

Podem relacionar el risc social i la complexitat d'intervenció per part del treball social amb l'estada mitjana hospitalària i amb la destinació a l'alta? Aplicació de l'Escala ECISACH-BCN PSMAR i l'Escala de Gijón com a instruments de valoració en treball social sanitari

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

Ingrid Pineda Pérez¹

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

Recepció: 15/02/19. Revisió: 21/03/19. Acceptació: 01/04/19

Per citar: Pineda, I. (2019). Podem relacionar el risc social i la complexitat d'intervenció per part del treball social amb l'estada mitjana hospitalària i amb la destinació a l'alta? Aplicació de l'Escala ECISACH-BCN PSMAR i l'Escala de Gijón com a instruments de valoració en treball social sanitari. *Revista de Treball Social*, 215, 145-160. DOI: [10.32061/RTS2019.215.09](https://doi.org/10.32061/RTS2019.215.09)

Resum

En el món occidental tenen lloc nous fenòmens com l'envelliment de la població, la qual cosa implica una preocupació creixent per part dels treballadors socials, que ho consideren un problema multifactorial.

L'ingrés hospitalari de pacients d'edats avançades als països occidentals s'ha convertit en els últims anys en un fenomen creixent.

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

Podem relacionar el risc social i la complexitat d'intervenció per part del treball social amb l'estada mitjana hospitalària i amb la destinació a l'alta? Aplicació de l'Escala ECISACH-BCN PSMAR i l'Escala de Gijón com a instruments de valoració en treball social sanitari

Objectius: a) comprovar si hi ha una bretxa de gènere pel que fa al nucli de convivència, la durada de l'estada hospitalària i la destinació a l'alta dels pacients ingressats al Servei de Medicina Interna de l'Hospital del Mar de Barcelona; b) determinar si el risc social i la complexitat de la intervenció per part de treball social (TS) es relaciona amb l'estada mitjana hospitalària i la destinació a l'alta, i c) estudiar quines variables es relacionen amb el marc sociofamiliar, la situació clínica i el TS hospitalari.

Els resultats mostren que hi ha una bretxa de gènere pel que fa al nucli de convivència i que les dones tenen una estada hospitalària més llarga que els homes. Tant el risc social com la complexitat de la intervenció social es relacionen amb la destinació a l'alta. L'estada mitjana es relaciona amb dies de demora d'inici de la demanda d'intervenció, amb la situació clínica, el TS hospitalari i la complexitat global de la intervenció del TS. Variables relacionades amb: a) situació sociofamiliar: edat, risc social i dies de demora d'inici d'intervenció; b) situació clínica: estada mitjana, risc social i destinació a l'alta, i c) TS hospitalari: estada mitjana.

Paraules clau: Estada mitjana, destinació a l'alta, treball social, risc social i complexitat d'intervenció.

Abstract

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

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

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

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

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

Introducció

Sabem que una de les causes de l'envelliment de la població és el fet biològic innegable de l'augment de l'esperança de vida en les últimes dècades, sobretot entre les dones, que no només viuen més que els homes, sinó que el seu increment també serà previsiblement superior al d'ells d'aquí al 2030. Encara que en l'actualitat es pot observar un lleu rejuveniment de la societat arran de l'arribada de població immigrant jove i al repunt de la taxa de natalitat, en els últims anys, gràcies en bona part a aquesta mateixa població immigrant, caldria parar atenció als problemes de longevitat i dependència des del punt de vista del gènere, donat el volum i les característiques d'aquests problemes (Giro, 2016).

En les últimes dècades un dels objectius de les polítiques sanitàries del món és determinar la importància dels factors socials en la salut i com influeixen en la gestió i en la planificació dels recursos sanitaris. Això ha significat un canvi en la concepció del binomi salut-malaltia; s'han superat les teories lineals per adoptar models basats en la comprensió de les realitats sanitàries de forma complexa, integral, transversal i holística (Morro, 2017).

Igual que en la resta de la població, però amb més rellevància en l'adult gran, la salut depèn no només de la presència o l'absència de malaltia objectivable, sinó també de la capacitat del subjecte i de l'entorn social per adaptar-se als esdeveniments vitals que li puguin ocórrer.

