

# TRABAJO SOCIAL CON PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS HOSPITALIZADOS: INTERVENCIÓN PRECOZ EN SITUACIONES DE RIESGO SOCIAL

## SOCIAL WORK WITH HOSPITALIZED MULTIMORBID PATIENTS: EARLY INTERVENTION IN SOCIAL RISK SCENARIOS

MARÍA-JESÚS RODRÍGUEZ-FERNÁNDEZ<sup>1</sup>, ANTONIA GARCÍA-LIZANA<sup>2</sup>, AMANDA-ROCÍO GONZÁLEZ- RAMÍREZ<sup>3</sup> Y MARÍA-ANGUSTIAS GARCÍA-GARCÍA<sup>4</sup>

SERVICIO DE ATENCIÓN AL CIUDADANO. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES DE GRANADA. ESPAÑA<sup>1</sup>  
UNIVERSIDAD DE GRANADA. ESPAÑA<sup>2</sup>

FIBAO - FUNDACIÓN PÚBLICA PARA LA INVESTIGACIÓN BIOSANITARIA DE ANDALUCÍA ORIENTAL - ALEJANDRO OTERO. GRANADA. ESPAÑA<sup>3</sup>  
CENTRO DE SALUD ALBAYZIN. DISTRITO SANITARIO GRANADA. ESPAÑA<sup>4</sup>

### RESUMEN

**Introducción:** Los problemas socio-familiares asociados al paciente pluripatológico generan estancias hospitalarias por razones no médicas. En este trabajo se presentan los resultados de una investigación, realizada desde la Unidad de Trabajo Social, con pacientes pluripatológicos hospitalizados. El objetivo general es demostrar que con la intervención social precoz, las situaciones de riesgo social no obstaculizan ni demoran las estancias hospitalarias. **Métodos:** Diseño: Estudio descriptivo retrospectivo de base hospitalaria, en la Unidad Médica de Enfermos Pluripatológicos San Juan de Dios, del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada. Desde 1-1-2005 al 31-12- 2010. Tamaño muestral: El total de pacientes fue 1.184, los datos se recogieron de la historia social y de la Escala de Valoración Sociofamiliar de Gijón (EG). **Análisis:** las variables cuantitativas se expresaron mediante medidas de posición y dispersión y las cualitativas mediante frecuencias relativas y absolutas. Para la asociación entre dos variables nominales se utilizó el test de Chi-cuadrado. **Resultados:** La edad media de los pacientes fue de 78 años (DT=10,34). El 52,7% correspondió a mujeres. El 55,3% de los pacientes se encontraban en riesgo social. Mostraron claudicación familiar el 32,5%. Tras la estancia hospitalaria, regresaron a su domicilio el 39,7%. La media de permanencia en el hospital, tras el alta social, fue de 16,8 días (DT= 21,28 días) y una mediana asociada de 9 días. **Conclusiones:** La mayoría de los pacientes pluripatológicos ingresan en situación de riesgo social. Los pacientes con diferentes niveles de riesgo social, consumen tiempos de intervención social diferentes. Las situaciones de riesgo social no obstaculizan el alta hospitalaria.

### PALABRAS CLAVES

Trabajo Social Sanitario; Pacientes Pluripatológicos; Problemas Socio-Familiares; Planificación del Alta Social; Escala De Gijón.

### ABSTRACT

**Background:** The social problems in families related to multimorbid patients causes hospital stays for non-medical reasons. This paper presents the results of an investigation conducted by the Unit of Social Work, with hospitalized multimorbid patients with. The overall objective is to demonstrate that with early social intervention, social risk situations will not hinder or delay hospital stays. **Methods:** Design: Hospital-based retrospective study at the Medical Unit of multipathological patients, San Juan de Dios, University Hospital Virgen de las Nieves in Granada. From 01.01.2005 to 12-31-12 - 2010. **Sample size:** The total number of patients was 1184; data were collected from social records and social/family Rating Scale of Gijon (EG). **Analysis:** Quantitative variables were expressed by location and dispersion measures and qualitative variables by absolute and relative frequencies. For the association between two nominal variables we used the Chi-cuadrado test. **Results:** The mean age of patients was 78 years (SD: 10.33). 52.7% were women. 55.3% of patients were in social risk. Family withdrawal showed 32.5%. Family interviews were conducted in 32,5% of cases. After their hospital stay, 39.7% returned home. The average hospital stay, after social discharge, was 16.8 days (SD = 21.28 days) and an associated median of 9 days. **Conclusions:** Most patients entering with multimorbidity diagnosis are in a social risk situation. Patients with different levels of social risk, use different time amounts of social intervention. Social risk situations do not prevent hospital discharge.

### KEYWORDS

Health's Social Work; Multimorbid Patients; Social/Family Problems; Social Discharge Planning; Gijon's Scale.

