



**Universidad
Zaragoza**

Trabajo Fin de Máster

Influencia de la red de apoyo familiar, en el destino al alta hospitalaria, de pacientes con daño neurológico y dependencia total o severa mayores de 65 años.

Influence of the family support network, in the destination to hospital discharge, of patients with neurological damage and total or severe dependence over 65 years of age.

Autor/es

Almudena Borobio Lázaro

Director/es

Ana Gascón Catalán

Universidad de Zaragoza / Facultad de Ciencias de la Salud
2017-2018

RESUMEN:

Introducción: Los cambios sociales de las últimas décadas, hacen que los cuidados a los mayores dependientes, sean cada vez más difíciles de asumir desde el entorno familiar. La institucionalización de los mayores está en relación con varios factores, relacionados tanto con la situación del cuidador, como con la del propio paciente.

El objetivo de este trabajo ha sido analizar si existe asociación entre diversas variables sociodemográficas del paciente y la institucionalización al alta hospitalaria. Partimos de la hipótesis que una mayor red familiar (número de hijos) favorece una menor institucionalización.

Metodología: La muestra ha estado constituida por 161 pacientes mayores de 65 años con afectación neurológica y dependencia severa o total. Se han relacionado variables sociodemográficas con el destino al alta (domicilio o residencia). Se ha realizado un análisis descriptivo y se ha aplicado el test de chi cuadrado. Para el estudio estadístico se ha usado el programa SPSS.

Resultados: En estos pacientes un mayor grado de dependencia se asocia con una mayor posibilidad de ingreso en centro residencial al recibir el alta hospitalaria. Al mismo tiempo pacientes casados y que previamente convivan con su cónyuge son los que mayor probabilidad tienen volver al domicilio. Otras variables sociodemográficas como el sexo del paciente o la edad, no tienen una relación significativa con el destino al alta del paciente.

Existe una relación significativa entre el número de hijos y el destino al alta. Los resultados muestran que no es más probable la vuelta al domicilio cuando la red familiar

(número de hijos) es más amplia, siendo más probable regresar a domicilio cuando el número de hijos es igual a dos.

Conclusión: El grado de dependencia, así como el estado civil y la convivencia previa, son los principales factores asociados a la institucionalización del paciente.

Palabras clave: factores sociales, red familiar, destino al alta, ingreso hospitalario, institucionalización, dependencia.

ABSTRACT:

Introduction: The social changes of the last decades, have made that the care of the dependent elderly people, have increasingly been difficult to assume from the family environment. The institutionalization of the elderly is related to several factors, this factor depends on the situation of the caregiver and the situation of the patient too.

The objective of this study has been to link institutionalization with various sociodemographic variables of the patient and institutionalization at hospital discharge. We start from the hypothesis that a greater family network (number of children) favors less institutionalization.

Methodology: The sample was constituted by 161 patients older than 65 years with neurological involvement and severe or total dependence. Sociodemographic variables have been related to the destination at discharge (home or residence). A descriptive analysis has been carried out and the chi square test has been applied. The SPSS program was used for the statistical study.

Results: In these patients, a greater degree of dependency, the greater possibility the patient will enter a residential center. At the same time, married patients who previously live with their spouse are those who are most likely to return home. Other sociodemographic variables, such as the patient's sex or age, do not have a significant relationship with the destination of the patient's discharge.

There is a significant relationship between both variables: the number of children and the destination at discharge. The results show that return to home is no more likely when the family network (number of children) is wider, being more likely to return home when the number of children equals two.

Conclusion: The degree of dependence, as well as the marital status and previous coexistence, are the main factors associated with the institutionalization of the patient.

Keywords: social factors, family network, destination at discharge, hospital admission, institutionalization, dependence.

INTRODUCCIÓN:

España sigue inmersa en un proceso de envejecimiento iniciado hace décadas. Tal y como recogen los datos del Padrón Continuo del INE, a 1 de enero de 2017 había 8.764.204 personas mayores (65 y más años), un 18,8% sobre el total de la población (46.572.132). Según la proyección del INE, en 2066 habrá más de 14 millones de personas mayores de 65, que representarán el 34,6% del total de la población. Al mismo tiempo, sigue creciendo en mayor medida la proporción de octogenarios; ahora representan el 6,0% de toda la población (Abellán, Ayala, Pérez & Pujol, 2018).

La población de España que reside en viviendas colectivas alcanza las 444.101 personas, según los datos de los Censos de población y viviendas 2011, porcentaje que se ha ido incrementando en gran medida en los últimos años. El número de mujeres que reside en viviendas colectivas es superior al de hombres, si bien la diferencia ha disminuido en los últimos años (Abellan *et al.*, 2018).

En las residencias de mayores residen 270.286 personas, con una proporción de 2,18 mujeres por cada hombre. Si la comparación se realiza con la población total por edad y sexo, se observa que las mujeres muestran mayor propensión a vivir en residencias de personas mayores que los hombres en todas las edades. Y es a partir de los 90 años, cuando el porcentaje de mayores en residencias aumenta, siendo este el 11,8% en el caso de los hombres y el 18,1% en el de las mujeres (INE, 2013).

La atención de los mayores en servicios residenciales, tal y como reflejan los datos del INE, sigue siendo una alternativa muy minoritaria. La familia es el principal soporte para cubrir las necesidades de los mayores, y en la mayoría de los casos, es este entorno familiar el que, asume los cuidados cuando estos los necesitan.

No obstante, el cuidado profesional de los mayores mediante servicios residenciales, tanto de iniciativa pública como privada, se va incrementando cada vez más en nuestro país.

A 31 de diciembre de 2015, se cuenta en España con 372.306 plazas distribuidas en 5.387 centros residenciales o residencias. Las comunidades autónomas con una mayor oferta de plazas son Catalunya, Comunidad de Madrid, Castilla y León, Andalucía, Comunidad Valenciana y Castilla-La Mancha que, además, concentran entre ellas el 69% de todas las plazas de España (Vidal, Labeaga, Madrigal, López, Montero, y Meil, 2017).

Desde el año 2000, se han creado 155.723 plazas en centros residenciales, con un promedio de 10.382 anuales. Del total de plazas creadas, 116.941 son de financiación pública, que también han aumentado su peso respecto al total, pasando de representar el 26% a hacerlo el 56%. De los 5.387 centros, 1.314 son de titularidad pública. El peso de los centros de titularidad pública se ha incrementado de manera considerable desde 2000, pasando de un 14% al 24% del total en 2015. Sobre el perfil de las personas usuarias, el informe recoge que, el 70% son mujeres y el 78% supera los 80 años (Vidal et al., 2017).

Este aumento, en la atención a los mayores por parte de servicios público y/o privados, está en relación, además de con el envejecimiento, cada vez mayor, de la población, con los cambios en la estructura familiar, y en el mercado laboral, producidos en las últimas décadas, y con las escasas medidas, que hasta el momento existen, de conciliación de vida familiar y laboral.

En este mismo sentido, una de las primeras conclusiones que se extraen en el estudio “Primero las personas: cuidar como nos gustaría ser cuidados” (2016) es, que la cultura de la reciprocidad en los cuidados parece estar perdiendo legitimidad en los escenarios sociales actuales, al resultar imposible, conciliar el desempeño de los roles que exigen los cuidados, con los modos y ritmo de vida que prescribe el actual sistema de trabajo.

Aun así, la familia, es considerada como la forma más común de apoyo en las personas mayores. El número, tipo y calidad de las relaciones familiares y personales son claramente distintas entre hombres y mujeres. Este resultado tiene su origen en los roles distintos que hombres y mujeres desempeñan en nuestras sociedades. Aunque en ambos casos, sin embargo, la llegada al inicio de la vejez implica un momento de transición (Guzmán, Huenchuan, Montes de Oca, 2003).

Todas las personas están inmersas en múltiples redes sociales, muchas de ellas de apoyo afectivo. Desde el nacimiento y durante todo el curso de la vida pasan de unas redes a otras, formando parte crucial del desarrollo individual (Hogan y Eggebeen, 1995).

