

## **Impacto Socio-Familiar del Proyecto de Planificación al Alta del Servicio de Trabajo Social del Hospital Mancha Centro para pacientes ingresados que debutan por Ictus**

García García-Baltasar MM<sup>1</sup>, Serrano Ortuño MC<sup>1</sup>, Redondo González O<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Trabajo Social. Hospital General Mancha Centro. España <sup>2</sup>Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Universitario de Guadalajara.

Autor correspondencia:

María del Mar García García-Baltasar

Servicio de Trabajo Social

Hospital General Mancha Centro

Avda Constitución, s/n

13600 Alcázar de San Juan, Ciudad Real, Spain

Tel: +34926580865

Fax: +34926547700

E-mail: mdelgg@sescam.jccm.es

## RESUMEN

**Introducción:** Nuestro objetivo es valorar el impacto de la actuación del servicio de trabajo social (STS) en el alta de pacientes ingresados que debutan por ictus.

**Material y métodos:** Estudio analítico observacional prospectivo de pacientes ingresados por ictus que debutaron y fueron atendidos según el Proyecto de Planificación del STS. Se recogieron variables sociodemográficas, escala de Gijón para valorar riesgo social (RS), en una primera entrevista y escala de Zarit para estimar la sobrecarga del cuidador a las dos semanas y a los tres meses. Posteriormente se calcularon los principales indicadores de la actividad del STS para el abordaje del ictus

**Resultados:** Se incluyeron 88 pacientes atendidos. La edad media fue 74,1 años, el 53,4% eran varones y el 91% fueron de tipo isquémico. La puntuación media en la escala de Gijón fue  $8,9 \pm 2,4$ ; el 33% presentaban RSI y un 4,5%, problema social. El promedio de sobrecarga del cuidador a las 2 semanas postalta era  $24,7 \pm 18,4$ , aumentando a los 3 meses a  $29,3 \pm 23,4$ . La sobrecarga era moderada-intensa en el 13,5% a las 2 semanas, y el doble a los 3 meses. Los factores asociados a sobrecarga del cuidador a corto plazo fueron edad, neoplasia, insuficiencia renal crónica, adopción de recurso social externo, nivel de estudios; tipo de convivencia, actividad económico-laboral antes del ictus A medio plazo fueron puntuación  $\geq 10$  en la escala de Gijón e insuficiencia renal crónica.

**Discusión:** La valoración inicial del RS por parte del STS es clave para realizar una intervención individualizada del paciente, familiares y/o cuidadores.

**PALABRAS CLAVE:** Ictus, trabajo social, valoración, escala Zarit, pacientes ingresados, alta hospitalaria

## **JUSFITICACIÓN**

El ictus es un problema de salud pública de primer orden. Constituye la segunda causa de muerte directa en España (1,10). Conduce a algún tipo de dependencia funcional en el 44% de los afectados; además de suponer gran sufrimiento personal, familiar y elevadas cargas sociales (2, 17, 18). El mayor impacto y necesidad de adaptación del paciente y sociofamiliar se produce ante el debut de la enfermedad, momento en el que es especialmente necesaria la colaboración estratégica de los componentes sanitario, social y psicológico en el abordaje terapéutico.

Tras finalizar la hospitalización postdebut, la vuelta al domicilio implica un proceso de adaptación al que hacer frente. Si las secuelas son graves y las circunstancias sociales o familiares del paciente lo aconsejan, se pueden valorar alternativas de apoyo social. Y es que los cuidados de estos pacientes recaen en gran medida sobre las familias (20). Esto implica frecuentemente una dedicación intensiva y constante, que con el tiempo supone una sobrecarga psíquica y física, gran restricción de movimientos y suele conducir al aislamiento social. La inestabilidad económica derivada de los desembolsos y pérdida de ingresos es un problema añadido. Así, la mayoría de familias cuidadoras enfrentan situaciones límite y riesgo de exclusión social (21,22). Cambios sociales acelerados, como la incorporación de la mujer al trabajo o la mayor presencia de personas viviendo «solas», conllevan además del abandono a la responsabilidad familiar unilateral, su inviabilidad en un futuro cercano (3).

El Trabajo Social en el ámbito sanitario se ocupa de los aspectos psicosociales del individuo, mediante el estudio, diagnóstico y tratamiento de los factores sociales que concurren en el mantenimiento de la salud y en la aparición de la enfermedad de personas, grupos y comunidades, potenciando el carácter social de la medicina. En el plano individual y familiar, la integración del trabajador social supone aportar alternativas o soluciones a las dificultades/problemas sociales que surgen en la aparición y desarrollo de la enfermedad, con objeto de evitar los desajustes sociofamiliares que surgen tras la pérdida de salud (4, 15).

Así podemos afirmar que “la intervención social sanitaria es sobre todo una herramienta favorecedora del cambio del individuo y de su red social respecto a los problemas originados por la presencia de una o varias enfermedades y/o episodios de ingreso” (5, 16)

Un proyecto de planificación del alta hospitalaria permite obtener la información biológica, psicológica, social y cultural del paciente desde el inicio del ingreso, ayudando a establecer un primer diagnóstico sociosanitario y un plan de actuación (11,19). La pronta intervención de los trabajadores sociales evita el deterioro de las situaciones sociales aparecidas o reaparecidas a raíz de la enfermedad y que limitarían la reinserción. Fundamentalmente, evita la desatención tras la hospitalización. Igualmente es importante para la adaptación de los familiares, dadas las limitaciones a las que se enfrentan.