Recibido: 2012.07.20.

Revisado: 2013.01.16.

Aceptado: 2013.02.07.

Publicado: 2013.06.01.

Correspondencia: María Jesús Rodríguez Fernández. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada. Servicio de Atención al Ciudadano. C/ Avda. de las Fuerzas Armadas nº 2, 18012 Granada. Tlfno.: (00-34) 958021508. E-mail: mariaj.rodriguez.sspa@juntadeandalucia.es

## INTRODUCCIÓN

Los pacientes pluripatológicos (PP) en el ámbito hospitalario, se identifican con una población de mayor edad, mayor limitación funcional, mayor mortalidad, consumen un número superior de estancias durante su ingreso (Ollero *et al.*, 2002). Habitualmente presentan problemas sociales que afectan a la recuperación del paciente y a la calidad de vida del núcleo de convivencia (Fortin, *et al.*, 2006; Tooth, *et al.*, 2008) y, de acuerdo con López *et al.* (2009), ocasionan estancias hospitalarias tras el alta médica.

Responder a esta diversidad y complejidad de problemas exige una atención integral, interdisciplinar y una coordinación constante entre el sistema sanitario y otros sistemas de protección social, especialmente con los servicios sociales. Con este enfoque, en España, en la última década, se están introduciendo distintos modelos organizativos y de gestión, como en el País Vasco (Osakidetza, 2010) y Andalucía (Ollero *et al.*, 2007). En este abordaje integral e interdisciplinar se considera necesaria la implicación del trabajador o trabajadora social como profesional competente para la planificación del alta, evaluación del riesgo social y coordinación con recursos socio-sanitarios y sociales (Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Calidad del SNS, 2009).

Por su formación específica, desde los inicios del Trabajo Social, y como se establece en la Guía de Organización del Servicio de Trabajo Social en Atención Especializada (Moral e Iglesias, 2000), los trabajadores y trabajadoras sociales se ocupan de estudiar, valorar, planificar y desarrollar estrategias de intervención social dirigidas a resolver los problemas socio-familiares de las personas enfermas y de sus redes sociales más próximas, para que la enfermedad no sea motivo de pérdida de calidad de vida. Son el nexo de unión entre el ámbito sanitario y social (Colom, 2008).

Facilitar la salida del paciente PP del hospital garantizando la continuidad asistencial como requiere realizar la planificación precoz del alta hospitalaria, que comprende la evaluación y abordaje de las necesidades de cuidado del paciente, familia y entorno.

En la planificación del alta hospitalaria hay que contemplar, además del alta médica, el alta social, definida como “*el alta que se da desde el servicio de trabajo social, una vez que se considera que el problema social se ha resuelto o se comprueba que no existía*” (Colom, 2000: 288). En este proceso de intervención proactiva el trabajador o trabajadora social realiza la valoración del riesgo socio-familiar como vía

para priorizar la intervención, e interviene, tratando de modificar las situaciones problemáticas, mientras el paciente permanece ingresado para que el alta social se produzca antes del alta médica.

Durante la permanencia en el hospital, con frecuencia, el PP no puede recobrar su estado anterior de salud, lo más probable es que se deteriore e incrementa el grado de dependencia y como consecuencia va a precisar cuidados permanentes. Ello provoca un impacto en la vida emocional y social del paciente y su familia que suele alterar el equilibrio que la misma tenía hasta ese momento. Este efecto desestabilizador desencadena un proceso interactivo que tiene que ver con la resiliencia, que como dice Barranco (2009: 139) “*la misma se forja en la adversidad, en las dificultades a las que nos enfrentamos en la vida y ayudan a que aparezca lo mejor que hay en nosotros cuando somos capaces de superarlas*”. En este sentido, la intervención del trabajador o trabajadora social hospitalario ayudará a encontrar las fortalezas y capacidades del paciente y familia, desarrollando estrategias de intervención dirigidas a proporcionar apoyo emocional, promover habilidades para la organización, negociación y reparto de tareas que eviten la sobrecarga del cuidador o cuidadora, además de identificar, movilizar y coordinarse con los recursos sociales que posibiliten el regreso al domicilio, o bien, facilitar el acceso a centros residenciales alternativos.

En muchas ocasiones, la derivación a la Unidad de Trabajo Social se realiza el mismo día que se le comunica al paciente y/o la familia el alta médica. Es en este momento cuando expresan la imposibilidad de volver al domicilio por necesitar cuidados y carecer de los recursos de apoyo necesarios. Esta situación, además de generar conflictos con la familia y profesionales, obliga al paciente a permanecer en el hospital por problemas no médicos hasta que la trabajadora social gestiona el alta social, lo que incrementa el costo debido al consumo innecesario de estancias hospitalarias.