Als hospitals d'aguts dels països desenvolupats l'ingrés hospitalari de pacients ancians s'ha convertit en els últims anys en un fenomen creixent.

La durada de l'estada hospitalària també es veu afectada per les característiques del pacient. La situació sociofamiliar i les condicions de l'habitatge condicionaran el retorn o no al seu domicili habitual, el suport que pot rebre la persona en el seu domicili o la necessitat de trasllat a una residència.

També influeixen en l'estada hospitalària característiques pròpies del pacient, com l'edat, la situació sociofamiliar, la condició clínica del pacient i el gènere.

El fet que la família constitueixi la base de les cures informals i el suport habitual de l'ancià, no significa que sigui sempre l'àmbit més idoni per cobrir les seves necessitats. En molts casos, els processos que motiven l'estada a l'hospital poden comportar un deteriorament del seu nivell global de salut i un increment del grau de dependència en el moment de l'alta, motiu pel qual és necessària la planificació de l'alta hospitalària i, a vegades, la institucionalització del pacient (Iturria i Márquez, 1997).

Podem relacionar el risc social i la complexitat d'intervenció per part del treball social amb l'estada mitjana hospitalària i amb la destinació a l'alta? Aplicació de l'Escala ECISACH-BCN PSMAR i l'Escala de Gijón com a instruments de valoració en treball social sanitari

Els objectius d'aquest estudi són:

- Comprovar si existeix una bretxa de gènere pel que fa al nucli de convivència, la durada de l'estada hospitalària i la destinació a l'alta dels pacients ingressats en el Servei de Medicina Interna de l'Hospital del Mar de Barcelona.
- Determinar si el risc social i la complexitat de la intervenció per part del treball social es relaciona amb l'estada mitjana hospitalària i la destinació a l'alta.
- Estudiar quines variables es relacionen amb el marc sociofamiliar, la situació clínica i el treball social hospitalari.

Les hipòtesis plantejades són:

Hipòtesi 1: Les dones tenen una estada mitjana hospitalària superior als homes.

Hipòtesi 2: A més risc social, més complexitat d'intervenció per part del treball social, menys dies de demora d'inici en la demanda d'intervenció de treball social, pitjor situació sociofamiliar i més dependència funcional.

Hipòtesi 3: La destinació a l'alta dels pacients ingressats en el Servei de Medicina Interna de l'Hospital del Mar es relaciona amb el risc social, la complexitat d'intervenció del treball social i la situació funcional dels pacients.

Metodologia

“L'objectiu del disseny, com el de la recerca en general, és aconseguir la màxima validesa possible, és a dir, la correspondència més ajustada dels resultats amb la realitat” (Perelló, 2011). A continuació, es presenta la metodologia que s'ha fet servir en el desenvolupament del treball.

Es tracta d'un estudi descriptiu, transversal, retrospectiu, la mostra del qual està formada pels pacients ingressats en el Servei de Medicina Interna de l'Hospital del Mar de gener a setembre de l'any 2017.

L'Hospital del Mar és un hospital universitari la població de referència del qual són els districtes de Ciutat Vella i Sant Martí, una població que és excepcionalment heterogènia i multicultural. A Sant Martí el 30,2% de la població de més de 75 anys viu sola, a Ciutat Vella representa el 37,7%.

L'Hospital del Mar disposa de 391 llits d'hospitalització, amb una mitjana de 84 altes diàries. L'edat mitjana dels pacients ingressats és de 59 anys, però gairebé el 40% dels pacients tenen més de 70 anys.

L'estudi s'ha realitzat en el Servei de Medicina Interna de l'Hospital del Mar, de Barcelona. Aquest servei centra la seva assistència en els malalts pluripatològics/fràgils crònics i en el suport a les especialitats quirúrgiques.

La mostra es compon de tots aquells pacients més grans de 65 anys ingressats al Servei de Medicina Interna de l'Hospital del Mar de Barcelona de gener a setembre de l'any 2017 (excepte el mes d'agost) i que van requerir intervenció per part de la treballadora social d'aquest servei.

