Social, lo cual puede ser debido a la implicación del equipo médico y de enfermería en la detección precoz de las problemáticas sociales a través de indicadores de riesgo facilitados en diferentes sesiones clínicas y protocolos de detección y también puede ser justificado por ser pacientes ya vinculados a la red social y son las trabajadoras sociales de servicios sociales, de los centros de atención primaria u otras instituciones las que solicitan la demanda de coordinación en el momento del ingreso para poder planificar el alta hospitalaria. En el caso de los pacientes que son éxitus en el hospital y se requiere intervención por parte de la trabajadora social la complejidad es superior debido a la multitud de gestiones que se deben realizar: localización de familiares, conocer la vinculación con servicios sociales, situación económica, disposición de seguro de decesos, etc., y en caso de ser necesario gestionar un entierro de beneficencia, todo ello en el menor tiempo posible ya que el cuerpo se encuentra en la morgue del hospital.

La Escala de Gijón abreviada confirmó su predicción de riesgo de institucionalización, ya que fue superior a los 10 puntos en los pacientes que al alta ingresaron en un centro residencial. Cabe destacar que los pacientes que son valorados y que requieren de traslado a un centro socioasistencial tienen una estancia media hospitalaria superior a los 20 días de ingreso, esta espera puede ser debida a que el traslado dependerá de la

disponibilidad de camas, la amplia espera muestra la necesidad de camas de estos dispositivos.

En general, la complejidad de intervención por parte de la trabajadora social es superior en los pacientes que se institucionalizan al alta que los que son dados de alta a su domicilio. Este dato puede ser debido a que los pacientes que no pueden retornar al domicilio y necesitan una residencia siguen un proceso que requiere una intervención más intensa: aceptación del cambio de recurso, búsqueda de recurso que se adecúe a las necesidades y circunstancias personales (ubicación, disponibilidad de cama, recursos económicos...), seguimiento y asesoramiento.

La **tercera hipótesis** mostraría que la edad, el riesgo social y los días de espera de inicio de la demanda de intervención por parte de trabajo social se relacionan con la situación sociofamiliar, así, se observa que la familia actúa como factor protector. También se observa que los días de estancia media hospitalaria se relacionan con la situación funcional y con el destino al alta. Los pacientes con una dependencia alta son los que podrían necesitar más soporte social en caso de retorno a su domicilio o buscar una alternativa al retorno al domicilio en caso de que sea inviable, lo que conllevaría también mayor complejidad de intervención por parte de la trabajadora social.

El Trabajo Social sanitario como disciplina surge con la finalidad de ampliar la visión de la atención integral, de tratar no solo los problemas de salud que presenta un paciente sino también los factores sociales (familiares, económicos, higiénicos, habitabilidad, equilibrio psicológico, etc.) que pueden agravar o aligerar su enfermedad.

Sabemos que, además de la enfermedad, cada vez más las circunstancias sociales de las personas ingresadas, pertenezcan al grupo etario que pertenezcan, condicionan su convalecencia y regreso a su domicilio. La convivencia, las relaciones familiares, la autonomía personal, el carácter y la manera de ver y enfocar su enfermedad, la forma de interpretar su futuro, etcétera, influyen en que en el momento del alta médica esta se pueda concretar sin riesgos sociales añadidos. Se necesitan fórmulas asistenciales apoyadas por instrumentos de trabajo que refuercen la atención proactiva e interdisciplinaria para dar respuesta a las necesidades.

La complejidad de la mayoría de los casos sociales relaciona variables de diversa índole que debemos conocer e interpretar para podernos adelantar a posibles necesidades diagnósticas, las que emiten los profesionales previo estudio del caso. Si los problemas sociales y psicosociales de las personas ingresadas en hospitales de agudos son los que dificultan en gran medida el retorno a casa, parece obvio que estos deben identificarse cuanto antes. Sin embargo, lo más importante, deben contextualizarse en el universo de la persona. Los hechos pueden ser los mismos, pero cuando cambian los factores, el desenlace sigue otros caminos de tratamiento social sanitario (Colom, 2011).

La hospitalización es un momento de gran repercusión familiar, ya que la enfermedad suele irrumpir de forma imprevista y conlleva una

¿Podemos relacionar el riesgo social y la complejidad de intervención por parte del Trabajo Social con la estancia media hospitalaria y con el destino al alta? Aplicación de la Escala ECISACH-BCN PSMAR y la Escala de Gijón como instrumentos de valoración en Trabajo Social Sanitario

reorganización en el núcleo familiar. Cada familia vive la enfermedad de forma particular, y los factores que hacen que respondan de un modo u otro, y, por lo tanto, que definan la predisposición de la familia ante la enfermedad, son numerosos y variados pudiéndose concretar básicamente en los siguientes: el nivel de gravedad de la enfermedad, el miembro de la familia enfermo, la situación socioeconómica, la capacidad física y de responsabilidad que puedan asumir los familiares para cuidar al enfermo, los recursos externos de apoyo con los que cuenten, la relación afectiva existente, la tensión emocional y la experiencia previa de los familiares ante la enfermedad.