La ocupación de una cama, cuando el paciente no precisa cuidados sanitarios, genera una serie de perjuicios que afectan a la familia, al buen funcionamiento del centro (ralentiza la rotación de pacientes) y conlleva un coste económico para el sistema. La estancia hospitalaria tiene un coste, según precios públicos en vigor en Andalucía, de 495,59 euros día (Orden de 14 de octubre 2005), cantidad superior a la que ocasionaría en el entorno de la persona, o

en un centro residencial, que según la Fundación Edad & Vida (2011) es de 70.89 € estancia día en plaza privada y de 47,59 € concertada. Carrillo et al. (2010) cifra este gasto en 500€ por estancia hospitalaria y 100€ para centros residenciales. Es en este sentido en el que consideramos necesario el conocimiento y la intervención precoz de los problemas sociofamiliares.

De la revisión bibliográfica realizada destacamos la experiencia pionera realizada, en 1985 en el Hospital General de Manresa por Colom (1992), donde se obtuvieron los primeros resultados en España sobre la validez del programa de planificación de altas hospitalarias. Se mostró que la intervención de los trabajadores sociales, desde el ingreso hospitalario, reducía las estancias de las personas mayores de 65 años que ingresaban en situación de riesgo social. El hospital tenía contratadas a cinco trabajadoras sociales. Resultados similares observamos en la investigación de Sánchez (1996), realizada en un hospital comarcal, donde se demuestra que la derivación precoz realizada por personal sanitario con criterios de riesgo social específicos, y teniendo en cuenta que solo se disponía de un trabajador social, el alta social coincidió con el alta médica. Finalmente, en la investigación de Rodríguez (2006), realizada en un hospital de pluripatológicos, se muestra que la priorización de la intervención por criterios de riesgo social medibles y desde el ingreso hospitalario, dio como resultado que el alta social se anticipara al alta médica. En los tres estudios se indica la necesidad de la coordinación entre los recursos socio sanitarios como eslabón imprescindible para garantizar la continuidad de la atención del paciente a la salida del hospital.

Con estas premisas decidimos poner en marcha este estudio, cuyos resultados presentamos en este trabajo, con los objetivos siguientes: conocer el perfil socio demográfico de los pacientes. Identificar los problemas sociofamiliares y el nivel de riesgo social. Describir en función del nivel de riesgo social: tipo de intervención profesional, lugar al alta hospitalaria, número de días de la intervención social y número de días de permanencia en el hospital tras el alta social. Y finalmente, demostrar que las situaciones de riesgo social no obstaculizan ni demoran las estancias hospitalarias.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de base hospitalaria de los pacientes ingresados en la Unidad Médica de Enfermos Pluripatológicos, Hospital San

Juan de Dios, dependiente del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada, durante el periodo comprendido entre el año 2005 al 2010. El perfil de pacientes fue enfermos pluripatológicos con posibilidades de compensación en el hospital, procedentes en su mayoría de los servicios de Medicina Interna, Neumología, Digestivo, Neurología, Oncología y Urgencias.

Del total de ingresos hospitalarios (3.127), se excluyeron aquellos pacientes que fallecieron durante la primera semana del ingreso hospitalario, los que procedían de residencia y los que no presentaban riesgo socio-familiar en la primera entrevista realizada por la trabajadora social, quedando reducida la muestra a 1.184 (37.8%). De los 1.184 sujetos se aplicó la Escala de Valoración Socio-familiar de Gijón (EG) a 880 (74,3%) sujetos, quedando excluidos los que fallecieron después de la primera y hasta la segunda semana del ingreso.

Para la recogida de datos se aplicaron dos instrumentos:

1. Historia social, documento de elaboración propia en la que se recogieron las siguientes variables: *Sociodemográficas*: edad, sexo (hombre-mujer), nivel de instrucción (analfabeto, sabe leer y escribir, estudios primarios, superiores a estudios primarios), estado civil (soltero, casado, viudo, separado/divorciado), convivencia (vive solo), cuidador/a principal (cónyuge, una hija, varios hijos/as, otros). *Problemas socio-familiares*: rechazo al alta hospitalaria del paciente, síndrome de Diógenes, personas sin hogar, viven en pensión /albergue, conflicto en la relación familiar, claudicación familiar de los cuidadores, abuso económico, rotación familiar, imposibilidad de cuidados de la familia directa, rechazo de la familia al alta hospitalaria. *Tipo de intervención social*: entrevista familiar, información-orientación-asesoramiento, apoyo psicosocial, ayuda en la gestión de recursos sociales, coordinación y movilización de recursos sociales. *Destino al alta hospitalaria*: domicilio de procedencia, con otros familiares, domicilio en rotación, centro residencial, programa de respiro familiar, éxitus, otros. *Tiempo de intervención de la trabajadora social*: días transcurridos desde que se inicia la intervención social hasta la fecha del alta social. *Tiempo de permanencia en el hospital tras el alta social*: días transcurridos desde el alta social hasta el alta hospitalaria (salida del paciente del hospital).