Tal y como proponía Gregory Bateson (1976), las fronteras del individuo no están limitadas por su piel, sino que incluyen a todo aquello con lo que el sujeto interactúa: familia, entorno físico, etc. También agrega que las fronteras del sistema significativo del individuo no se limitan a la familia nuclear o extensa, sino que incluyen a todo el conjunto de vínculos interpersonales del sujeto: familia, amigos, relaciones de trabajo, de estudios, de inserción comunitaria y de prácticas sociales (Clemente, 2003).

Al mismo tiempo, la presencia de una enfermedad, especialmente si se trata de una enfermedad crónica, de curso prolongado, y que genere discapacidad y/o dependencia, impacta en las interacciones del individuo y por tanto en su red social, a través de

diferentes procesos interconectados, como pueden ser: el que la enfermedad genere en los demás conductas evitativas; el que pueda reducir la movilidad del enfermo y por tanto su oportunidad de tener contactos sociales o que se reduzca la iniciativa para activar la red y la posibilidad de generar comportamientos de reciprocidad (Sluzki, 1998).

Según señala el Informe sobre el impacto socio-sanitario de las enfermedades neurológicas en España, de la Fundación Española de Enfermedades Neurológicas (2006), la patología neurológica comprende el conjunto de enfermedades que afectan al sistema nervioso central (el cerebro y la médula espinal) y el sistema nervioso periférico (los músculos y los nervios). Las enfermedades más frecuentes y conocidas por la población son la demencia (la enfermedad de Alzheimer, la demencia vascular y otras), el ictus (el infarto y la hemorragia cerebral), la epilepsia, la enfermedad de Parkinson, la esclerosis múltiple, la migraña y los traumatismos craneoencefálicos. También forman parte de este grupo otras enfermedades degenerativas y neuromusculares (la esclerosis lateral amiotrófica, las distrofias musculares, las distonías, las neuropatías, las miopatías, etc.) aunque son menos habituales. Constituyen un conjunto de enfermedades muy frecuentes que afectan tanto a las personas jóvenes como, y de forma muy especial, a las de edad avanzada. Además, pueden llegar a mermar de forma muy grave muchas de nuestras capacidades (el movimiento, la memoria y el pensamiento, el lenguaje, etc.) por lo que sus consecuencias llegan a impedir a muchos de los enfermos realizar incluso las actividades más básicas de la vida diaria: ocasionan muy frecuentemente discapacidad y dependencia. Al mismo tiempo, y según el Plan estratégico nacional para el tratamiento integral de las enfermedades neurológicas, de la Sociedad Española de Neurología (2002), es la incidencia de la patología cerebrovascular, la que supone la mayor parte de los ingresos hospitalarios.

Otra peculiaridad de las enfermedades neurológicas es que, además de su repercusión sobre el paciente, impactan como ningunas otras sobre el entorno familiar, social y profesional de la persona afectada.

Por otra parte, la presencia de una enfermedad o discapacidad crónica no solo erosiona la red social habitual, sino que a veces también puede generar nuevas redes, tales como las que corresponden a los servicios sociales y de salud. Estas redes de servicios adquieren un carácter a veces central, no sólo por sus atributos instrumentales sino también por su capacidad de apoyo instrumental y emocional substantivo (Sluzki, 1998).

Pero por lo general, a medida que se envejece, la red social personal sufre más pérdidas, a la vez que las oportunidades de reemplazo para estas pérdidas se reducen marcadamente, es por ello por lo que la gente mayor se ve replegada cada vez más a las relaciones familiares (Clemente, 2003).

En los estudios realizados hasta el momento, se ha demostrado, que la salud en primer lugar, y la red familiar, en segundo, son las dimensiones más destacadas de la Calidad de Vida de la población mayor, considerada tanto desde una perspectiva positiva (la buena salud, la red de relaciones familiares y el apoyo familiar añaden calidad a la vida) como negativas (la mala salud y el desamparo familiar deterioran la calidad de vida). A estas dimensiones se suman la situación económica, la red social y las actividades de ocio y tiempo libre, hasta completar las cinco dimensiones más importantes nominadas y evaluadas por los propios mayores a partir del instrumento SEIQOL-DW¹ (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life) (Fernández-

¹ El SEIQoL es uno de los diez métodos listados por la Organización Mundial de la Salud para evaluación de la Calidad de Vida y el único que la evalúa desde la perspectiva individual (O'Boyle et al., 1993). Se administra en forma de entrevista estándar semiestructurada y, mediante tres pasos, permite

Mayoralas et al., 2007; Joyce, Hickey y O'boyle, 2003 en Rojo-Pérez, 2009).

La red familiar se compone por aquellos parientes que acompañan al individuo a lo largo de la vida. Esta red puede diferenciarse en básica, entendiendo por ello a familiares o parientes con los que se convive en el mismo hogar, y extensa, aquella formada por quienes no conviven en la misma vivienda (Rojo-Pérez *et al*, 2009).

En España, las relaciones familiares van más allá del núcleo familiar de convivencia, implican un flujo de ayudas e intercambios muy importante, tanto en el plano relacional y afectivo como material (Meil, 2000).

Pero en la vejez, esta reducción desmedida de la red social ensalza, y en ocasiones sobrecarga, el valor de las relaciones que perduran. La relación con el cónyuge, se convierte en más fundamental, y a la vez, las relaciones entre padres mayores y sus hijos, adoptan nuevas y complejas dinámicas cuando se inicia la labor de estos últimos como cuidadores (Sluzki, 1998).

Hasta hace unas décadas, han sido las mujeres, las que se han ocupado de los aspectos relacionados con el mantenimiento del hogar y la familia. Se entendía que “el cuidado” era una función propia de la mujer. En muchos lugares del mundo, estas atribuciones culturales, entre el sexo y el género, han sido desafiadas y están cambiando. Históricamente, el trabajo femenino estaba constituido por trabajo de mantenimiento (para mantenernos a nosotros mismos y a nuestros hogares) y de subsistencia (cuidar) (Bohannan, 1992).

obtener respuestas espontáneas de los individuos sobre su propia selección o nominación de aquellos aspectos más importantes en su vida, sobre su nivel de satisfacción o funcionamiento en cada una de esas cinco áreas, y sobre la ponderación o importancia relativa que adjudican a cada uno de ellos para definir su Calidad de Vida Global (Joyce et al., 2003).

Tradicionalmente, se asumía que algunos papeles culturales se asignaban a uno de los sexos porque este era el “naturalmente” designado para realizarlos. En la mayoría de sociedades, y en casi todas las épocas históricas, las presunciones culturales sobre lo que es femenino y lo que es masculino, raramente se ponían en duda.

En nuestra sociedad, sin embargo, esta cuestión se ha convertido en el centro de muchos asuntos económicos y culturales, así como familiares y de parentesco. Las cualidades que son culturalmente asignadas a ambos sexos, son vigorosamente discutidas en las últimas décadas (Bohannan, 1992).

Uno de los triunfos de la antropología feminista de los años 80 fue hacernos comprender, que la crianza de los hijos no está basada directamente en la biología, sino más bien en las interpretaciones culturales de la biología. No hay criterios biológicos previos para la asignación de características de género o trabajos (Collier y Yanagisako, 1987).

Ya en los años 60, Robert Stoller (1968) psiquiatra y psicoanalista, al que se le atribuye el concepto “gender identity”, concepto que fue compendiado a partir de su estudio sobre los trastornos de la identidad sexual, definió la identidad de género, en contraposición con la identidad sexual, como el hecho de haber vivido desde el nacimiento experiencias, ritos y costumbres que son atribuidas a cierto género. Y concluyó, que lo que determina el comportamiento, está más en relación con esta asignación y adquisición de una identidad que con la carga genética, hormonal y biológica (Varela, 2013).

El rol de género, se forma con el conjunto de normas y prescripciones que dicta la sociedad y la cultura sobre el comportamiento femenino o masculino. Aunque hay variaciones de acuerdo a la cultura, a la clase social, al grupo étnico y hasta al nivel

generacional de las personas, se puede sostener una división básica que corresponde a la división sexual del trabajo más primitiva: las mujeres tienen a los hijos y por lo tanto los cuidan: ergo, lo femenino es lo maternal, lo doméstico contrapuesto con lo masculino como lo público. La dicotomía masculino-femenino, establecen estereotipos, la más de las veces rígidos, que condicionan los roles, limitando las potencialidades humanas de las personas al potenciar o reprimir los comportamientos según si son adecuados al género (Lamas, 1986).