Pero ocurre que no todos los enfermos cuentan con familiares durante su hospitalización, ni de cuidador que les atienda de cara al alta hospitalaria si retornan al domicilio. Las circunstancias que rodean esta situación son muy variadas, y se pueden dar por múltiples razones: paciente de edad avanzada cuyos familiares ya han fallecido o son también mayores para acudir al hospital; paciente que está en situación de calle e indigencia y ha perdido toda relación con su núcleo familiar; inmigrante que vive solo en el país, que tenga una mala relación con sus seres queridos, o simplemente, que los familiares tengan muy limitado su tiempo y no puedan estar con él. Estos enfermos generalmente suelen plantear problemas sociales en el ámbito sanitario, que se traducen en prolongaciones de la estancia hospitalaria para que puedan volver a su domicilio (cuando lo tienen) en las mejores condiciones posibles, en derivaciones a centros sociosanitarios para que acaben de recuperarse y puedan valerse por sí mismos al alta del mismo o en ingresos en residencias para personas mayores.

Conclusiones

Se concluye del estudio que la Escala de Gijón abreviada, que se administra en el momento de la intervención, es útil como instrumento predictivo sobre el destino al alta y el global de la Escala ECISACH-BCN PSMAR. En cambio, la Escala ECISACH-BCN PSMAR, que se administra en el momento del alta del paciente del hospital, facilitándonos una información a posteriori de la intervención, es un instrumento útil para la planificación de recursos, dispositivos y cargas funcionales.

No existen demasiados estudios que relacionen la complejidad de la intervención social con la estancia hospitalaria, debido a que el único instrumento destinado a ello se ha validado recientemente al castellano y la Escala ECISACH-BCN PSMAR todavía es poco conocida en el resto de España. Ampliar estudios utilizando este innovador instrumento podría ser útil tanto para trabajadores sociales como para los gestores sanitarios para optimizar y planificar recursos médicos y sociales.

Referencias bibliográficas

- Colom, D. (2011). *El trabajo social sanitario: Los procedimientos, los protocolos y los procesos*. Barcelona: UOC.
- Folguera, P., et al. (Ed.) (2013). *Género y envejecimiento. XIX Jornadas Internacionales de Investigación Interdisciplinar*. Madrid: Ediciones de la Universidad Autónoma de Madrid.
- Giro, J. (2016). XII Congreso Español de Sociología. Federación Española de Sociología. Gijón.
- Iturria, J. A., y Márquez, S. (1997). Servicios sanitarios y sociales: Necesidades, preferencias y utilización por los ancianos tras un episodio de hospitalización. *Revista Española de Salud Pública*, 71(3), 281-291.
- Miralles, R., Sabartés, O., Ferrer, M., Esperanza, A., Llorach, I., García-Palleiro, P., Cervera, A. M. (2003). Development and validation of an instrument to predict probability of home discharge from a Geriatric Convalescence Unit in Spain. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(2), 252-257.
- Morro, L. (2017). Factores sociofamiliares y estancia hospitalaria: la complejidad de la intervención social en el área de la psiquiatría de agudos. Aplicación de la Escala ECISACH-BCN PSMAR. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 24, 137-160.
- Morro, L., González, S., Pineda, I., Cañete, M. J., Casals, A., Vallvé, M., Campos, S., Conti, M., Moreno, A., Comas, M., y Prats, A. (2017). Trabajo social sanitario y complejidad: traducción al español y validación a nuestro medio de la escala de complejidad de la intervención social con adultos en un contexto hospitalario (ECISACH), la escala ECISACH-BCN PSMAR. *Agathos. Atención Sociosanitaria y Bienestar*, 17(1), 48-54.
- Perelló, S. (2011). *Metodología de la investigación social*. Madrid: Dykinson.
- Ramos, M. (2013). Políticas y programas para un nuevo envejecimiento desde la perspectiva de género. En P. Folguera, et al. (Ed.), *Género y envejecimiento. XIX Jornadas Internacionales de Investigación Interdisciplinar* (p. 269-288). Madrid: Ediciones de la Universidad Autónoma de Madrid.
- Serafim, M. R., y Espírito, M. I., (2013). Creación de validación de una Escala de complejidad de intervención desde el trabajo social sanitario, con adultos en un contexto hospitalario (ECISASH). *Agathos. Atención Sociosanitaria y Bienestar*, 13(1), 42-55.