2. Escala de Valoración Socio-familiar de Gijón (EG). Es un instrumento de valoración del nivel de riesgo social. Incluye 5 ítems o variables, con cinco posibles categorías en cada una de ellos, establecien-

do un gradiente desde la situación social ideal, o ausencia de problemática, hasta la objetivación de alguna circunstancia o problema social (García et al., 1999). Esta escala se viene utilizando por los trabajadores sociales del ámbito de la salud. En este trabajo se presentan los resultados de la aplicación de dicha escala, que tipifican a la población estudiada en tres niveles de riesgo: situación buena-aceptable, riesgo social y problema social.

La recogida de datos se realizó mediante entrevistas al paciente y/o familiares, personal sanitario del hospital, así como entrevistas colaterales a trabajadores sociales de otras instituciones ajenas al sistema sanitario. Se respetó la Ley de Protección de Datos (Ley 41/2002, de 14 de noviembre).

En cuanto a la estrategia de análisis, señalar que el análisis estadístico de los datos se realizó empleando el programa SPSS (versión 15.0, Chicago, EEUU). Se aplicó el test de Shapiro-Wilk o bien el test ómnibus de D'Agostino-Pearson indistintamente para comprobar la normalidad de los datos. En la estadística descriptiva, se describió el perfil de la población de estudio. Se emplearon medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas (media, DT) incluyendo los Intervalos de confianza (IC 95%) y mediana, distribución de frecuencias absolutas y relativas para variables nominales, expresando los resultados de estas últimas en porcentajes. En el análisis bivalente, se utilizó el test de Chi-cuadrado para comparar proporciones entre grupos (por ejemplo cuando se relaciono el tipo de intervención con el nivel de riesgo social) y cuando este no cumplía las condiciones de validez se aplicó el test exacto de Fisher. El valor de significación estadística para este estudio fue  $p < 0.05$ .

## RESULTADOS

En función de los objetivos propuestos, presentamos los resultados de la siguiente manera: En primer lugar, se describe el perfil sociodemográfico del total de la población estudiada (1.184 pacientes). En segundo lugar se exponen los resultados obtenidos de la aplicación de la EG (880 sujetos) y su distribución por niveles de riesgo. En tercer lugar, los problemas socio-familiares. Por último, se presentan las variables relacionadas con el nivel de riesgo social: tipo de intervención social; destino al alta hospitalaria; tiempo de intervención de la trabajadora social; tiempo de permanencia en el hospital tras el alta social.

## CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

La edad media fue de 78 años (DT: 10,34 años; mediana: 79 años; moda: 76 años; mínimo 38 años; máximo 99 años). En el cálculo de la media no se tuvo en cuenta a tres pacientes de 27, 28 y 32 años. El 52,7% fueron mujeres. Vivían solos el 30,4%. Tenían como cuidador principal al cónyuge el 64,6% (mujeres 54,1%, hombres 45,9%), a una hija el 26% y eran cuidados por hijos e hijas el 5,3%. En la tabla 1, se recogen las características más relevantes del perfil de esta población (1.184 sujetos).

## VALORACIÓN DEL RIESGO SOCIO-FAMILIAR

Como se puede observar en la figura 1, los pacientes que presentaron situación buena-aceptable se corresponden con el 34,0%, riesgo social el 55,0% y problema social el 11,0%.

## PROBLEMAS SOCIO-FAMILIARES

Se observó la imposibilidad de cuidados de la familia directa en el 35,4% de los pacientes. Conflicto en la relación familiar en el 20,4%. Claudicación familiar en el 32,5%. En la tabla 2 se puede observar los problemas sociofamiliares más significativos de la población a la que se le aplicó la EG (880 pacientes).

## VARIABLES RELACIONADAS CON EL NIVEL DE RIESGO SOCIAL

En cuanto al *tipo de intervención profesional* destacamos: la información-orientación y asesoramiento se proporcionó al 96,9% pacientes y/o familiares. De ellos, tenían nivel de riesgo bueno-aceptable (ausencia de problemática social) el 97,8%. Las entrevistas familiares al 85,1%, de las cuales presentaban riesgo social el 86,4% y, por último, la coordinación y movilización de recursos que se realizó al 69,5% de los casos. De estos, un 79,4% tuvieron problema social.