La existencia de distinciones socialmente aceptadas entre hombres y mujeres es justamente lo que da fuerza y coherencia a la identidad de género, pero hay que tener en cuenta que el hecho de que el género sea una distinción significativa en gran cantidad de situaciones, es un hecho social, no biológico (Márquez, 2016).

Si bien las diferencias sexuales son la base sobre la cual se asienta una determinada distribución de papeles sociales, esta asignación no se desprende “naturalmente” de la biología. La noción de género surge a partir de la idea de que lo “femenino” y lo “masculino” no son hechos naturales o biológicos, sino construcciones culturales (Cobo, 1995).

Ya no se puede aceptar que las mujeres sean, “por naturaleza” (o sea, en función de su anatomía o de su sexo), lo que la cultura designa como “femeninas”, se tiene que reconocer que las características llamadas “femeninas” (valores, deseos o comportamiento) se asumen mediante un complejo proceso individual y social, el proceso de la adquisición de género (Lamas, 1986).

En los últimos años, las mujeres desarrollamos cada vez más trabajos remunerados, pero todavía no hemos podido librarnos completamente de la idea de que el mantenimiento y la subsistencia son trabajos femeninos. En muchas ocasiones esto

conlleva asumir dos jornadas laborales: la que se desarrolla fuera de la vivienda y la que asumen una vez se llega al domicilio.

Según se extrae del 7º Informe de discapacidad y familia realizado por la Fundación Adecco en 2018, durante los últimos cinco años, el número de personas que dejaron su empleo para cuidar a personas dependientes, se ha incrementado un 2,3 pasando de 526.700 a 538.900, en su mayoría mujeres mayores de 45 años.

Aun así, entre las mujeres de un mayor nivel educativo, se observa un discurso de emancipación respecto al modelo de reciprocidad en los cuidados y que, expresa una transformación en marcha en lo referente a la hora de comprender la responsabilidad frente al cuidado. El sentimiento de “deber” no desaparece, pero es ahora sometido a análisis, acto en el que se refleja un mayor grado de emancipación en relación con los ordenamientos de género (Sancho, Del Barrio, Prieto, Diaz-Veiga, y Yanguas, 2016).

Los cuidadores principales de los mayores de 65 a 79 años son sus parejas, que se encuentran en edades no activas o próximas a la jubilación. Pero entre los más ancianos (de 80 a más años), que son quienes generan una mayor demanda de atención, tanto en términos de prevalencia de la discapacidad como de su severidad, la mayoría son atendidos por sus descendientes, sobre todo las hijas que están en edades activas (Abellán, Alaya y Pujol, 2017).

Se observa pues, una tendencia al aumento del cónyuge como cuidador en los grupos de mayores más jóvenes (65-79 años), sin apenas diferencias de género. Complementariamente, se reduce el peso de las hijas cuidadoras, aumentando ligeramente el de los hijos (Zueras, Spijker, Blanes, 2018).

El perfil del cuidador está cambiando, y si bien, las mujeres siguen siendo las que más asumen los cuidados, comienza a aumentar los casos de hombres mayores, que asumen los cuidados de sus esposas, debido, según analiza el estudio, al aumento de la longevidad (Abellán *et al.*, 2018).

Por una parte, el perfil de la persona que cuida a sus familiares es más diverso. Y al mismo tiempo, tanto la incorporación de la mujer al mercado laboral, como los cambios en el modelo de familia, son circunstancias que conllevan, que paulatinamente haya menos familiares con posibilidad de prestar cuidados, y son los servicios tanto de apoyo en el domicilio, como de atención ambulatoria y residencial, los que vienen a sustituir estas funciones tradicionalmente asumidas por el entorno familiar en general. Va a ser necesaria una mayor inversión en servicios que respondan a las crecientes necesidades de la población (Prieto, 2015).

En este sentido, se observa una progresiva consideración de las labores del cuidado, como una función que rebasa el ámbito privado y concierne a toda la sociedad. El cuidado deja de concebirse como una cuestión privada para trascender hacia lo público y, en consecuencia, las reivindicaciones en torno a las responsabilidades que conlleva se comprenden cada vez más como una cuestión política. La autonomía y la cobertura de las necesidades para esa autonomía se reivindican, así, como derechos básicos de la ciudadanía (Prieto, 2015).

A la vez, los servicios que la administración, destina actualmente, tanto al cuidado de personas con discapacidad y/o dependencia, como al apoyo de familiares cuidadores, siendo que en los últimos años se han ido incrementando de manera paulatina, son todavía escasos, y el procedimiento de acceso a estos servicios es, en la mayor parte de los casos, excesivamente dilatado en el tiempo.

En este sentido, la ley de dependencia² ha supuesto un gran avance, tanto en lo referente a la priorización de las personas que la padecen en el acceso a los servicios residenciales o ambulatorios, como en la puesta en marcha de servicios y prestaciones de apoyo a los cuidadores.

En suma, cuando a consecuencia del envejecimiento y la enfermedad, las personas mayores se encuentran en situación de dependencia, y carecen de autonomía para la realización de sus actividades de vida diaria, y al mismo tiempo, su red familiar no puede asumir el cuidado que precisan, se desencadena la institucionalización del mayor en centros residenciales, donde poder contar con el apoyo y la atención profesional y los cuidados acordes a las necesidades del mayor (Rojo, Fernández, Rodríguez y Rojo, 2007).

Son muchas las investigaciones que afrontan la cuestión de la calidad de vida relacionada con el entorno residencial en población mayor que habita en vivienda familiar (Rojo-Pérez *et al.* 2007), resultando que, el residir en este entorno familiar, deriva en una alta satisfacción (Rojo-Pérez *et al.* 2011), sin embargo, son menos los estudios sobre las características de los centros de cuidado de larga duración y la calidad de vida de los residentes (Forjaz, Rodríguez, 2015).

La institucionalización es un determinante de la calidad de vida de las personas mayores, reconocido por la Organización Mundial de la Salud y por diversos estudios (Van Malderen, *et al.* 2013; World Health Organization 2002 en Forjaz *et al.*, 2015). En la mayor parte de dichos estudios, la institucionalización está negativamente asociada con la calidad de vida, de tal forma que las personas mayores institucionalizadas en

² Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

general obtienen peores puntuaciones en calidad de vida y otros aspectos relacionados, como el estado de salud y funcional, que los mayores que viven en la comunidad. Sin embargo, las residencias pueden tener también un efecto positivo, compensando los déficits en capacidad funcional, independencia y relaciones sociales y proporcionando un entorno estable y apoyos que son imprescindibles para las personas mayores (Asakawa, Feeny, Senthilselvan, Johnson y Rolfson, 2009).

Pero, la decisión de institucionalizar a un familiar es una decisión compleja, está en relación no sólo con la situación del paciente, sino también con la del cuidador (Yaffek et al., 2002), ambas circunstancias, la de paciente y cuidador, han de ser analizadas en conjunto porque se refuerzan mutuamente (Dunkin y Anderson-Hanley, 1998).

Existen gran cantidad de estudios que relacionan tanto factores clínicos, como sociales con la institucionalización. Los factores sociales implicados varían en función de los estudios que se revisen, algunos de ellos hacen referencia al estado civil o la convivencia previa (Castellano, Gómez, Rochina y Gil, 2010) (Firpo, Ginar, Santos, Hallal, 2012), otros incluyen el lugar de residencia (Ayuso, Del Pozo, Escribano, 2010), y en algún caso incluso se valora la situación de riesgo o problema social previo al ingreso (Baztan et al., 2004).

Desde este punto de vista, este Trabajo Fin de Master, plantea relacionar distintas variables, como: el sexo, la situación funcional del paciente al alta, y su red de apoyo familiar (estado civil y nº de hijos), con el destino al alta del paciente con afectación neurológica.