El objetivo de este estudio es evaluar el impacto sociofamiliar del Proyecto de Planificación del Servicio de Trabajo Social (STS) del Hospital General Mancha Centro (HGMC) para el alta de pacientes ingresados que debutan por ictus.

## **PLANIFICACIÓN**

### **Diseño y población de estudio**

Estudio analítico observacional prospectivo de los pacientes ingresados por ictus en el HGMC que debutaron por primera vez y fueron atendidos según el Proyecto de Planificación del STS, entre julio de 2015 y septiembre de 2016, a través de interconsulta de Neurología o de otras especialidades y en algunos casos, por demanda de las familias. Para recoger parte de la información de estudio se utilizó la historia electrónica de STS.

El HGMC es referencia de la población adscrita a la Gerencia de Atención Integrada de Alcázar de San Juan, con 126.742 habitantes distribuidos en 10 zonas básicas de salud, abarcando 24 municipios de Toledo, Ciudad Real y Cuenca; y que atiende anualmente unos 540 nuevos casos de ictus.

### **Variables sociofamiliares, demográficas y sanitarias**

Datos personales; historia clínica (tipo ictus isquémico/hemorrágico, comorbilidades); fechas de ingreso, de intervención social y de alta hospitalaria; destino al alta; convivencia y recurso aplicado.

### **Impacto sociofamiliar**

Para su medición objetiva se utilizaron dos instrumentos ya validados:

- Escala de Gijón: Valoración sociofamiliar (situación familiar, económica, vivienda, relaciones y red de apoyo social), con 5 posibles categorías en cada ítem, para obtener una puntuación global. Riesgo social: 10-14 puntos; problema social > 15 (12)

- Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit: Cuantifica la sobrecarga de los cuidadores de personas dependientes, tanto subjetiva (actitudes y reacciones emocionales), como objetivamente (perturbaciones/cambios en el ámbito doméstico y la vida de los cuidadores). Las puntuaciones se correlacionan con: síntomas psicopatológicos, estado de ánimo y salud física del cuidador, y calidad de la relación cuidador-paciente. Se considera "no sobrecarga" una puntuación inferior a 46, y "sobrecarga intensa", superior a 56 (13,14)

### **Indicadores de actividad del STS en el abordaje del ictus**

- Cobertura: N° pacientes con debut de ictus atendidos por STS/n° total pacientes ingresados.
- Riesgo social: N° casos con riesgo social (escala Gijón  $\geq 10$ )/n° total pacientes atendidos.
- Grado de aplicación de recurso social externo (RSE) al alta (6): N° pacientes con RSE aplicado/n° total pacientes.
- Grado de adopción RSE: N° pacientes con adopción RSE/n° total pacientes que aceptan seguimiento. El RSE se aplica cuando los familiares no se pueden hacer cargo de la atención y/o el paciente necesita un apoyo adicional.
- Prontitud respuesta STS: N° pacientes atendidos en 24–48 h/n° total pacientes atendidos.

### **DESARROLLO, EJECUCIÓN Y DESPLIEGUE**

En una primera entrevista (24-48 horas tras el ingreso; máximo 72 horas para ingresos de fin de semana/festivos) se registraron los datos sociosanitarios del paciente y los ítems de la escala Gijón para valoración sociofamiliar del paciente. También se explicó al mismo y su familia el proceso social de hospitalización (entrevistas sucesivas y aplicación de RSE) y el abordaje del alta hospitalaria (orientación, coordinación y/o derivación con otros servicios e instituciones externas al hospital y tramitación del recurso social idóneo).

Dos semanas y tres meses después del alta hospitalaria se recogieron datos relativos a recursos utilizados, convivientes y actividad económica-laboral, a través de contactos telefónicos; y se pasó a los cuidadores el test de Zarit. En el caso de los pacientes ingresados en residencia temporal o definitiva (pública o privada), no se pasó tras alta la escala Zarit al no existir un cuidador principal.

Los pacientes que en la primera entrevista *no presentaban riesgo social* que precisase soporte tras el alta hospitalaria, porque el problema social estaba resuelto, o no existía; recibieron el alta social, aunque se continuó su seguimiento para el estudio. Se excluyeron del

seguimiento los éxitos que se produjeron durante el ingreso y aquellos que no prestaron su consentimiento escrito.

### **Análisis estadístico**

Se realizó un análisis descriptivo: Las variables cuantitativas se describieron con medidas de tendencia central (media o mediana) y dispersión (desviación estándar o rango intercuartílico), según su distribución; y las cualitativas, con frecuencias absolutas y relativas.

Para comparar las variables cuantitativas entre grupos (con y sin riesgo sociofamiliar) se utilizaron test paramétricos (t-Student o ANOVA) o no paramétricos (U Mann Whitney o Kruskal Wallis), según su distribución; y para las cualitativas, la prueba  $\chi^2$  o el test exacto de Fisher. Las correlaciones entre variables cuantitativas se realizaron mediante correlación de Pearson o Spearman. Finalmente, se realizaron dos análisis multivariantes de regresión lineal para predecir los factores asociados a la sobrecarga del cuidador a las dos semanas (corto plazo) y a los tres meses (medio plazo) postalta.

Los análisis se realizaron mediante los programas estadísticos Stata 12.0 y SPSS 18.0. En todos los casos se consideró un nivel de significación  $p < 0,05$ .

### **Aspectos Éticos**

El presente estudio fue realizado de acuerdo a los principios de la Declaración de Helsinki y aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de nuestro centro.