Al relacionar el *destino al alta hospitalaria* con el nivel de riesgo social, observamos que regresaron al domicilio de procedencia el 39,7% de los pacientes, de los cuales el 47,9% tenían riesgo social bueno-aceptable. Ingresaron en centro residencial el 16,1%. De estos, tenían problemas sociales el 22,9%. (ver tabla 3)

En relación a los *días de intervención social*, los pacientes con nivel de riesgo bueno-aceptable necesitaron una media de 19 días (DT=29,20) y una mediana de 8 días. Los pacientes con riesgo social,

Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes hospitalizados Población estudiada (n= 1184)

	Frecuencia	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Sexo			
Hombres	559	47,3	47,3
Mujeres	624	52,7	100,0
Nivel de Instrucción			
Analfabeto	180	31,8	31,8
Sabe leer y escribir	273	48,2	80,0
Estudios primarios	82	14,5	94,5
Superiores a Estudios Primarios	31	5,5	100,0
Estado Civil			
Soltero/a	140	13,5	13,5
Casado/a	412	39,8	53,3
Viudo/a	439	42,4	95,7
Separado/divorciado	44	4,3	100,0
Convivencia			
No vive solo	759	69,6	69,6
Vive solo	331	30,4	100,0
Cuidador Principal			
Cónyuge	713	64,6	64,6
Una hija	287	26,0	90,6
Varios hijos e hijas	58	5,3	99,7
Varias hijas	43	3,9	94,5
Otros	3	3	100,0

Figura 1: Valoración del Riesgo Social Familiar (Distribución Porcentual)

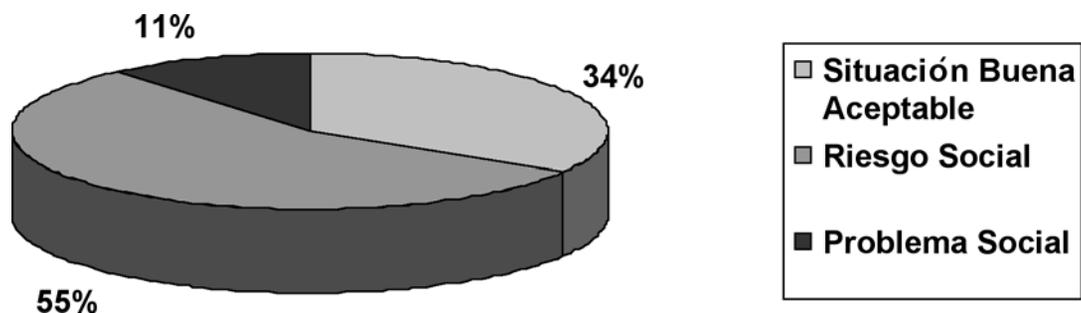


Tabla 2. Problemas socio-familiares de los pacientes y de la unidad de convivencia. Población estudiada (n=880)

	Frecuencia	Porcentaje Válido
PROBLEMAS ÁREA PERSONAL		
Rechazo al alta hospitalaria	51	5,9%
Síndrome de Diógenes	11	1,3%
Personas sin hogar	21	2,4%
Vive en Pensión o Albergue	10	1,1%
PROBLEMAS UNIDAD CONVIVENCIA		
Imposibilidad de cuidados de la familia directa	297	35,4%
Rechazo del cuidador y/o de la familia al alta hospitalaria	97	11,2%
Abuso económico	21	2,4%
Rotación familiar	36	4,1%
Conflicto en la relación familiar	173	20,4%
Claudicación familiar	278	32,5%

Tabla 3: Niveles de riesgo socio- familiar: combinaciones con intervenciones de la trabajadora social y destino al alta. Población estudiada (n=880)

	RIESGO SOCIAL							
	Buena Aceptable		Existe Riesgo Social		Problema Social		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
INTERVENCION TRABAJADORA SOCIAL								
Entrevistas familiares	74	82,2	420	86,4	249	83,8	743	85,1
Información orientación y asesoramiento	88	97,8	474	97,5	284	95,6	846	96,9
Apoyo psicosocial	56	62,9	303	63,0	190	64,2	549	63,6
Seguimiento	72	75,0	407	83,6	270	90,9	749	85,1
Ayuda en la gestión de de recursos sociales	42	49,4	311	64,5	233	78,7	586	67,9
Coordinación y movilización de recursos	45	52,9	320	66,4	235	79,4	600	69,5
DESTINO AL ALTA								
Domicilio de procedencia	46	47,9	226	46,6	77	25,9	349	39,7
Domicilio de otro familiar	0	0,0	17	3,5	9	3,0	26	3,0
Domicilio en rotación	0	0,0	4	0,8	1	0,3	5	0,6
Centro residencial	10	10,4	63	13,0	68	22,9	141	16,1
Programa respiro familiar	2	2,1	16	3,3	25	8,4	43	4,9
Exitus	38	39,6	156	32,2	111	37,4	305	34,7
Otros	0	0,0	3	0,6	6	2,0	9	1,0

necesitaron una media de 18 días (DT=26,02) y una mediana de 11 días. El dato más significativo lo encontramos en los pacientes con problema social que necesitaron más días de intervención de la trabajadora social, siendo la media de 23,6 días (DT=34,63) y una mediana de 14 días.