HIPOTESIS:

En este trabajo nos planteamos la siguiente hipótesis: cuanto más numerosa sea la red de apoyo familiar, más posibilidades de que la atención y los cuidados se asuman en el domicilio (para un mismo estado funcional). Al mismo tiempo, con mayor frecuencia, cuando estos cuidados sean asumidos en el domicilio, el cuidador principal va a ser mujer.

OBJETIVOS:

- Describir de las características sociodemográficas de la población a estudio.
- Estudiar si la situación funcional al alta Índice de Barthel, la edad, o el estado civil del paciente influyen en el destino al alta.
- Analizar si existe asociación entre la convivencia previa y el destino al alta.
- Valorar si hay relación entre el lugar de residencia (rural o urbano) previo al ingreso hospitalario y el destino al alta.
- Comprobar la relación entre el número de hijos y el destino al alta.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Tipo de estudio:

Se ha realizado un estudio retrospectivo y descriptivo, revisando todos los informes de alta realizados en la Unidad de Valoración Sociosanitaria³ (UVSS) del Hospital Universitario Miguel Servet⁴, desde Julio de 2015 a Julio de 2017, para la población a estudio descrita a continuación.

Los datos que se han recogido, han sido guardados de forma anónima.

En estos informes se registran todas las variables a estudio: Edad, Sexo del paciente, Índice de Barthel, Núcleo de convivencia, Número de hijos, el destino al alta, así como el grado de parentesco y el sexo del cuidador.

³ Tal y como se recoge en el Programa de Atención a Enfermos Crónico Dependientes, del Gobierno de Aragón (2006), las Unidades de Valoración Sociosanitaria son las encargadas de la prestación de Atención Sociosanitaria a los pacientes y usuarios del Sistema de Salud de Aragón junto con los dispositivos sanitarios de internamiento destinados específicamente a esta prestación (hospitales de convalecencia).

La Unidad Sociosanitaria del Hospital Miguel Servet se formó en el año 2003. Perteneció al Sector Zaragoza II y está ubicada en planta baja del Hospital. Presta su apoyo como Unidad consultora, tanto a los profesionales de atención especializada como de atención primaria. Su población diana se compone por todo individuo que reúna necesidades sanitarias y sociales que se traducen en una situación de dependencia en el paciente o un riesgo importante de desarrollarla.

⁴ El Hospital Universitario Miguel Servet, es el hospital que corresponde al Sector Sanitario Zaragoza II, y presta asistencia sanitaria a los ciudadanos de 21 zonas de salud distribuidas en 18 centros de salud, cuatro de ellos en el ámbito rural y el resto ubicados en la capital aragonesa. El H.U. Miguel Servet es hospital de referencia y atiende en muchos procesos a habitantes no solo de sus zonas de salud, sino de todo Aragón e incluso de La Rioja y Soria, al tratarse de un gran hospital con un elevado nivel de especialización.

Muestra:

La muestra estuvo constituida por pacientes, mayores de 65 años, con daño neurológico, e ingresados en la planta de Neurología, de Julio de 2015 a Julio de 2017.

Criterios de inclusión:

- Haber sido valorados por la UVSS desde Julio de 2015 a Julio de 2017. En este periodo de tiempo, fueron valorados un total de 469.
- Destino al alta domicilio o residencia. Del total de pacientes valorados, en 179 casos, el destino al alta fue Hospital de convalecencia, 9 fueron derivados a otros hospitales generales de otras provincias u otras CC.A.A, 27 fueron derivados a otros servicios dentro del propio hospital y 55 fallecieron durante el ingreso. En definitiva, en este periodo de tiempo, fueron valorados un total de 207 pacientes con destino al alta domicilio o residencial.

Criterios de exclusión:

- No disponer de la información completa: 14 pacientes no disponían de información completa para poder extraer los datos del estudio.
- Pacientes que previamente ya estuvieran en centro residencial: 11 pacientes se encontraban previamente en centro residencial.
- Pacientes con Índice de Barthel >60: en 13 pacientes se valoró un Índice de Barthel superior a 60.

Tras aplicar criterios de inclusión y de exclusión, la muestra estuvo compuesta por 161 personas

Descripción de variables:

Las variables utilizadas en este trabajo se categorizaron como se describe a continuación:

- Variables independientes:

1. La edad: de 65 a 75 años; de 76 a 85 años; más de 86.
2. El sexo del paciente: hombre/mujer.
3. El estado funcional del paciente al alta, valorado mediante el Índice de Barthel:
 - <20 Dependencia total
 - 21 – 60: Dependencia severa
4. El estado civil: soltero; casado; viudo; divorciado/separado; otros.
5. Convivencia previa: solo; con cónyuge; con hijos; con cónyuge e hijos; otros.
6. El N° de hijos: 0; 1; 2; 3; 4; más de cinco

- Variable dependiente:

1. Destino al alta: Domicilio/Residencia

Y si destino al alta es igual a domicilio

- Grado de parentesco del cuidador: pareja/hijos/otros
- Sexo del cuidador: hombre/mujer

⁴ Instrumento que mide la capacidad funcional de una persona para realizar diez actividades de la vida diaria (AVD), consideradas como básicas, obteniéndose una estimación cuantitativa de su grado de independencia.

Análisis de los datos:

Para analizar los datos se ha utilizado el programa SPSS de IBM. Se ha realizado un análisis descriptivo de las variables y se ha estudiado si existe asociación entre ellas mediante el Test de Chi cuadrado de Pearson. Se considerará que existe una relación significativa entre las variables si P es menor de 0,05.

Consentimiento informado:

No procede

RESULTADOS:

En la Tabla 1 se describen las características sociodemográficas, nivel de dependencia y destino al alta de la muestra. Respecto al sexo, más de la mitad de la muestra son mujeres (65,2%). El rango de edad se sitúa en su mayor parte entre 75 y los 94 años (83,2%). En cuanto al estado civil, algo más de la mitad de los casos son viudos/as, seguidos de los casados/as. El número de hijos más frecuentes son dos (36,00%), seguidos de tres (22,4%).

En cuanto a la convivencia previa, un 33,5% vive con el cónyuge, seguidos de los pacientes que viven solos/as (32,3%) y de los que residen con hijos (24,2%). La mayor parte residen en zona urbana. En relación al nivel de dependencia, el porcentaje de pacientes con dependencia total o severa, es bastante similar. Y con lo relativo al destino al alta, son mayoritarios los casos cuyo destino al alta es el domicilio (68,9%).

Tabla 1. *Características sociodemográficas, nivel de dependencia y destino al alta, de la población objeto de estudio:*

		FRECUENCIA	PORCENTAJE
SEXO			
	HOMBRE	56	34,8%
	MUJER	105	65,2%
	TOTAL	161	100%
EDAD			
	65-74	20	12,4%
	75-84	67	41,6%
	85-94	67	41,6%
	>95	7	4,3%
	TOTAL	161	100%
E. CIVIL			
	SOLTERO/A	16	9,9%
	CASADO/A	61	37,9%
	SEPARADO/DIVORCIDO/A	2	1,2%
	VIUDO/A	82	50,9%
	TOTAL	161	100%
Nº HIJOS			
	0	26	16,1%

	1	23	14,3%
	2	58	36,0%
	3	36	22,4%
	>4	18	11,2%
	TOTAL	161	100%
<hr/>			
CONVIVENCIA	SOLO	52	32,3%
	CONYUGE	54	33,5%
	HIJOS/AS	39	24,2%
	CONYUGE E HIJOS	7	4,3%
	OTROS	9	5,6%
	TOTAL	161	100%
<hr/>			
LUGAR DE RESIDENCIA	ZONA URBANA	145	90,1%
	ZONA RURAL	16	9,9%
	TOTAL	161	100%
<hr/>			
ÍNDICE DE BARTHEL	DEPENDENCIA TOTAL	90	55,9%
	DEPENDENCIA SEVERA	71	44,1%
	TOTAL	161	100%
<hr/>			
DESTINO AL ALTA	DOMICILIO	111	68,9%
	RESIDENCIA	50	31,1%
	TOTAL	161	100%

En relación a los cuidadores, la mayor parte (80,2%) son familiares (Tabla 2) y el sexo mayoritario es mujer en un 61% de los casos (Tabla 3).