Aquesta intervenció pot ser a demanda de l'equip multidisciplinari, del pacient o la família, d'altres institucions socials o sanitàries o per protocols ja establerts per la mateixa institució. La mostra total va ser de 87 pacients.

Les variables analitzades per a l'estudi són: sexe, edat, nucli de convivència, dies d'estada mitjana d'hospitalització, dies de demora d'inici de la intervenció de treball social, destinació a l'alta, Escala de valoració sociofamiliar de Gijón abreujada i Escala ECISACH-BCN PSMAR.

L'Escala de valoració sociofamiliar de Gijón abreujada permet la detecció de situacions de risc o problemàtiques socials, i és útil com un instrument específic de mesurament de la situació social, per a la seva incorporació en la pràctica assistencial dels professionals que treballen en l'atenció social o sanitària. La població diana per a aquesta escala és la població més gran de 65 anys. Se n'utilitza la versió reduïda, que ha estat validada per a la predicció del retorn a domicili i del risc d'institucionalització (Miralles et al., 2003).

L'escala portuguesa ECISACH (Escala de complexitat de la intervenció social amb adults en un context hospitalari) és un instrument que identifica la complexitat de la intervenció social en adults en un context hospitalari. (Serafim, 2013). Des del PSMAR, decidim traduir i validar aquesta escala, presentant-la en el context espanyol amb el nom de ECISACH-BCN PSMAR (Morro et al., 2017). L'escala consta de 12 ítems agrupats en tres subescales: marc sociofamiliar, situació clínica i treball social hospitalari. La puntuació total de l'escala és la suma de les tres subescales, amb 5 situacions possibles: no existeix complexitat, baixa complexitat, complexitat intermèdia, alta complexitat i molt alta complexitat.

Es fa una anàlisi descriptiva de les variables estudiades i una anàlisi de correlació entre les variables esmentades. L'anàlisi estadística es realitzarà mitjançant el programa estadístic SPSS22. Es va utilitzar la prova de Kolmogorov-Smirnov per comprovar la normalitat de la mostra, sent la $p < 0,05$, distribució no normal, no paramètrica.

En l'estadística descriptiva, s'han utilitzat mesures de tendència central (mitjana, mínim, màxim i desviació estàndard) per a les variables quantitatives, i freqüències absolutes i percentatges per a les variables qualitatives. En l'anàlisi bivariada es va utilitzar el test de correlació de Spearman (variables quantitatives), la prova H de Kruskal-Wallis (variables quantitatives-politòmiques) i la prova O de Mann-Whitney (variables quantitatives bicategòriques). El valor de significació estadística per a l'estudi va ser de $p < 0,05$.

Resultats

Els resultats es presenten de la següent manera: descripció del perfil sociodemogràfic, resultats de l'aplicació de l'Escala de Gijón i l'Escala ECISACH-BCN PSMAR, el gènere relacionat amb les altres variables, la complexitat de la intervenció del treball social i risc social relacionat amb l'estada mitjana i la destinació a l'alta.

Podem relacionar el risc social i la complexitat d'intervenció per part del treball social amb l'estada mitjana hospitalària i amb la destinació a l'alta? Aplicació de l'Escala ECISACH-BCN PSMAR i l'Escala de Gijón com a instruments de valoració en treball social sanitari

1. Descripció del perfil de la mostra

El total de la mostra és de 87 pacients, amb una edat mitjana de 80,16 ±7,5 anys, el 50,6% dels quals dones. L'estada mitjana hospitalària va ser de 16,40 ±13,28 dies. La intervenció de treball social s'iniciava als 9,7 ±7,76 dies de l'ingrés. Els pacients conviuen en la seva majoria amb la parella (41,41%) o vivien sols (32,2%). La destinació predominant a l'alta va ser el retorn a domicili (64,4%), enfront de la institucionalització en centre sociosanitari (13,8%) o residència (13,8%).

En la taula 1 es presenten les característiques sociodemogràfiques dels pacients que componen la mostra de treball.

Taula 1. Distribució en percentatges de les variables sociodemogràfiques.