En cuanto a la *permanencia en el hospital tras el alta social*, los pacientes permanecieron en el hospital una media de 16,8 días (DT= 21,28) y una mediana de 9 días. Con respecto al nivel de riesgo social, fueron los pacientes con problemas sociales los que permanecieron menos tiempo en el hospital, con una media de 13,3 días (DT=20,15) y una mediana de 6 días.

Por último al relacionar el tiempo de la intervención de la trabajadora social con la permanencia en el hospital tras el alta social, observamos que los pacientes con problemas sociales permanecieron menos tiempo en el hospital que los pacientes con nivel de riesgo bueno aceptable y riesgo social. Cuando se recodificó la variable días de estancia por intervalos y se cruzó con los niveles de riesgo se encontró una asociación estadísticamente significativa para una  $p < 0,006$ , esto se debe a que a mayor nivel de riesgo social menos días de permanencia tras el alta social y más días de intervención social. (ver tabla 4)

Tabla 4: Días de permanencia tras el alta social según nivel de riesgo social. Población estudiada (n=880)

INTERVALOS DE DIAS DE ESTANCIA TRAS ALTA SOCIAL	RIESGO SOCIAL			
	Buena Aceptable	Existe Riesgo Social	Problema Social	Total
Menos de 25 días	57	301	196	554
De 26 -50 días	8	79	22	109
Más de 51 días	6	36	13	55
Total	71	416	231	718

$$\chi^2 = 8,86 \quad p < 0,006$$

Destacamos que el 3,5 % de los pacientes tuvieron que permanecer en el hospital tras el alta médica por problemas sociales. En estos casos se negoció con el equipo de salud la continuidad del paciente en el hospital para garantizar su protección hasta que la trabajadora social pudo obtener los recursos sociales más idóneos.

## DISCUSIÓN

En nuestro estudio, el análisis del perfil de la población muestra que son personas de edad avanzada, la mayoría mujeres, con un nivel de instrucción bajo en ambos sexos. Datos que se ponen de manifiesto en otras investigaciones con PP, como la realizada por Rivas et al. (2009). Destacamos como dato de interés el alto porcentaje de pacientes que viven solos, por considerar que esta situación supone un factor de riesgo social, especialmente en pacientes PP que necesitan, en una proporción elevada, cuidados permanentes.

Como cuidador principal destaca, en primer lugar, la esposa, seguido de una hija, lo que coincide con otros trabajos efectuados por Costa et al. (2007)

y Bódalo-Lozano (2010), en los que se evidencia que son las mujeres las que en mayor porcentaje proporcionan cuidados a las personas dependientes. No obstante, en este estudio hemos observado el alto porcentaje de hombres que cuidan a sus cónyuges, así como hijos varones que colaboran en el cuidado de los padres, lo que mencionamos como dato significativo que apunta un leve cambio que favorece la igualdad de género en los cuidados familiares.

De manera similar a lo observado en otros estudios como el de Ramírez-Duque et al. (2008), los problemas socio-familiares se derivan de la falta de autonomía y necesidad de cuidados permanentes del paciente. Para abordar estas dificultades, el trabajo con la familia ha sido una de las intervenciones de la trabajadora social más utilizadas. Ha permitido ofrecer un espacio formal y acogedor para compartir información, expresar emociones, resolver conflictos, negociar el alta hospitalaria y, como plantea Segado Sánchez-Cabezudo (2011), trasladar la toma de decisiones a los usuarios. De esta forma, la intervención se orienta en la línea que propusieron Oller y Orozco (2011) en la Conferencia Nacional para la Atención al Paciente con Enfermedades Crónicas,

que plantean la responsabilización y autonomía del paciente y familia.

El domicilio continúa siendo el recurso más deseado por el usuario. Es el lugar al que llegan en mayor porcentaje los usuarios tras el alta, donde es la familia la principal proveedora de cuidados. Estos resultados coinciden con los datos publicados para el conjunto de España en el Libro Blanco de la Dependencia (2004), en el que se pone de relieve que la familia es la principal fuente de apoyo de las personas que precisan cuidados.

Los centros residenciales han mostrado ser el recurso social más idóneo ante la imposibilidad de regresar a su entorno. Y fueron los pacientes con mayor nivel de riesgo social (problema social) los que ingresaron, en una proporción mayor, en centros residenciales. Otras investigaciones consultadas relacionan el ingreso en centros residenciales con la edad avanzada, factores sociodemográficos y gran dependencia (Ayuso et al., 2010; Luppá et al., 2010).