## **RESULTADOS**

De los 90 pacientes atendidos por el STS tras ingresar por ictus por primera vez, se incluyeron 88. La edad media fue 74,1 (Desviación estándar (DE)=13,3; rango=42-95) años, el 53,4% eran varones. El 91% fueron de tipo isquémico. La mitad vivían con su pareja y una cuarta parte, solos. El 52% tenía estudios primarios y un 38% carecía de estudios. Un 77% eran jubilados y el 7% estaban trabajando. La puntuación media en la escala de Gijón fue 8,9 (DE 2,4; rango=5-15); el 33% presentaban riesgo social y un 4,5%, problema social. Las comorbilidades se describen en la Tabla 1, destacando que cerca del 75% eran hipertensos.

Antes del ingreso ningún paciente estaba institucionalizado. A las 2 semanas postalta el 6% vivían solos, un 22% usaron apoyo formal en domicilio (público o privado) y un 20,5% fueron institucionalizados. Tras 3 meses, el 21,4% vivían solos, la institucionalización se redujo al 10,7%, pero aumentó el apoyo formal en domicilio un 7,1%. La convivencia con

familiares aumentó a las 2 semanas un 17%, reduciéndose la convivencia en pareja; lo que se mantuvo a los 3 meses. La actividad económico-laboral del paciente permaneció más o menos estable, aunque el escaso porcentaje que estaba trabajando dejó de hacerlo (Tabla 2).

La cobertura del STS fue del 100%; y en el 81,1% la atención se realizó en las primeras 48 horas postingreso. El 37,5% (33/88) se encontraban en riesgo social. A un 93,3% (84/88) se les aplicó RSE al alta y el 57,3% lo aceptaron. El porcentaje de ayudas técnicas pasó de un 5% a las 2 semanas, a un 7% a los tres meses (Tabla 2). La adopción de RSE postalta fue igual de frecuente en los pacientes atendidos en las primeras 48 hs de ingreso y en atendidos más tarde (55,4% vs 64,7%, respectivamente;  $p=0,491$ ).

El promedio de sobrecarga del cuidador a las 2 semanas postalta era 24,7 (DE=18,4; rango=0-83), aumentando a los 3 meses a 29,3 (DE=23,4; rango=0-107) (Tabla 2). La sobrecarga era moderada-intensa en el 13,5% a las 2 semanas, y el doble a los 3 meses. Pero a las 2 semanas y 3 meses, la sobrecarga de cuidadores de pacientes atendidos por el STS en las primeras 48 horas no difería de la de aquellos que estuvieron a cargo de pacientes atendidos más tarde ( $p=0,106$  y  $p=0,138$ ; respectivamente).

La mediana de edad del debut de ictus en mujeres fue 6 años mayor que en hombres: 80 [rango intercuartílico (RI)=72-84] vs 74 (RI=60-82);  $p= 0,016$ . También difería según nivel educativo ( $p=0,025$ ) y actividad económico-laboral preictus ( $p=0,001$ ) (Tabla 3). Sin embargo, no encontramos diferencias de edad de debut por tipo de diagnóstico médico, ni para la mayoría de comorbilidades, excepto: fumadores (63 vs 80 años;  $p=0,0002$ ), cardiópatas (80 vs 75;  $p=0,032$ ), familiar de primer grado con ictus (45 vs 79;  $p = 0,002$ ), sedentarismo (83 vs 77;  $p=0,043$ ), y enfermedad reumatológica (83 vs 76,5;  $p=0,040$ ). La edad de debut no se correlacionó con el riesgo sociofamiliar ( $p=0,257$ ). Sin embargo, se correlaciona débil y positivamente con la sobrecarga del cuidador a corto plazo ( $\rho$  Spearman=0,292;  $p=0,036$ ), pero no a medio plazo ( $p=0,169$ ).

La presencia de riesgo sociofamiliar era más de un 70% superior si vivían solos ( $p<0,0001$ ); y un 29% y 40% mayor ante enfermedad coronaria o arritmias, respectivamente ( $p=0,024$  en ambos casos). El 36% de pacientes con prontitud de atención presentaban riesgo social; siendo semejante dicha prontitud en pacientes con y sin riesgo social [78,8% (26/33) vs 81,8% (45/55);  $p=0,727$ ]. La adopción del RSE fue menos frecuente en pacientes con riesgo social ( $p=0,026$ ) (Tabla 4). El promedio de sobrecarga a corto y medio plazo de cuidadores de pacientes con riesgo o problema sociofamiliar al alta resultó mayor que la de

los cuidadores de pacientes sin riesgo ( $p=0,0226$  y  $p=0,0107$ ; respectivamente). Así, la escala de Gijón se correlaciona de forma significativa pero débilmente positiva con la sobrecarga tras 2 semanas ( $\rho$  Spearman= $0,2935$ ;  $p=0,347$ ) y tras 3 meses postalta ( $\rho$  Spearman= $0,2718$ ;  $p=0,373$ ).