Tabla 2. Frecuencia según el tipo de cuidador en domicilio

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FAMILIAR	89	80,2%
CONTRATADO	22	19,8%
TOTAL	111	100%

Tabla 3. Sexo del familiar que cuida al paciente

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HOMBRE	23	25,8%
MUJER	55	61,8%
AMBOS	11	12,4%
TOTAL	89	100%

No existe relación significativa entre el sexo del paciente y el destino al alta hospitalaria. No obstante, se observa un porcentaje mayor de los hombres cuyo destino al alta es domicilio (73,20%) que el de las mujeres (66,70%) (Tabla 4).

Tabla 4. *Destino al alta según el sexo del paciente*

		n	DOMICILIO	RESIDENCIA	P
SEXO	HOMBRE	56	41(73,20%)	15(26,80%)	0,392
	MUJER	105	70(66,70%)	35(33,30%)	
	TOTAL	161	111(68,90%)	50(33,10%)	

En cuanto a la relación entre la red familiar y el destino al alta, señalar que existe relación significativa entre la variable “Nº de hijos” y “destino al alta” (Tabla 5). El número de hijos en el que con mayor frecuencia el destino al alta es domicilio es de “2” (81,00%), seguidos de “1” (73,90%). Los casos que con mayor frecuencia son derivados a residencia son aquellos cuyo número de hijos es “0” (57,70%).

Tabla 5. *Relación entre el número de hijos y el destino al alta*

		n	DOMICILIO	RESIDENCIA	P
Nº HIJOS	0	26	11(42,30%)	15(57,70%)	0,01
	1	23	17(73,90%)	6(26,10%)	
	2	58	47(81,00%)	11(19,00%)	
	3	36	25(64,40%)	13(30,60%)	
	>4	18	11(61,10%)	7(38,90%)	
TOTAL		161	111(68,90%)	50(31,10%)	

A la vez, existe una relación significativa entre el Índice de Barthel y el destino al alta, siendo mucho más frecuente que pacientes con dependencia severa tengan como destino al alta el domicilio (90,10%), que pacientes con dependencia total (52,20%) (Tabla 6).

Tabla 6. *Destino al alta según Índice de Barthel.*

		n	DOMICILIO	RESIDENCIA	P
I.B	DEPENDENCIA TOTAL	90	47(52,20%)	43(47,80%)	<0,001
	DEPENDENCIA SEVERA	71	64(90,10%)	7(9,90%)	
TOTAL		161	111(68,90%)	50(31,10%)	

Al estratificar por número de hijos, observamos que cuando la dependencia es total influye el número de hijos en el destino al alta pero no cuando la dependencia es severa (Tabla 7). Cuando la dependencia es total, es algo más alto el porcentaje de casos cuyo destino al alta es domicilio cuando el número de hijos es igual a “1” (64,70%) que en el caso de “2” hijos (63,30%) (p: 0,004).

Por tanto, nuestra hipótesis de partida no se confirma, no siendo más frecuente el destino a domicilio cuando la red familiar es más numerosa, sino que, por el contrario, el porcentaje de pacientes cuyo destino al alta es domicilio es menor en los que tienen 3 o más hijos cuando lo comparamos con los que tienen 1 o 2.

Tabla 7. Relación entre número de hijos y el destino al alta según el Índice de Barthel.

I.B.			n	DESTINO		P
				DOMICILIO	RESIDENCIA	
DEPENDENCIA TOTAL	Nº HIJOS	0	16	3(18,80%)	13(81,30%)	0,004
		1	17	11(64,70%)	6(35,30%)	
		2	30	19(63,30%)	11(36,70%)	
		3	18	10(55,60%)	8(44,40%)	
		>4	9	4(44,40%)	5(55,60%)	
		TOTAL	90	47(52,20%)	43(47,80%)	
DEPENDENCIA SEVERA	Nº HIJOS	0	10	8(80,00%)	2(20,00%)	0,118
		1	6	6(100%)	0(0,00%)	
		2	28	28(100%)	0(0,00%)	
		3	18	15(83,30%)	3(16,70%)	
		>4	9	7(77,80%)	2(22,20%)	
		TOTAL	71	64(90,10%)	7(9,90%)	

También existe relación significativa entre el estado civil y el destino al alta (Tabla 8), siendo con mayor frecuencia los pacientes casados los que regresan al domicilio tras el alta hospitalaria (82%), seguidos de los pacientes viudos/as (67,10%). Sin embargo, en los solteros, el destino más frecuente es el centro residencial (62,50%).

Tabla 8. *Estado civil y destino al alta.*

		n	DOMICILIO	RESIDENCIA	P
E. CIVIL	SOLTERO	16	6(37,50%)	10(62,50%)	<0,001
	CASADO	61	50(82,00%)	11(18,00%)	
	SEPARADO/ DIVORCIDO	2	0 (0,00%)	2(100%)	
	VIUDO	82	55(67,10%)	27(32,90%)	
	TOTAL	161	111(68,90%)	50(31,10%)	

Estratificando los resultados por sexo. existe una relación significativa entre el estado civil y el destino al alta para las mujeres, siendo las mujeres casadas las que van con mayor frecuencia la domicilio (85,70%) (Tabla 9).

Tabla 9. *Relación entre estado civil y destino al alta en las mujeres.*

		n	DOMICILIO	RESIDENCIA	P
E. CIVIL	SOLTERO	11	4(36,40%)	7(63,60%)	0,009
	CASADO	28	24(85,70%)	4(14,30%)	
	VIUDO	66	42(63,60%)	24(36,40%)	
TOTAL		105	70(66,70%)	35(33,30%)	

En el caso de los hombres, también existe una asociación entre el estado civil y el destino al alta hospitalaria. Se observa un mayor porcentaje de hombres casados y viudos que regresan al domicilio tras el alta hospitalaria (Tabla 10)

Tabla 10. *Relación entre estado civil y destino al alta en los hombres.*

		n	DOMICILIO	RESIDENCIA	P
E. CIVIL	SOLTERO	5	2(40%)	3(60%)	0,025
	CASADO	33	26(78,80%)	7(21,20%)	
	SEPARADO/ DIVORCIDO	2	0(0,00%)	2(100%)	
	VIUDO	16	13(81,30%)	3(18,80%)	
	TOTAL	56	41(73,20%)	15(26,80%)	

En relación a la convivencia previa y el destino al alta, indicar que existe una relación significativa entre ambas variables, siendo los casos en los que la convivencia previa es con cónyuge o con hijos, los que con más frecuencia su destino al alta es domicilio (Tabla 11).

Tabla 11. *Convivencia previa y destino al alta*

		n	DESTINO		P
			DOMICILIO	RESIDENCIA	
CONVIVENCIA	SOLO	52	30(57,70%)	22(42,30%)	0,006
	CONYUGE	54	43(79,60%)	11(20,40%)	
	HIJOS*	39	28(71,80%)	11(28,20%)	
	CONYUGE E HIJOS	7	7(100%)	0(0,00%)	
	OTROS*	9	3(33,30%)	6(66,70%)	
TOTAL		161	111(68,90%)	50(31,10%)	

*Otros: madre; hermanos; otras personas vinculadas por razones NO familiares (amigos; compañeros)

*En el domicilio de hijos o itinerante.

Al estratificar el tipo de convivencia por sexos observamos que sigue existiendo una asociación significativa en ambos sexos entre el tipo de convivencia previa el ingreso hospitalario y destino al alta (Tabla 12)

Tabla 12. *Convivencia previa según sexo y destino al alta*

SEXO		n	DESTINO		P	
			DOMICILIO	RESIDENCIA		
HOMBRE	CONVIVENCIA	SOLO	13	6(46,20%)	7(53,80%)	0,048
		CONYUGE	30	23(76,70%)	7(23,30%)	
		HIJOS	8	8(100%)	0	
		CONYUGE	3			
		E HIJOS	3	3(100%)	0	
		OTROS	2	1(50,00%)	1(50,00%)	
	TOTAL	56	41(73,20%)	15(26,80%)		
MUJER	CONVIVENCIA	SOLO	39	24(61,50%)	15(38,50%)	0,039
		CONYUGE	24	20(83,30%)	4(16,70%)	
		HIJOS	31	20(64,50%)	11(35,50%)	
		CONYUGE	4			
		E HIJOS	4	4(100,00%)	0(0,00%)	
	OTROS	7	2(28,60%)	5(71,40%)		
TOTAL	105	70(66,70%)	35(33,30%)			

Destacar también, que tanto hombres como mujeres son mayoritariamente cuidados por mujeres, aunque en el caso de los hombres en un porcentaje mucho mayor (88,60%) (Tabla 13).