	N: 87
SEXE	Homes: 49,4% Dones: 50,6%
EDAT MITJANA	80,16 ±7,51 anys
ESTADA MITJANA	16,40 ±13,28 dies
DEMANDA INTERVENCIÓ MITJANA	9,7 dies
NUCLI CONVIVÈNCIA	Parella: 41,4% Fills: 12,6% Institucionalitzat: 4,6% Sol: 32,2% Altres: 9,2%
DESTINACIÓ ALTA	Domicili: 64,4% CSS: 13,8% Residència: 13,8% Èxitus: 5,7% Altres: 2,3%

Font: Elaboració pròpia.

2. Escales administrades: Escala de Gijón abreujada i Escala ECISACH-BCN PSMAR

Les escales administrades als pacients van ser l'Escala sociofamiliar de Gijón abreujada i l'Escala ECISACH-BCN PSMAR.

S'exclouen de l'Escala sociofamiliar de Gijón abreujada aquells pacients que ja estan institucionalitzats a l'ingrés; és administrada a un total de 83 pacients, amb un resultat de situació social intermèdia (8,48 punts).

L'Escala ECISACH-BCN PSMAR es va administrar a tots els pacients, mostrant un grau de complexitat intermèdia (34,02 punts). Cal destacar la puntuació de la situació clínica (7,4 punts sobre 10), la qual cosa ens indica l'alta dependència funcional i la complexa situació de salut dels pacients valorats.

El gènere relacionat amb altres variables

En relació amb la primera hipòtesi, es confirma que les dones tenen una estada mitjana superior als homes (18,39 vs. 14,37 dies). Existeixen diferències estadísticament significatives ($p: 0,020$) en referència al sexe i la unitat de convivència. Els homes conviuen majoritàriament en parella (51,2% vs. 31,8%), per contra, les dones conviuen en un percentatge superior amb els fills que els homes (22,7% vs. 2,3%). En referència a la destinació a l'alta no hi va haver diferències estadísticament significatives, però sí que es van trobar en referència als dies de demora en l'inici de la intervenció per part de la treballadora social ($p: 0,034$), i és superior en el cas de les dones que en els homes (11,6 vs. 7,8 dies).

Complexitat de la intervenció del treball social i risc social relacionat amb l'estada mitjana i la destinació a l'alta

Mitjançant el coeficient de correlació de Spearman (ρ), es va dur a terme una anàlisi bivariada.

Es fa una correlació entre l'Escala de Gijón, l'Escala ECISACH-BCN PSMAR, l'estada mitjana i la destinació a l'alta amb la resta de variables de l'estudi.

L'Escala de Gijón abreujada es va relacionar amb els dies d'inici de demanda d'intervenció per part de treball social i amb l'Escala ECISACH-BCN PSMAR, així com amb la subescala de marc sociofamiliar i situació clínica. També es va relacionar amb la destinació a l'alta. La relació entre l'Escala de Gijón amb les altres variables es descriu a la taula número 2.

La taula número 3 mostra una correlació directa i mitjana entre l'Escala ECISACH-BCN PSMAR i l'estada mitjana i també amb l'Escala de Gijón, comentada ja a la taula número 2. Per contra, mostra una relació inversa en relació amb la destinació a l'alta.

Si analitzem les subescales de l'Escala ECISACH-BCN PSMAR s'observa que la subescala A. Marc sociofamiliar mostra una relació inversa amb l'edat i amb els dies de demanda d'intervenció, i positiva amb l'Escala de Gijón abreujada.

La subescala B. Situació clínica es correlaciona de forma positiva amb l'estada mitjana i amb l'Escala de Gijón abreujada i de forma negativa amb la destinació a l'alta. La subescala C, que fa referència al treball social hospitalari, es relaciona de forma positiva amb l'estada mitjana hospitalària, com es descriu gràficament a la taula número 4.