Según el modelo multivariante 1, son factores independientes asociados a sobrecarga del cuidador a corto plazo: edad del paciente (Coef.  $\beta=0,51$ ; IC95%= $0,12-0,90$ ), neoplasia (Coef.  $\beta=18,75$ ; IC95%= $3,50-34,00$ ), insuficiencia renal crónica (Coef.  $\beta=19,35$ ; IC95%= $0,79-37,90$ ) y adopción de RSE (Coef.  $\beta=13,15$ ; IC95%= $4,79-21,51$ ); nivel de estudios;  $p=0,0071$ ); tipo de convivencia ( $p=0,0098$ ); actividad económico-laboral antes del ictus ( $p< 0,0001$ ) (Tabla 5). A medio plazo, son factores independientes asociados a sobrecarga (multivariante 2): puntuación  $\geq 10$  en la escala de Gijón (Coef.  $\beta=15,56$ ; IC95%= $30,30-27,82$ ;  $p=0,014$ ) e insuficiencia renal crónica (Coef.  $\beta=33,83$ ; IC95%= $2,64-65,01$ ;  $p=0,034$ ) (Tabla 6).

## EVALUACIÓN Y REVISIÓN

La mediana de edad de debut de ictus en trabajadores y desempleados es 55 años, y en el resto, 73. Dicha mediana de edad disminuye conforme aumenta el nivel de estudios (analfabeto-sin estudios primarios  $\sim 79,5$ ; secundarios-formación profesional  $\sim 56,3$ ); salvo en pacientes con estudios universitarios, en los que debuta más tarde ( $\sim 70,5$ ). Este hecho podría estar relacionado con diferentes estilos de vida en medios rural y urbano y con hábitos alimentarios.

El porcentaje de cuidadores con sobrecarga moderada se incrementó desde las 2 semanas postalta hasta a los 3 meses en un 6%; y la sobrecarga intensa, en un 4,4%; mientras que el grado de institucionalización descendió a los tres meses postalta en un 10%. De hecho, el estar institucionalizado no influye en la sobrecarga ( $p=0,068$ ), por lo que esta aumentaría en sentido inverso a la institucionalización. Además, la sobrecarga del cuidador de pacientes que viven acompañados es inferior que la del cuidador cuyo paciente vive solo.

La prontitud de respuesta del STS no parece influir en la sobrecarga del cuidador a corto-medio plazo y en la frecuencia de adopción del RSE pautado al alta; aunque la sobrecarga es significativamente mayor en pacientes con riesgo o problema social a las 2



semanas y a los 3 meses (3 y 15 puntos mayor según la escala de Zarit, respectivamente). En este sentido, hemos evidenciado en el análisis multivariante, que la escala de Gijón puede ser utilizada por el STS como predictor de sobrecarga a medio plazo del cuidador del paciente dado de alta tras un ictus que debuta por primera vez. De este modo, a los que vayan a ser cuidadores de los pacientes que presenten riesgo sociofamiliar conforme a esta escala, se les debería de prestar especial atención desde el punto de vista social.

Pese a que los pacientes con enfermedad oncológica que debutan con ictus por primera vez no presentan riesgo social según la escala de Gijón, sí que van a influir posteriormente en el alta inmediata (a corto plazo) en la sobrecarga del cuidador. Lo mismo sucede con los nefrópatas, que aunque no presentan a priori mayor riesgo ( $p=0,295$ ), suponen a corto y medio plazo una mayor sobrecarga.

Según el modelo de regresión lineal, el cuidador del paciente desempleado presenta a corto plazo una mayor sobrecarga que el cuidador de pacientes con otro perfil económico-laboral ( $p < 0,0001$ ). De hecho, el 75% de los pacientes ingresados por ictus que son desempleados presentan riesgo sociofamiliar, frente al 59% de los jubilados y al 67% de las amas de casa. Aunque estas diferencias no resulten significativas ( $p=0,656$ ), es posible que el ictus que sobreviene a un paciente en situación de desempleo contribuya a una importante sobrecarga en el entorno familiar. Por otro lado, aunque la edad del paciente no se correlaciona a priori con el riesgo sociofamiliar ( $p=0,257$ ), el aumento de la edad del paciente incrementa ligeramente y de forma significativa la sobrecarga del cuidador en el alta inmediata, a corto plazo (por cada 10 años de edad más, las sobrecarga aumenta en 5 puntos;  $IC95\%=1,2-9$ ).

La adopción del recurso social pautado por el STS es significativamente menos frecuente en los pacientes con riesgo social detectado al alta según la escala de Gijón, que en los pacientes sin riesgo social (53,2% vs 46,8%;  $p=0,026$ , respectivamente). Esto significa que habría que trabajar más con las familias y cuidadores de los pacientes a los que les detectamos riesgo social; dado que la sobrecarga del cuidador de pacientes con riesgo social a corto y medio plazo es mayor que la de los cuidadores de los pacientes sin riesgo social detectado. Por tanto, se podría trabajar en disminuir la sobrecarga del cuidador de pacientes con riesgo social, mejorando el indicador de tratamiento social “*Grado de adopción (por el paciente y/o familiares) de los RSE aplicados por el STS al alta hospitalaria*” en los pacientes con riesgo social.

Hasta nuestro conocimiento no se han encontrado estudios previos realizados en España que analicen el impacto socio-familiar ante un paciente ingresado en un hospital que debuta por ictus. Hay determinados estudios que han analizado la discapacidad secundaria al daño cerebral adquirido utilizando como medidas de integración en la comunidad el reconocimiento formal de la incapacidad laboral realizado por el Instituto Nacional de la Seguridad Social, o el trabajo realizado por García-Molina y cols (7) que describe la integración comunitaria de sujetos con traumatismo craneoencefálico moderado y grave de la lesión, utilizando la escala CIQ-R como medida de integración social. Sin embargo, ninguno de ellos ha utilizado las escalas utilizadas en el presente estudio, (escala de Gijón y Escala de Zarit), con lo que resulta muy complicado realizar una comparativa.