Tabla 13. *Relación entre el sexo del paciente y el sexo del cuidador*

		CUIDADOR			P	
		n	HOMBRE	MUJER		AMBOS
SEXO	HOMBRE	35	2(5,70,2%)	31(88,60%)	2(5,70%)	<,001
	MUJER	54	21(38,90%)	24(44,40%)	9(16,70%)	
TOTAL		89	23(25,8%)	55(61,8%)	11(12,4%)	

En la Tabla 14 se muestra que el lugar de residencia del paciente, medio rural o urbano, no influye en el destino al alta.

Tabla 14. *Lugar de residencia y destino al alta*

		DESTINO			P
		n	DOMICILIO	RESIDENCIA	
RESIDENCIA	ZONA URBANA	145	100(69,00%)	45(31,00%)	0,594
	ZONA RURAL	16	11(68,80%)	5(31,30%)	
TOTAL		161	111(68,90%)	50(31,10%)	

En la Tabla 15 se describe la relación entre edad del paciente y destino al alta, no existiendo relación significativa entre ambas variables, si bien, se observa un mayor porcentaje de los pacientes más jóvenes que regresan a domicilio respecto a los de mayor edad.

Tabla 15. *Edad del paciente y destino al alta*

		n	DOMICILIO	RESIDENCIA	P
EDAD	65-74	20	16 (80,00%)	4(20,00%)	0,319
	75-84	67	47(70,10%)	20(29,90%)	
	85-94	67	45(67,20%)	22(32,80%)	
	>95	7	3(42,90%)	4(57,10%)	
TOTAL		161	111(68,90%)	50(31,10)	

DISCUSIÓN:

Sufrir un accidente cerebrovascular (ACV) es un factor de riesgo de ingreso en institución, riesgo que varía según los estudios entre el 10 y el 29% y un 15% según el Copenhagen Stroke Study (Jorgensen, Nakayama, Raaschou, Larsen, Hubbe y Olsen, 1995). En el estudio “Factores relacionados con el destino al alta hospitalaria del hemipléjico agudo” (San Segundo, 2005) se recoge que el 26,6 % de los pacientes que han sufrido un ACV ingresan en institución, lo que está en concordancia con lo reseñado en la literatura. El porcentaje de ingreso relativamente elevado en ese estudio está en relación con la terminología utilizada para denominar lo que se considera institución, han considerado ingresado en institución a todo paciente con un destino al alta hospitalaria diferente al domicilio, lo que incluye destinos intermedios tipo Hospital de Crónicos o Sociosanitario. Sin embargo, en nuestro estudio, se ha considerado únicamente como institución el centro residencial, eliminándose los pacientes derivados a Hospitales de Crónicos o convalecencia, ya que supuestamente, y además de ser una alternativa de carácter muy temporal, son derivados por criterios clínicos y no socio-familiares.

En nuestro estudio, el porcentaje de pacientes que son derivados a residencia es, de un 26,80% en el caso de los hombres, y de un 33,30% en el caso de las mujeres. Este porcentaje es ligeramente superior que, en estudios previos. Esto podría ser debido, por una parte, a la diferencia en el concepto institución, anteriormente referida, así como, a que únicamente hemos seleccionado para este estudio pacientes con dependencia total o severa.

Como apuntábamos en la introducción, existen gran cantidad de investigaciones que relacionan tanto factores clínicos, como sociales con la institucionalización. Más

específicamente, en el caso de pacientes con daño neurológico, hay también varios estudios que relacionan diferentes variables, tanto clínicas (relacionados con la situación funcional), como sociales, con el destino al alta de pacientes que han sufrido ACV (Aslanyan, Weir, Lees, Reid y Mcinnes, 2003; Kapral, Wang, Mandani, y Tu, 2002; Weir, Grunkel, Mcdowall y Dennis, 2005). En una reciente revisión, se concluye que destacan los siguientes factores: el grado de dependencia; la situación cognitiva y la convivencia previa (en relación con el estado civil) (Mees, Klein, Yperzeele, Vanacker, y Cras, 2016).

En este sentido, en nuestro estudio observamos bastante concordancia, siendo mucho más frecuente que pacientes con una dependencia severa regresen al domicilio tras la hospitalización (90,10%), que pacientes con dependencia total (52,20%). Lo mismo ocurre con el estado civil, siendo más frecuente que los pacientes casados regresen al domicilio (82,00%).

En nuestro estudio, en lo referente a la relación entre la convivencia previa y el destino al alta, el porcentaje de pacientes que al alta son trasladados a centro residencial y que previamente vivía solos es bastante superior (42%), al porcentaje de pacientes que vivían con el cónyuge (20,40%) o con hijos (28,40%) y son derivados a centro residencial. Estos resultados están en consonancia con otros estudios, que vienen a corroborar que los pacientes con soporte familiar tienen más probabilidades de retornar al domicilio, que los que carecen de dicho soporte, considerando la soledad, como un factor de riesgo de ingreso en institución (San Segundo, 2005). Si bien, en nuestro estudio destacamos que de este soporte no es importante el aspecto cuantitativo (número de hijos), ya que son los pacientes con dos hijos los que con más frecuencia regresan al domicilio (81,00%), y que, además, en este apoyo, tiene una mayor importancia el

cónyuge, ya que son los pacientes casados los que con mayor frecuencia regresan al domicilio (82,00%).

Según los datos obtenidos, no podemos afirmar que una mayor red familiar implique que los cuidados se asuman en domicilio, esto pudiera estar en relación con la dificultad para tomar decisiones en un momento difícil, el alta hospitalaria, cuando además concurre, en la mayor parte de los casos, una dependencia sobrevenida, o por lo menos un deterioro en la situación de autonomía previa.

Al mismo tiempo, y aunque un mayor número de personas implicadas en los cuidados puede suponer una menor carga por una mejor distribución de los mismo, también es importante tener en cuenta que, las discrepancias en los criterios para la institucionalización son algunos de los conflictos familiares más frecuentes (López, Noriega, Velasco y Moya-Faz, 2015), y a mayor número de personas implicadas en la toma de decisión, mayor será la dificultad para llegar al consenso.

Con relación a la edad del paciente, en otros estudios se relaciona la avanzada edad del paciente con la institucionalización. (Luppa, Luck, Weyerer, Könin, Brähler, y Riedel-Heller, 2010; Rockwood, Stole y Mcdowell, 1996), en nuestro estudio este factor no parece ser tan determinante, si bien es cierto que según aumenta la edad del paciente, aumenta también la frecuencia de ingreso en residencia.

En cuanto al sexo del paciente, hay estudios que destacan que la institucionalización es más frecuente en mujeres, de edad avanzada y que viven sin pareja (Firpo et al., 2012), en nuestro estudio también es algo más frecuente el porcentaje de mujeres que son institucionalizadas al alta (33,30%), frente a los hombres (26,80%), aunque como

señalan otros estudios (Luppa et al., 2010), nosotros tampoco podemos afirmar que exista una relación significativa entre el sexo del paciente y el destino al alta.

Respecto al lugar de residencia previo al ingreso, algunos autores (Ayuso, Del Pozo, Escribano, 2010), relacionan el lugar de residencia previo con la institucionalización, siendo tres veces más probable el ingreso en residencia para aquellas personas que residían en zonas urbanas, comparadas con las que vivían en zona rural. En nuestro estudio, la diferencia en el destino al alta (domicilio o residencia) en relación al lugar de residencia previo es mínima.

En cuanto a la evolución en la organización de los cuidados, hay estudios que sugieren un incremento de los cuidados formales como complemento a los cuidadores familiares (Spijker et al., 2016), aunque sigue siendo la familia el sistema fundamental en la provisión de los cuidados (Zueras et al., 2018), en este mismo sentido, nuestros resultados muestran que, los cuidados de los mayores dependientes son desempeñados mayoritariamente por familiares (80,2%).