En relación a la valoración del riesgo sociofamiliar con la EG, se ha constatado que el mayor porcentaje de pacientes estudiados ingresaron en una situación de riesgo social.

Al relacionar el nivel de riesgo social con los días de intervención observamos que, los pacientes valorados con un nivel máximo de riesgo (problema social), precisaron más días de intervención y el alta social se anticipó al alta hospitalaria. Estos datos son coincidentes con otras investigaciones, como la realizada por Millares et al. (2005) que señala, que los pacientes ingresados en hospitales de media estancia precisan más tiempo e intensidad en la intervención, para conseguir mejores resultados y proponen la valoración e intervención interdisciplinar en la que se incluye al trabajador o trabajadora social.

Como resultado más relevante del estudio, destacamos que los pacientes no permanecen en el hospital por problemas sociales. La fecha del alta social se anticipa al alta hospitalaria. Estos datos, si bien confirman las conclusiones de otros trabajos como los ya mencionados de Colom (1992), Sánchez (1996) y Rodríguez (2006), discrepan de los resultados obtenidos por López et al. (2009) que evidencian el incremento de la media de estancias por problemas sociales.

Desconocemos las causas por las que los pacientes han permanecido en el hospital tras el alta social. Según nuestra experiencia, se podría asociar a la comorbilidad e inestabilidad del PP y/o a cuestiones de la organización interna del propio hospital, lo que planteamos como objeto de futuras investigaciones.

No obstante, el 3,5 % de los pacientes tuvieron que permanecer más tiempo en el hospital por problemas sociales tras el alta médica. Desconocemos el número de días que estos pacientes permanecieron ingresados tras el alta médica, así como otros datos de interés. Lo que planteamos como una limitación del presente estudio

En conclusión, la identificación de los problemas socio-familiares y el conocimiento del nivel de riesgo social en los primeros días del ingreso hospitalario, ha permitido que la trabajadora social pueda planificar e intervenir de manera más eficaz y focalizada en aquellos pacientes con más riesgo social y por tanto, con más probabilidades de obstaculizar el alta hospitalaria.

Coincidimos con Ollero y Orozco (2011) en que la utilidad del conocimiento del riesgo social en PP constituye una dimensión necesaria de la atención integral. En este estudio se muestra que dicho conocimiento del nivel de riesgo social con la EG, ha sido válido y compartimos con Díaz (2010) su utilidad para el diseño de la intervención social en función de las necesidades que descubre.

Asimismo compartimos las recomendaciones de la Agencia de Calidad del SNS (2009) al asignar las funciones de valoración e intervención del riesgo social a los trabajadores sociales.

## AGRADECIMIENTOS

A Miguel Prados Rodríguez por la elaboración de la base de datos y por haber estado involucrado con ilusión y constancia.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ayuso, M.; Del Pozo, R. y Escribano, F. (2010). Factores sociodemográficos y de salud asociados a la institucionalización de personas dependientes. *Revista Española de Salud Pública*, vol. 85 (6), 1-12.
- Barranco, C. (2009). Trabajo Social, calidad de vida y estrategia resilientes. *Portularia*, vol. 9 (2), 133-145.
- Bódalo-Lozano, E. (2010) Cambios en los estilos de vida de las cuidadoras de personas dependientes. *Portularia*, 10 (1), 85-97. <http://dx.doi.org/10.5218/prts.2010.0007>
- Boletín sobre el envejecimiento (2008). *Cuidadoras y cuidadores: el efecto del género en el cuidado no profesional de los mayores*. Observatorio de las personas mayores. Madrid: IMSERSO
- Carrillo, E.; Cervera, M.; Gil Suay, V. y Rueda, Y. (2010). *Claves para la construcción del espacio*