Un estudio del año 2014, que realizó un seguimiento del estado funcional y emocional de sujetos que habían padecido un accidente cerebrovascular durante los 10 años siguientes a la lesión cerebral (8), utilizando el índice de Barthel para medir la dependencia de terceros. En dicho estudio se encontró que tres cuartas partes de la muestra eran independientes y no tenían discapacidad, mientras que un 14% necesitaba ayuda de otras personas para el cuidado personal, y un 22% para desenvolverse en las actividades básicas de la vida diaria.

En un estudio más reciente realizado por Natalia Ojeda, Javier Peña y otros, en 2016 (9) se analizaba en qué medida el padecimiento de una lesión cerebral interfiere en la trayectoria laboral de los participantes en los dos años siguientes al daño; qué desventaja genera para que vivan con plenitud de derechos o para participar en igualdad de condiciones que el resto de ciudadanos en la vida económica, social y cultural del país (grado de discapacidad); y qué necesidades de ayuda de terceras personas surgen tras la lesión (nivel de dependencia). La conclusión de este estudio fue que son contados los trabajos realizados en nuestro país que arrojan datos sobre el impacto del daño cerebral adquirido en la situación

laboral por el deterioro cognitivo asociado, e inexistentes los que examinan la repercusión de éste en el grado de discapacidad reconocido y el nivel de dependencia reconocido y la capacidad de obrar.

Una de las fortalezas de nuestro estudio es que analizado lo anterior, nuestro estudio contribuye a aumentar el conocimiento sobre el grado de sobrecarga de los cuidadores principales ante el caso de un familiar con diagnóstico de ictus por primera vez. Otras fortalezas de nuestro estudio también son la naturaleza prospectiva del mismo, lo que ha permitido una mejor recogida de variables y caracterización de pacientes y cuidadores, el tiempo de seguimiento, que ha sido de 3 meses después del alta, lo que creemos supone un tiempo adecuado para lograr alcanzar los objetivos de nuestro estudio.

Sin embargo, nuestro estudio también tiene limitaciones, en pacientes con ictus graves posiblemente se necesitarán periodos de seguimientos más prolongados para poder detectar posibles cambios en la evolución de la sobrecarga del cuidador, del riesgo social y otras variables que pueden desencadenar finalmente en algunos casos claudicaciones familiares. Por lo que serían necesarios más estudios con mayor tiempo de seguimiento en este subgrupo de pacientes.

## **CARÁCTER INNOVADOR**

Hasta nuestro conocimiento no se han encontrado estudios previos realizados en España que analicen el impacto socio-familiar ante un paciente ingresado en un hospital que debuta por ictus. La valoración inicial del riesgo social por parte del servicio de trabajo social es clave para realizar una intervención individualizada del paciente, familiares y/o cuidadores. Nuestro estudio contribuye a aumentar el conocimiento sobre el grado de sobrecarga de los cuidadores principales ante el caso de un familiar con diagnóstico de ictus por primera vez. De este modo, a los que vayan a ser cuidadores de los pacientes que presenten riesgo

sociofamiliar conforme a esta escala, se les debería de prestar especial atención desde el punto de vista social.

## **DIVULGACIÓN**

Los resultados del presente estudio fueron presentados a los Premios del Trabajo Social del año 2017 recibiendo el premio a la Investigación en Trabajo Social (anexo adjunto). Actualmente estos resultados se encuentran en valoración por parte de una revista científica para su posible publicación.

## **NIVEL DE APLICABILIDAD**

En nuestro centro se ha realizado la implantación de este programa, observándose que el tiempo de seguimiento, que ha sido de 3 meses después del alta, supone un tiempo adecuado para lograr estudiar la evolución temprana de los pacientes, familiares y cuidadores. Adicionalmente, la escala de Gijón puede ser utilizada por el del servicio de trabajo social como predictor de sobrecarga a medio plazo del cuidador del paciente dado de alta tras un ictus que debuta por primera vez. En pacientes con ictus graves posiblemente se necesitarán periodos de seguimientos más prolongados para poder detectar posibles cambios en la evolución de la sobrecargar del cuidador, del riesgo social y otras variables que pueden desencadenar finalmente en algunos casos claudicaciones familiares. Por lo que serían necesarios más estudios con mayor tiempo de seguimiento en este subgrupo de pacientes.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- 1.- Palleiro MO, López CB. Subtipos etiológicos de accidente cerebrovascular isquémico en adultos entre 18 y 45 años: estudio de una serie de 93 pacientes. Revista Clínica Española. 2007;207(4):158-165.
- 2.- Tembl JI. Anexo: Hoja de Información al Paciente y familiares. En: Agencia Valenciana de Salud. Guía de Información al Paciente con Ictus. 1ª ed. Valencia: Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanidad; 2007. p. 131-135
- 3.- Bascones Serrano LM, Quezada García MY. El estrés de la familia en el medio plazo: entre las secuelas del afectado y los factores del entorno. En: Daño familiar sobrevenido en

Castilla La Mancha: realidad sociosanitaria, desafíos de apoyo e integración comunitaria. 1ª ed. Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Junta de Comunidades de Castilla La Mancha: FISLEM; 2006. p. 175-190.

4.- Monrós Chancrosa MJ, Zafra Galán E. Introducción: el Trabajo Social Sanitario. En: Guía de Intervención en Trabajo Social Sanitario. 1ª ed. Valencia: Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanidad; 2012. p. 11-13.