Compartint la pràctica professional

Podem relacionar el risc social i la complexitat d'intervenció per part del treball social amb l'estada mitjana hospitalària i amb la destinació a l'alta? Aplicació de l'Escala ECISACH-BCN PSMAR i l'Escala de Gijón com a instruments de valoració en treball social sanitari

Taula 2. Correlació de l'Escala de Gijón amb la demanda d'intervenció, Escala ECISACH-BCN PSMAR i destinació a l'alta

	ESCALA DE GIJÓN	
	Coefficient de correlació	Sig (bilateral)
Demanda d'intervenció	-0,253	0,021
Escala ECISACH-BCN PSMAR	0,479	0,000
Subescala A: Marc sociofamiliar	0,433	0,000
Subescala B: Situació clínica	0,313	0,004
Destinació a l'alta	-0,367	0,001

Font: Elaboració pròpia.

Taula 3. Correlació de l'Escala ECISACH-BCN PSMAR amb l'estada mitjana, destinació a l'alta i Escala de Gijón

	ESCALA ECISACH	
	Coefficient de correlació	Sig (bilateral)
Estanda mitjana	0,280	0,009
Destinació a l'alta	-0,228	0,034
Escala de Gijón	0,479	0,000

Font: Elaboració pròpia.

Taula 4. Correlació de les subescales de l'Escala ECISACH BCN-PSMAR amb edat, Escala de Gijón, demanda d'intervenció, estada mitjana i destinació a l'alta

	Coefficient de correlació	Sig (bilateral)
	A. Marc sociofamiliar	
Edat	-0,253	0,018
Escala de Gijón	0,433	0,000
Demanda d'intervenció	-0,241	0,025
	B. Situació clínica	
Estada mitjana	0,254	0,017
Destinació a l'alta	-0,215	0,045
Escala de Gijón	0,313	0,004
	C. Treball social hospitalari	
Estada mitjana	0,501	0,000

Font: Elaboració pròpia.

Es duu a terme la Prova de Kruskal-Wallis i s'obté una relació estadísticament significativa entre l'Escala de Gijón abreujada amb la destinació a l'alta ($P = 0,001$).

Si tenim en compte el global de l'escala ECISACH-BCN PSMAR podem afirmar que hi ha una relació entre el grau de complexitat de la intervenció de treball social amb els dies d'estada mitjana hospitalària, l'Escala de Gijón abreujada i amb la destinació a l'alta. Els pacients que van obtenir una puntuació superior a 40 punts en l'Escala ECISACH-BCN PSMAR (alta complexitat) van tenir una estada mitjana superior als 39 dies, i es va donar en el cas dels pacients que van ser èxits. Els pacients que van ser traslladats a centre sociosanitari van tenir una estada mitjana superior als 20 dies. Els pacients que van obtenir una puntuació superior a 10 punts en l'Escala de Gijón abreujada (deterioració social severa, alt risc d'institucionalització) van ser els que a l'alta hospitalària van ser derivats a un centre residencial.

Si desglossem l'Escala ECISACH BCN-PSMAR en les seves subescales obtenim una relació entre el marc sociofamiliar i l'edat, els dies d'inici de demanda d'intervenció i el risc social mesurat per l'Escala de Gijón abreujada. Així, els pacients més grans (81,60 anys) tenien una puntuació sobre la subescala sociofamiliar de 13,60 punts. En relació amb l'inici de la

Compartint la pràctica professional

Podem relacionar el risc social i la complexitat d'intervenció per part del treball social amb l'estada mitjana hospitalària i amb la destinació a l'alta? Aplicació de l'Escala ECISACH-BCN PSMAR i l'Escala de Gijón com a instruments de valoració en treball social sanitari

demanda per part de la treballadora social es descriuen els dos extrems, els de menys dies de demora (7 dies) són els que obtenen una puntuació més alta en la subescala sociofamiliar, més puntuació en l'Escala de Gijón i que van requerir ingrés en centre residencial a l'alta. Per contra, els de més demora (16 dies) van ser els pacients que van ser èxits.

La situació clínica es relaciona amb els dies d'estada mitjana hospitalària. La destinació a l'alta també és sensible a la situació funcional, els pacients que van ser donats d'alta a domicili eren més autònoms que els pacients que van ser institucionalitzats a l'alta hospitalària.