En cuanto a los cambios en el perfil del cuidador, en nuestro estudio podemos ver como los hombres son en su mayoría cuidados por mujeres (88,60%), pero en el caso de las mujeres, no hay tan apenas diferencia entre las que son cuidadas por mujeres (44,40%) y las cuidadas por hombres (38,90%), esto nos hace suponer, que los hombres se implican en el cuidado. Al mismo tiempo, y teniendo en cuenta la convivencia previa y el destino al alta, podemos observar que son mayoría tanto los hombres como las mujeres, que conviven previamente con el cónyuge (79,60%), los que, al alta regresan con mayor frecuencia al domicilio. De estos datos podemos inferir, el papel del esposo como cuidador, y la escasa diferencia que actualmente existe en asumir los cuidados por parte del cónyuge, ya sea este hombre o mujer. Estos resultados están en consonancia

con otros realizados en los últimos años (Zueras, 2018) en los que se destaca el aumento de los varones como cuidadores, sin apenas diferencias de género entre los mayores más jóvenes, de 65 a 79 años.

CONCLUSIONES:

De los factores sociodemográficos estudiados, son la convivencia previa y el estado civil, los factores sociales que más influencia tiene en relación al destino al alta. Siendo más probable que el paciente regrese a domicilio si convivía previamente con su cónyuge.

Al mismo tiempo, la situación funcional del paciente, es otro de los factores que influyen en su destino al alta, siendo más probable la institucionalización Cuando el nivel de dependencia es mayor.

Otros factores sociodemográficos, como el sexo del paciente, la edad, o el lugar de residencia previo (rural o urbano), no son variables que se asocien con el destino al alta.

Por último, concluir que no se ha podido confirmar nuestra hipótesis de partida, y una mayor red familiar de apoyo, a nivel cuantitativo, no supone mayor posibilidad de regresar al domicilio al alta. Según nuestro estudio la posibilidad de regresar al domicilio es mayor cuando el número de hijos es igual a dos.

Por otra parte, y en cuanto a la figura del cuidador, indicar que, por una parte, los cuidados los siguen asumiendo más la familia, que cuidadores formales, y en cuanto al sexo del cuidador sigue siendo mayoritariamente la mujer la que asume los cuidados de personas mayores dependientes, aunque los hombres, especialmente en su rol de

cónyuge, también asumen los cuidados, siendo incluso algo superior el porcentaje de mujeres casadas que regresan al domicilio que de hombres casados que regresan al domicilio.

BIBLIOGRAFIA:

1. Abellán, A., Alaya, A. y Pujol, R. (2017) “Un perfil de las personas mayores en España, 2017. Indicadores estadísticos básicos”. *Informes de envejecimiento en red* 15.
2. Abellán, A., Ayala, A., Pérez, J., Pujol, R. y Sundström, G. (2018). Los nuevos cuidadores. *Vejez y cuidados ¿Cómo viviremos y nos cuidaremos cuando seamos mayores? Observatorio Social de “la Caixa”*, 5, 25-31.
3. Abellán, A., Ayala, A., Pérez, J. y Pujol, R., (2018). “Un perfil de las personas mayores en España, 2018. Indicadores estadísticos básicos”. *Informes Envejecimiento en red*, 17.
4. Asakawa, K.D., Feeny, A., Senthilselvan, J. A., Johnson, D. y Rolfson (2009). Do the determinants of health differ between people living in the community and in institutions? *Social Science & Medicine*, 69(3), 345-35.
5. Aslanyan, S., Weir, CJ., Lees, KR., Reid, JL. y Mcinnes, GT. (2003). Effect of area-based deprivation on the severity, subtype and outcome of ischemic stroke. *Stroke*, 34, 2623-2628.
6. Ayuso, M., Del Pozo, R. y Escribano, F. (2010). Factores sociodemográficos y de salud asociados a la institucionalización de personas dependientes. *Rev Esp Salud Pública*, 84, 789-798.
7. Bateson, G (1976) *Mind and nature. A Necessary Unit*. New York: E.P. Dutton.
8. Baztan, JJ., Gonzalez, M., Morales, C., Vazquez, E., Morón, N., Forcano, S. y Ruiperez, I. (2004). “Variables asociadas a la recuperación funcional y a la institucionalización al alta en ancianos ingresados en una unidad geriátrica de media estancia”. *Rev Clin Esp*, 204(11), 574-82.
9. Bohannan, P. (1992), *Para raros, nosotros. Introducción a la antropología cultural*. Madrid, España: Akal S.A.

10. Castellano, E., Gomez, F., Rochina, A. y Gil, M. (2010). Factores asociados a la mejoría funcional y nueva institucionalización en enfermos con intervención rehabilitadora en una unidad de media-larga estancia. *Rev Clin Esp.* 210 (1), 1-10.
11. Clemente, MA. (2003). Redes sociales de apoyo en relación al proceso de envejecimiento humano. Revisión bibliográfica. *Interdisciplinaria*, 20(1), 31-60.
12. Cobo, R (1995). *Fundamentos del patriarcado moderno. Jean Jacques Rousseau*. Madrid, España, Cátedra.
13. Collier, J.F. y Yanagisako, S.J. (1987). *Gender and Kinship: Essays toward a Unified Analysis*, Stanford: Stanford University Press.
14. Dunkin, JJ. y Anderson-Hanley, C. (1998). Dementia caregiver burden. A review of literature and guidelines for assesment and intervention. *Neurology*, 51(1): 53-30.
15. Envejecimiento en Red (2014). “Estadísticas sobre residencias: distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Datos de diciembre de 2013”. *Informes en Red*, 7. Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enredestadiscasresidencias2013.pdf>
16. Firpo, G., Ginar, S., Santos, I., Hallal, P. (2012). Predictive factors for institutionalization of the elderly: a case-control study. *Rev. Saude Pública.* 46 (1), 147-153.
17. Forjaz, MJ., Rodriguez, C. (Coord) (2015). *Salud y calidad de vida de personas mayores con demencia institucionalizadas*. Madrid, España, Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III – Ministerio de Economía y Competitividad.
18. INE. (2013). *Censos de Población y Viviendas 2011 Población residente en establecimientos colectivos*. INE Notas de prensa.

19. Fundación Adecco. (2018). Discapacidad y familia. Informes Fundación Adecco.
20. Gobierno De Aragón. (2006). Departamento de Salud y Consumo. Programa de atención a enfermos crónicos dependientes.
21. Guzmán, J. M., Huenchuan, S. y Montes de Oca, V. (2003). Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual. *Notas de Población* 77, 35-70.
22. Hogan, D. y Eggebeen, D. (1995). Sources of emergency help and routine assistance in old age. *Social Forces*. 73 (3): 917-936
23. INE. (2015). Encuesta Continuada de Hogares.
24. Jakovljevic, D., Sarti, C., Sivenius, J., Torppa, J., Mähönen, M., Immonen-Räihä, P., Kaarsalo, E., Alhainen, K., Kuulasmaa, K., Tuomilehto, J., Puska, P. y Salomaa, V. (2001). Socioeconomic status and ischemic stroke: the FINMONICA Stroke Register. *Stroke*, 32, 1492–1498.
25. Jorgensen, HS., Nakayama, H., Raaschou, HO., Larsen, K., Hubbe, P. y Olsen, TS. (1995). The effect of a stroke unit: reductions in mortality, discharge rate to nursing home, length of hospital stay, and cost. A community-based study. *Stroke*, 26, 1178-82.
26. Joyce, C.R.B., Hickey, A., Mcgee, H.M. y O'boyle, C.A. (2003). A theory-based method for the evaluation of individual quality of life: The SEIQoL. *Quality of Life Research*, 12(3), 275-280.
27. Kapral, MK., Wang, H., Mandani, M. y Tu, JV. (2002). Effect of socioeconomic status on treatment and mortality after stroke. *Stroke*, 33, 268-273.
28. Lamas, M. (1986). La antropología feminista y la categoría género. *Nueva antropología*, VIII (30), 173-198.
29. Leturia, FJ., Inza, B. y Hernández, C. (2007). El papel de la familia en el proceso de

atención a personas mayores en centros sociosanitarios. *Zerbitzuan*, 41, 129-142.