5.- Colom, D. El trabajo social sanitario: Atención primaria y atención especializada, teoría y práctica. 1ª ed. Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A.; 2008. p. XXIX.

6.- Moix Martínez, M. Estado de Bienestar y la Sociedad de Bienestar. En: Cuadernos de Trabajo Social. 2004; 17:131-141.

7.- García Molina A, Roig-Rovira I., Yuguero M, Ensenat, Catallops R, Sánchez-Carrión R, Barbabeu M. La integración en la comunidad como medida de resultado de la neurorrehabilitación en el traumatismo craneoencefálico. Rehabilitación 2008; 42:67-72.

8.- Jonsson Ac, Delavaran H. Iwarsson, S, Stahl A, Norrving B, Lindren A. Funcional Status and patient-reported outcome 10 years after stroke: the Lund Stroke Register. Stroke 2014; 45:1/84-90.

9.- Luna-Lario P, Ojeda N, Tirapu-Ustárroz, J. Peña J. Impacto del daño cerebral adquirido en la integración comunitaria: reinserción laboral, discapacidad y dependencia dos años después de la lesión. Rev Neurol 2016; 62:539-48.

10.- Matias - Guiu J. Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política Social; 2008.

11.- Colom, D. (2000): La planificación del alta hospitalaria, Mira Editores, Zaragoza.

12.- Bereciartua Perez B, Pinedo Otaola S, Zaldibar Barinaga B, Tejada Ezquerro P, Erazo Presser P, Miranda Artieda, M, Sanmartín Cuevas V. Situación sociofamiliar de pacientes con ictus y destino al alta en un hospital de subagudos.

13.- María Crespo y Mª Teresa Rivas. La evaluación de la carga del cuidador: una revisión más allá de la escala de Zarit. Universidad Complutense de Madrid, España.

14.- Martín M, Salvadó I, Nadal S, Miji LC, Rico JM, Lanz P. Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. Rev Gerontol, 6 (1996), pp. 338-46

15.- Leonor Alexandra Rodríguez Alava, Ligia Loo Lino y Verónica Isabel Anchundia Anchundia (2017): “Las funciones del trabajador social en el campo de salud”, Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales, (abril-junio 2017).

16.- Colom, D. El Trabajo Social Sanitario como herramienta de gestión. ISSIS (Institut de Serveis Sanitaris i Socials). Revista Agathos, » Atención Sociosanitaria y Bienestar.

17.- Goñi-Urrutia, I. (2014). Cuando la dependencia sobreviene súbitamente: familias y población mayor afectada por accidentes cerebrovasculares y otras afecciones de comienzo agudo. En prensa.

18.- Dra. Yuseima Govantes Bacallao, MsC. Dra. Tania Bravo Acosta. Estado funcional en pacientes con ictus isquémico. Hospital "Julio Díaz González". Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación 2014;6 (2):149-158

19.- Geno Ochando Ortiz, Marta de Irizar Malo. La planificación del alta hospitalaria desde el trabajo social sanitario. Agathos: Atención sociosanitaria y bienestar, ISSN 1578-3103, Año 9, N°. 2, 2009, págs. 30-39.

20.- Rogero-García, J. (2009). Los tiempos del cuidado

21.- Davey Smith G., Hart, C., Blane D., op. cit. 24

22.- Leon, D., Davey Smith, G. Infant mortality, stomach cancer, stroke and coronary heart disease: ecological analysis. BMJ, 2000, 320:1705-1706.



		<b>N (%)</b>
<b>Edad media (DE; rango) (años)</b>		74,1 (13,3; 42 - 95)
<b>Sexo</b>	<b>Hombre</b>	47 (53,4%)
	<b>Mujer</b>	41 (46,6%)
<b>Diagnóstico médico</b>	<b>Ictus hemorrágico</b>	8 (9,1%)
	<b>Ictus isquémico</b>	80 (90,9%)
<b>Nivel educativo</b>	<b>No sabe leer ni escribir</b>	3 (3,4%)
	<b>Sin estudios</b>	33 (37,5%)
	<b>Estudios primarios</b>	46 (52,3%)
	<b>Estudios secundarios</b>	2 (2,3%)
	<b>Formación profesional</b>	2 (2,3%)
	<b>Estudios universitarios</b>	2 (2,3%)
<b>Convivencia antes del ictus</b>	<b>Solo</b>	24 (27,3%)
	<b>Con familiares</b>	19 (21,6%)
	<b>Con pareja</b>	44 (50%)
	<b>Otros</b>	1 (1%)
<b>Actividad económica-laboral antes del ictus</b>	<b>Trabajando</b>	6 (6,8%)
	<b>Desempleado</b>	4 (4,5%)
	<b>Jubilado</b>	68 (77,3%)
	<b>Sus labores</b>	9 (10,2%)
	<b>Otros</b>	1 (1%)
<b>Puntuación media escala Gijón (DE; rango)</b>		8,9 (2,4; 5 - 15)
	<b>&lt;10 (buena situación social)</b>	55 (62,5%)
	<b>10-15 (riesgo social)</b>	29 (33%)
	<b>&gt;15 (problema social)</b>	4 (4,5%)
<b>Comorbilidades</b>	<b>HTA</b>	64 (73,6%)
	<b>Cardiopatía</b>	27 (30,7%)
	<b>Dislipemia</b>	23 (26,1%)
	<b>Sedentarismo</b>	22 (25,3%)
	<b>Fumador</b>	18 (20,5%)
	<b>Diabetes</b>	35 (20,1%)
	<b>Enfermedad coronaria</b>	14 (15,9%)
	<b>Trastorno de ansiedad-depresión</b>	12 (13,6%)
	<b>Antecedente de IAM</b>	11 (12,5%)
	<b>Arritmia</b>	10 (11,4%)
	<b>Obesidad</b>	9 (10,2%)
	<b>Demencia-trastorno neurológico</b>	8 (9,1%)
	<b>Cirugía en el mes previo</b>	8 (9,1%)
	<b>Enfermedad reumatológica</b>	8 (9,1%)
	<b>Epoc</b>	6 (6,8%)
	<b>Neoplasia</b>	6 (6,8%)
	<b>Insuficiencia renal crónica</b>	5 (5,7%)
	<b>SAOS</b>	4 (4,5%)
	<b>Familiar de primer grado con ictus</b>	4 (4,5%)
	<b>Hipotiroidismo</b>	4 (4,5%)
	<b>Antecedente de angor</b>	3 (3,4%)
	<b>Antecedente TVP</b>	3 (3,4%)
	<b>Insuficiencia venosa-varices</b>	2 (2,3%)
<b>Hipertiroidismo</b>	2 (2,3%)	
<b>Hepatopatía crónica</b>	2 (2,3%)	
<b>Éxito durante el ingreso</b>		4 (4,5%)