El treball social sanitari es relaciona amb els dies d'estada mitjana, els pacients que van obtenir major puntuació en aquesta subescala van ser els pacients que van ser èxits.

Les dades es poden observar en la taula número 5.

Taula 5. Relació de la destinació a l'alta amb l'edat, l'estada mitjana, la demanda d'intervenció, i les subescales d'ECISACH i de Gijón

Destinació alta		N	Mínim	Màxim	Mitjana	Desviació estàndard
Residència	Edat	12	65	93	77,92	9,229
	Estada mitjana	12	4	24	13,33	6,286
	Demanda intervenció	12	2	17	7,00	4,328
	SUBTOTAL A	12	5	19	13,42	4,502
	SUBTOTAL B	12	8	10	8,50	0,674
	SUBTOTAL C	12	9	22	15,67	3,822
	ECISACH-BCN PSMAR	12	26	47	37,58	6,171
	E. Gijón	10	9	14	11,60	1,578
	N vàlid (per llista)	10				
Èxits	Edat	5	71	93	81,60	7,956
	Estada mitjana	5	3	90	39,80	31,697
	Demanda intervenció	5	3	32	16,00	12,390
	SUBTOTAL A	5	8	21	13,60	5,595
	SUBTOTAL B	5	8	10	9,00	0,707
	SUBTOTAL C	5	11	22	18,00	4,359
	ECISACH-BCN PSMAR	5	35	49	40,60	5,225
	E. Gijón	5	6	11	7,80	1,924
	N vàlid (per llista)	5				

Compartint la pràctica professional

Ingrid Pineda Pérez

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

Font: Elaboració pròpia.

Podem relacionar el risc social i la complexitat d'intervenció per part del treball social amb l'estada mitjana hospitalària i amb la destinació a l'alta? Aplicació de l'Escala ECISACH-BCN PSMAR i l'Escala de Gijón com a instruments de valoració en treball social sanitari

Discussió

L'estudi presentat tenia tres hipòtesis: comprovar si existeix una bretxa de gènere en relació amb el nucli de convivència, l'estada mitjana hospitalària i la destinació a l'alta; determinar si el risc social i el grau de complexitat d'intervenció de treball social es relaciona amb la destinació a l'alta i amb l'estada mitjana d'ingrés hospitalari, i finalment estudiar quines variables es relacionen amb la situació sociofamiliar, la situació clínica i el treball social hospitalari. Podem confirmar que aquestes hipòtesis es compleixen.

La **primera hipòtesi** fa referència a la diferència de gènere. Una característica bàsica de l'esperança de vida és l'existència d'una important bretxa de gènere, favorable a les dones. La diferència important en la incidència de la mortalitat per sexes explica que tant en el moment del naixement com en edats avançades, les taxes de supervivència siguin superiors en les dones. Aquest fet determina el que en demografia es coneix com a feminització de la vellesa, és a dir, l'increment destacable dels efectius femenins sobre els masculins en edats avançades. En aquest estudi s'observa que el nombre de pacients ingressats de sexe masculí i sexe femení per al mateix període és similar. En relació amb el nucli de convivència hi ha una clara diferència per gènere, la proporció d'homes que conviuen en parella és superior que la de dones. La vida en parella té una influència directa en la qualitat de vida i la longevitat més alta de les dones afavoreix el benestar del seu cònjuge, que rep de la dona l'assistència de cures en cas de necessitat, situació que disminueix les possibilitats de vulnerabilitat com la pobresa o l'exclusió social. La convivència amb els fills contribueix a evitar les conseqüències negatives de la viudetat, si bé en aquest estudi les dones viuen soles en un percentatge menor. Semblaria que es dona una tendència més gran a la institucionalització dels homes a l'alta hospitalària, encara que no podem corroborar-ho estadísticament.

Les dones tenen una estada mitjana hospitalària superior als homes, fins i tot amb un risc social més baix i una situació sociofamiliar més favorable. Les dones tenen una situació funcional pitjor i requereixen més intervenció per part de treball social per planificar l'alta hospitalària. Les dones tenen una esperança de vida més llarga que els homes i, per això, presenten més morbiditat i incapacitat.