- sociosanitario en España. Barcelona: Antares Consulting, SA.
- Colom, D. (1992). El Hospital General de Manresa. Una experiencia en Planificación del Alta. *Trabajo Social y Salud*, 12, 59-113.
- Colom, D. (2000). *La planificación del alta hospitalaria*. Zaragoza: Mira Editores.
- Colom, D. (2008). *Atención primaria y atención especializada. Teoría y práctica*. Madrid: Siglo XXI.
- Costa, M.J.; Costa, M.P.; Medeiros, M.O.; Rodrigues, P y Correia, R.J. (2007). Anciano que cuida a anciano. *Gerokomos*, 18 (3), 127-134. <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2007000300003>
- Díaz, M<sup>a</sup>.E. (2010). ¿Que aporta la aplicación de la Escala Gijón de Valoración Socio-Familiar? Análisis y resultados en el área sanitaria V, Gijón. *Trabajo Social y Salud*, 65, 125-144.
- Fernández, M.; Dizey, D. y Ruiz, O. (2011). *Análisis de los costos sanitarios en centros residenciales privados para personas mayores*. Universidad Autónoma de Madrid: Fundación Edad&Vida.
- Fortin, M.; Bravo, G.; Hudon, C. et al. (2006). Relationship between multimorbidity and health-related quality of life of patients in primary care. *Qual Life Res*, vol. 15(1), 83-91. <http://dx.doi.org/10.1007/s11136-005-8661-z>
- Fundación "Instituto Edad y Vida" (2011). *Análisis de los costes sanitarios en centros residenciales privados para personas mayores*. Madrid: Senda Editorial, S.A <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/fernandez-analisis-01.pdf>
- García, J.V.; Díaz, E.; Salamea, A.; Cabrera, D.; Menéndez, A. et al. (1999). Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. *Atención Primaria*, vol. 23 (7), 334-340.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2004). *Libro Blanco. Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. BOE núm. 274, de 15 noviembre 2002.
- López, F.; Olmos, J.; Hernández, J.; Nan Nan, D. y González-Macias, J. (2009). Estancia tras el alta médica. Un problema frecuente en nuestro medio. *Clinica Española*, vol. 209 (Espec. Congr. 1), 1-18.
- Luppa, M.; Luck, T.; Weyerer, S.; König, H.H.; Brähler, E.; Riedel-Heller, S.G. (2010). Prediction of institutionalization in the elderly. A systematic review. *Age Ageing*, vol. 39(1), 31-38. <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afp202>
- Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Calidad del SNS. (2009). *Unidad de Pacientes Pluripatológicos. Estándares y recomendaciones*. Madrid: Autor.
- Miralles, R.; Esperanza, A. y Vázquez, O. (2005). Valoración geriátrica en el hospital: Unidad de postagudos. *Multidisciplinar de Gerontología*, vol. 15 (1), 30-35
- Moral, L. e Iglesias, T. (Coord.) (2000). *Guía de Organización del Servicio de Trabajo Social en Atención Especializada*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Ollero, M. (Coord.); Álvarez, M.; Barón, B. et al. (2007). *Atención a pacientes pluripatológicos: proceso asistencial integrado*, (2<sup>a</sup> ed.). Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía.
- Ollero, M. (Coord.); Cabrera, J.M.; De Ossorne, M.; De Villar E.; García, D.; Gómez, E. et al. (2002). *Atención al paciente pluripatológico: proceso asistencial integrado*. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía.
- Ollero, M. y Orozco, D. (2011). *Conferencia Nacional para la atención al paciente con enfermedades crónicas*. Documento de consenso. Sociedad Española de Medicina Interna y Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Revisadas por los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas y de Grupos de Expertos nacionales e internacionales. Sevilla, 20 enero.
- Orden de 14 de octubre 2005, por la que se fijan los precios públicos de los servicios sanitarios prestados por centros dependientes del Sistema Sanitario Público de Andalucía. BOJA núm. 210 de 27-11-2005.
- Osakidetza (2010). *Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad*. Bilbao: Euskadi. Eusko Jaurlaritz-Gobierno Vasco.
- Ramírez-Duque, N.; Ollero-Baturone, M.; Bernabeu-Wittel, M.; Rincón-Gómez, M.; Ortiz-Camuñez M.A. y García-Morillo, S. (2008). Características clínicas, funcionales, mentales y sociales de pacientes pluripatológicos. Estudio prospectivo durante un año en Atención Primaria. *Clinica Española*, vol. 208 (1), 4-11. <http://dx.doi.org/10.1157/13115000>
- Rivas, G.; Domínguez, M.F.; Astray, J.; Génova Maleras, R.; Rodríguez Laso, A. y Esteban Vasallo, M.D. (2009). Características epidemiológicas de la pluripatología y su influencia en la utilización de los servicios sanitarios a partir de una encuesta de salud. Madrid 2007. *Revista Española Salud Pública*, vol. 83(6), 835-846.

- Rodríguez, M<sup>a</sup>J. (2006). La relación asistencial paciente familia con pacientes crónicos. Unidad Médica de Enfermos Crónicos. Hospital de San Juan de Dios de Granada. *Trabajo Social y Salud*, 54, 125-143.
- Sánchez, M. (1996). Programa de intervención para altas problemáticas. *Documentos de Trabajo Social, DTS*, 7, 83-104.
- Segado, S. (2011). *Nuevas tendencias en el Trabajo Social con Familias. Una propuesta para la práctica desde el empowerment / New Trends in Social Work with Families. A Proposal for the practice from the empowerment*. Madrid: Trotta.
- Tooth, L., Hockey, R., Byles, J, y Dobson, A. (2008). Weighted multimorbidity indexes predicted mortality, health service use, and health-related quality of life in older women. *J Clin Epidemiol*, vol. 61(2), 151-159. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2007.05.015>