**Tabla 1.** Variables sociofamiliares, demográficas y clínicas del paciente al ingreso hospitalizado por primera vez por ictus en el hospital Mancha Centro



Variables, % (N)		Antes del alta hospitalaria	A las 2 semanas postalta	A los 3 meses postalta
Convivencia antes del ictus	Solo	27,3 (24)	6 (5)	21,4 (18)
	Con familiares	21,6 (19)	38,6 (32)	39,3 (33)
	Con pareja	50 (44)	32,5 (27)	28,6 (24)
	Otros	1 (1)	2,4 (2)	-
	Institución	-	20,5 (17)	10,7 (9)
Actividad económica-laboral antes del ictus	Trabajando	6,8 (6)	-	-
	Desempleado	4,5 (4)	5 (5)	4,8 (4)
	Jubilado	77,3 (68)	77,1 (64)	79,8 (67)
	Sus labores	10,2 (9)	2,4 (2)	3,6 (3)
	Otros	1,1 (1)	14,5 (12)	11,9 (10)
Puntuación escala Gijón (riesgo socio-familiar)	Media ± DE, rango	5-15		
	<10 (buena situación social)	62,5 (55)	NP	NP
	10-15 (riesgo social)	33 (29)		
	>15 (problema social)	4,5 (4)		
Sobrecarga del cuidador (escala Zarit)	Media ± DE, rango		24,7 ± 18,4 (0-83)	29,3 ± 23,4 (0-107)
	<46 (no sobrecarga)	NP	86,5 (45)	76,3 (45)
	46-56 (sobrecarga moderada)		7,7 (4)	13,6 (8)
	>56 (sobrecarga intensa)		5,8 (3)	10,2 (6)
Adopción el recurso social	social pautado	NP	57,3 (47)	NP
Tipo de recurso social utilizado	Atención domiciliaria		22 (18)	32,1 (27)
	Ayudas técnicas		4,9 (4)	7,1 (6)
	Institucionalizado	NP	20,7 (17)	10,7 (9)
	Otros		52,4 (43)	50,0 (42)

**Tabla 2.** Evolución de las principales variables socio-familiares y utilización de recursos por parte de los pacientes que presentan un primer episodio de ictus desde el ingreso hasta los tres meses postalta. NP= No procede

		Edad Mediana (RI)	p-valor
Sexo	Hombre	74 (60 - 82)	0,016*
	Mujer	80 (72 - 84)	
Diagnóstico médico	Ictus hemorrágico	79,5 (69,5 - 87)	0,576*
	Ictus isquémico	78 (63,5 - 84)	
Nivel educativo	No sabe leer ni escribir	82 (79 - 83)	0,025**
	Sin estudios	80 (75 - 85)	
	Estudios primarios	76,5 (60 - 84)	
	Estudios secundarios	58 (53 - 63)	
	Formación profesional	54,5 (46 - 63)	
	Estudios universitarios	70,5 (61 - 80)	
Convivencia antes del paciente antes del ictus	Solo	77,5 (67 - 82)	0,091**
	Con familiares	83 (62 - 89)	
	Con pareja	76,5 (57,5 - 82,5)	
	Otros	90 (90 - 90)	
Actividad económica-laboral antes del ictus	Trabajando	52,5 (44 - 60)	<0,001**
	Desempleado	57 (51,5 - 60)	
	Jubilado	79,5 (72,5 - 85,5)	
	Sus labores	76 (60 - 84)	
	Otros	63 (63 - 63)	
Puntuación escala Gijón (riesgo socio-familiar)	<10 (buena situación social)	77 (62 - 85)	0,140**
	10-15 (riesgo social)	79 (82 - 84)	
	>15 (problema social)	65 (60 - 69)	
Hábito tabáquico	Fumador	63 (58 - 72)	0,0002
	No fumador	80 (71 - 86)	
Sedentarismo	Sí	83 (70 - 89)	0,043
	No	77 (63 - 82)	
Cardiopatía	Sí	80 (77 - 86)	0,032
	No	75 (62 - 83)	
Familiar 1º grado ictus	Sí	45 (43 - 53)	0,002
	No	79 (66 - 84,5)	
Enfermedad reumatológica	Sí	83 (79 - 86,5)	0,040
	No	76,5 (63 - 84)	