30. López, J., Noriega, C., Velasco, C. y Moya-Faz, F. (2015). Conflictos familiares cuando se cuida a un familiar mayor. *Familia* 51, 17-29.
31. Luppá, M., Luck, T., Weyerer, S., Könin, HH., Brähler, E. y Riedel-Heller, SG. (2010). Prediction of institutionalization in the elderly. A systematic review. *Age ageing*. 39 (1), 31-38
32. Marquez, V.E., (2016). La cuestión del género en ciencias sociales y psicología social. *Trayectorias*, 18(43), 3-28.
33. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (2004) *Libro Blanco de la Dependencia*. Madrid: Autor.
34. Mees, M., Klein, J., Yperzeele, L., Vanacker, P. y Cras, P. (2016) “Predicting discharge destination after stroke: A systematic review”. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 142, 15-21.
35. Meil, G. (2000). Cambio familiar y solidaridad familiar en España. *Revista del ministerio de trabajo y asuntos sociales*, 26, 129-154.
36. O’boyle, C. A., Mcgee, H. M.; Hickey, A., Joyce, C.R.B., Browne, J., O’malley, K. y Hiltbrunner, B. (1993). *The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life. User manual*. Dublin: Royal College of Surgeons in Ireland.
37. Prieto, D. (2015). Resumen del estudio cualitativo “Los cuidados en las relaciones de dependencia”. Programa personas mayores. Obra Social “La Caixa”.
38. Rockwood, K., Stole, P. y Mcdowell, I. (1996). Factors associated with institutionalization of older people in Canada: Testing a multifactorial definition of frailty. *J Am Geriatr Soc*, 44, 578-582.

39. Rojo-Pérez, F., Fernández-Mayoralas, G., Rodríguez-Rodríguez, V. y Rojo-Abuín, J.M. (2007). The Environments of Ageing in the Context of the Global Quality of Life among Older People Living in Family Housing. *Springer, Social Indicators Research Series*, 31, 123-150.
40. Rojo-Pérez, F., Fernández-Mayoralas, G., Forjaz, M.J., Delgado-Sanz, M.C., Ahmed-Mohamed, K., Martínez-Martín, P., Prieto-Flores, M. E. y Rojo-Abuín, J. M. (2009). *Población mayor, Calidad de Vida y redes de apoyo: demanda y prestación de cuidados en el seno familiar*. Madrid, España, Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III – Ministerio de Ciencia e Innovación.
41. Rojo, F., Fernández, G., Rodríguez, V., Pietro, M.E., Lardies, R., Ahmed, K., Frades, MB., Martínez, P., Forjaz, MJ. y Rojo, JM, (2011). Calidad de vida y envejecimiento. La visión de los mayores sobre sus condiciones de vida. Bilbao: Fundación BBVA.
42. Salmerón, M. y Alonso, P. (2006). Factores asociados a la institucionalización de pacientes con demencia y sobrecarga del cuidador. *Revista del Ministerio de trabajo y asuntos sociales*, 60, 129-147.
43. Sánchez Sánchez, C. (2006). Impacto sociosanitario de las enfermedades neurológicas en España. Madrid, España, Fundación Española de enfermedades neurológicas.
44. Sancho, M., Del Barrio, E., Prieto, D., Diaz-Veiga, P. y Yanguas, J. (2016). *Primero las personas: cuidar como nos gustaría ser cuidados*. Madrid, España, Obra Social La Caixa.
45. San Segundo, R. M. (2004) Factores relacionados con el destino al alta hospitalaria del hemipléjico agudo (Tesis Doctoral). Universidad Rovira i Virgili, Tarragona.
46. Shin, J., Choi, Y., Woo Kim, S., Lee, SG. y Park, E-C. (2017). Cross-level interaction

between individual socioeconomic status and regional deprivation on overall survival after onset of ischemic stroke: National health insurance cohort sample data from 2002 to 2013. *Journal of Epidemiology*, 27, 381-388.

47. Sluzki, CE. (1998). *La red social: Frontera de la práctica sistémica*. Barcelona: Gedisa S.A.
48. Sociedad Española de Neurología. (2002). Plan estratégico nacional para el tratamiento integral de las enfermedades neurológicas. Madrid.
49. Spijker J. y Zuera P. (2016). El cuidado a los mayores en un contexto de envejecimiento, cambio social, político y económico. *Panorama social*, 23, 167-182.
50. Stoller, R. J. (1968). *Sex and Gender; on the development of masculinity and femininity*. Nueva York: Science House.
51. Van Malderen, L., Mets, T. y Gorus, E. (2013): Interventions to enhance the quality of life of older people in residential long-term care: A systematic review. *Ageing Research Reviews*, 12(1), 141-150
52. Vidal, MJ., Labeaga, JM., Madrigal, A., López, J., Montero, A. y Meil, G. (2017). Informe 2016. Las personas mayores en España. Madrid: IMSERSO
53. Weir U., Grunkel, A., Mcdowall M. y Dennis MS. (2005). Study of the Relationship between social deprivation and outcome after stroke. *Stroke*, 36, 815-819.
54. Wong, KYK., Wong, SYS., Fraser, HW., Ersoy, Y., Ogston, S., Wolfson, D., Malek, M., Struthers, AD., Tunstall-Peodoe, H., Macwalter, RS. (2006). Effect of social deprivation on mortality and the duration of hospital stay after a stroke. *Cerebrovascular diseases*, 22, 251-257
55. Yaffe, K., Fox, P., Newcomer, R., Snads, L., Lindquist, K., Dane, K. y Covinsky, K. (2002). Patient and caregiver characteristics and Nursing Home Placement in Patients

with Dementia. *JAMA*, 287 (16), 2090-2097.

56. Zueras, P., Spijker, J. y Blanes, A. (2018). Evolución del perfil de los cuidadores de personas de 65 y más años con discapacidad en la persistencia de un modelo de cuidado familiar. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 53 (2), 66-72.

ANEXOS

Índice de Barthel

Comida 10. Independiente. Capaz de comer por si solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona. 5. Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla, etc, pero es capaz de comer solo 0. Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona
Aseo 5. Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin necesidad de que otra persona supervise. 0. Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión.
Vestido 10. Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda 5. Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable. 0. Dependiente. Necesita ayuda para las mismas
Arreglo 5. Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna. Los complementos pueden ser provistos por otra persona. 0. Dependiente. Necesita alguna ayuda
Deposición 10. Continente. No presenta episodios de incontinencia. 5. Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios. 0. Incontinente. Más de un episodio semanal. Incluye administración de enemas o supositorios por otra persona.
Micción 10. Continente. No presenta episodios de incontinencia. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por si solo (sonda, orinal, pañal, etc) 5. Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas u otros dispositivos 0. Incontinente. Más de un episodio en 24 horas. Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse
Ir al retrete 10. Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona. 5. Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda: es capaz de usar el baño. Puede limpiarse solo. 0. Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor
Traslado cama /sillón 15. Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.

6

⁶ Rodríguez Benito, C. (2018). Infogerontología. Recuperado de: http://www.infogerontologia.com/documents/vgi/escalas/indice_barthel.pdf

<p>10. Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.</p> <p>5. Gran ayuda. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada. Capaz de estar sentado sin ayuda.</p> <p>0. Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado.</p>
<p>Deambulaci3n</p> <p>15. Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en una casa sin ayuda ni supervisi3n. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto su andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo.</p> <p>10. Necesita ayuda. Necesita supervisi3n o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador</p> <p>5. Independiente. En silla de ruedas, no requiere ayuda ni supervisi3n</p> <p>0. Dependiente. Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro</p>
<p>Subir y bajar escaleras</p> <p>10. Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisi3n de otra persona</p> <p>5. Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisi3n.</p> <p>0. Dependiente. Es incapaz de salvar escalones. Necesita ascensor</p>
<p>Total:</p>

Máxima puntuaci3n: 100 puntos (90 si usa silla de ruedas)

Resultado	Grado de dependencia
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
> o igual de 60	Leve
100	Independiente