**Tabla 3:** Ajuste por edad. Análisis estadístico: \*Prueba U Mann Whitney; \*\*Prueba de Kruskal-Wallis

Características		No riesgo SF (N=55)	Riesgo o problema SF** (N=33)	p-valor
Sexo	Hombre	70,2% (33)	29,8% (14)	0,110
	Mujer	53,7% (22)	46,3% (19)	
Edad media años (DE)		73,55 ± 14,45	75,82 ± 10,63	0,435
Diagnóstico médico	Hemorrágico	87,5% (7)	12,5% (1)	0,126
	Isquémico	60% (48)	40% (32)	
Obesidad		55,6% (5)	44,4% (4)	0,650
Sedentarismo		68,2% (15)	31,8% (7)	0,576
Neoplasia		100% (6)	-	0,049
Insuficiencia renal crónica		40% (2)	60% (3)	0,295
Demencia-trastorno neurológico		50% (4)	50% (4)	0,444
Hepatopatía		-	100% (2)	0,065
Cardiopatía		59,3% (16)	40,7% (11)	0,676
Enfermedad coronaria		35,7% (5)	64,3% (9)	0,024
Arritmias		30% (3)	70% (7)	0,024
Diabetes		51,4% (18)	48,6% (17)	0,081
Epoc		66,7% (4)	33,3% (2)	0,827
Trastorno de ansiedad-depresión		50% (6)	50% (6)	0,336
Nivel educativo	No sabe leer ni escribir-sin estudios	55,6% (20)	44,4% (16)	0,534
	Est. Prim.-secundarios	65,2% (30)	34,8% (16)	
	FP-Est. universitarios	100% (4)	-	
Convivencia antes del ictus	Solo	16,7% (4)	83,3% (20)	<0,0001
	Familiares, pareja u otros	79,7% (51)	20,3% (13)	
Actividad económico-laboral antes del ictus	Trabajando	83,3% (5)	16,7% (1)	0,656
	Desempleo	75% (3)	25% (1)	
	Jubilado	58,8% (40)	41,2% (28)	
	Sus Labores	66,7% (6)	33,3% (3)	
	Otros	100% (1)	-	
Tiempo valoración social	1ª 48hs de ingreso	63,4% (45)	36,2% (26)	0,727
	Tras 48 hs de ingreso	58,8% (10)	41,2 (7)	
Adopción RSE por paciente y/o familia		53,2% (25)	46,8% (22)	0,026
Sobrecarga del cuidador a las 2 semanas postalta (DE)		21,21 ± 16,28	34,21 ± 21,13	0,023
Sobrecarga del cuidador a los tres meses postalta (DE)		24,22 ± 15,91	40,83 ± 32,66	0,011

**Tabla 4.** Características diferenciales de los pacientes ingresados por primera vez por ictus, según presenten o no riesgo sociofamiliar (detectado según escala de Gijón), antes del alta

Variables que influyen en la sobrecarga del cuidador a corto plazo		Coefficiente $\beta$	IC 95%	p-valor
<b>Edad del paciente</b>		0,51	0,12; 0,90	0,012
<b>Nivel educativo</b>	<b>No sabe leer ni escribir</b>	Ref.		0,0071
	<b>Sin estudios</b>	1,82	-24,61; 28,26	
	<b>Estudios primarios</b>	-4,21	-30,68; 22,27	
	<b>Estudios secundarios</b>	11,67	-19,82; 43,17	
	<b>Formación profesional</b>	-55,61	-99,81; -11,42	
	<b>Estudios universitarios</b>	-30,49	-6,37; 67,35	
<b>Convivencia del paciente antes del ictus</b>	<b>Solo</b>	Ref.		0,0098
	<b>Con familiares</b>	-28,46	-44,40; -12,51	
	<b>Con pareja</b>	-24,90	-41,04; -8,75	
	<b>Otros</b>	-27,86	-57,91; 2,19	
<b>Actividad económica-laboral antes del ictus</b>	<b>Trabajando/Desempleado</b>	Ref.		<0,0001
	<b>Jubilado</b>	-87,49	-114,70; -60,27	
	<b>Sus labores</b>	-112,96	-149,64; -76,28	
	<b>Otros</b>	-69,29	-95,57; -43,01	
<b>Adopción de RSE</b>		13,15	4,79-21,51	0,003
<b>Insuficiencia renal crónica</b>		19,35	0,79-37,90	0,041
<b>Neoplasia</b>		18,75	3,50-34,00	0,017

**Tabla 5.** Modelo final de regresión lineal multivariante 1: Factores asociados a la sobrecarga del cuidador a corto plazo. RSE = Recurso social externo; Ref. = Variable de referencia. Coeficiente de determinación del modelo: 69,5%

<b>Variables que influyen en la sobrecarga del cuidador a medio plazo</b>	<b>Coeficiente <math>\beta</math></b>	<b>IC 95%</b>	<b>p-valor</b>
<b>Puntuación <math>\geq 10</math> en la escala de Gijón</b>	15,56	3,30-27,82	0,014
<b>Insuficiencia renal crónica</b>	33,83	2,64-65,01	0,034

**Tabla 6.** Modelo final de regresión lineal multivariante 2: Factores asociados a la sobrecarga del cuidador a medio plazo.