L'envelliment de la població constitueix un fenomen global a causa fonamentalment de la millora en les cures de la salut i la millora en els nivells de vida, així com del descens de la fertilitat i l'increment de l'esperança de vida. Les dones afronten l'envelliment de forma diferent que els homes. Salut, seguretat econòmica i facilitats d'allotjament són fonamentals per envellir amb dignitat, però les dones grans tenen més dificultats que els homes per accedir a aquest tipus de serveis.

Existeix un desequilibri entre els dos sexes en les persones grans a Europa, i aquest desequilibri té importants implicacions socials i indi-

viduals. A pesar que l'esperança de vida de les dones és superior a la dels homes, els anys en què la seva qualitat de vida és bona són més reduïts per a les dones que per als homes, atès que els últims anys del cicle vital exigeixen més cures i més atenció sanitària i no sempre es disposa dels recursos necessaris per garantir-los (Folguera, 2013). La incorporació de la perspectiva de gènere en les polítiques públiques en general i, en concret, en les polítiques de majors, és crucial per visibilitzar la situació de les dones grans i sobretot donada l'accentuada feminització de la vellesa (Ramos, 2013).

La **segona hipòtesi** d'aquest estudi es basarà en el risc social i en el grau de complexitat de la intervenció per part del treball social en relació amb els dies d'estada hospitalària i la destinació a l'alta. Es pot observar que hi ha relació entre la complexitat de la intervenció del treball social i els dies d'estada mitjana, però es descarta la correlació entre el risc social i l'estada hospitalària; això es deu al fet que són conceptes diferents, que estan relacionats entre si però no tenen per què estar d'acord amb l'estada hospitalària.

Cal destacar la relació existent entre risc social amb pitjor situació sociofamiliar, amb pitjor dependència funcional i situació de salut, amb menys dies d'espera d'inici de la intervenció per part de treball social, més complexitat d'intervenció per part de la treballadora social i amb la destinació a l'alta. Sí que s'observa que a més risc social disminueixen els dies de demora d'inici de demanda de treball social, la qual cosa pot ser degut a la implicació de l'equip mèdic i d'infermeria en la detecció precoç de les problemàtiques socials a través d'indicadors de risc facilitats en diferents sessions clíniques i protocols de detecció, i també es pot justificar per ser pacients ja vinculats a la xarxa social i pel fet que són les treballadores socials de serveis socials, dels centres d'atenció primària o altres institucions les que sol·liciten la demanda de coordinació en el moment de l'ingrés per poder planificar l'alta hospitalària. En el cas dels pacients que són èxits a l'hospital i es requereix intervenció per part de la treballadora social la complexitat és superior a causa de la multitud de gestions que s'han de dur a terme: localització de familiars, conèixer la vinculació amb serveis socials, situació econòmica, disposició d'assegurança de decessos, etc., i en cas que sigui necessari gestionar un enterrament de beneficència, tot això en el mínim temps possible ja que el cos es troba al dipòsit de cadàvers de l'hospital.

L'Escala de Gijón abreujada va confirmar la seva predicció de risc d'institucionalització, ja que va ser superior als 10 punts en els pacients que a l'alta van ingressar en un centre residencial. Cal destacar que els pacients que són valorats i que requereixen el trasllat a un centre sociosaniari tenen una estada mitjana hospitalària superior als 20 dies d'ingrés, aquesta espera pot ser deguda al fet que el trasllat dependrà de la disponibilitat de llits; l'àmplia espera mostra la necessitat de llits d'aquests dispositius.

En general, la complexitat d'intervenció per part de la treballadora social és superior en els pacients que s'institucionalitzen a l'alta que els

Podem relacionar el risc social i la complexitat d'intervenció per part del treball social amb l'estada mitjana hospitalària i amb la destinació a l'alta? Aplicació de l'Escala ECISACH-BCN PSMAR i l'Escala de Gijón com a instruments de valoració en treball social sanitari

que són donats d'alta al seu domicili. Aquesta dada pot ser pel fet que els pacients que no poden retornar al domicili i necessiten una residència segueixen un procés que requereix una intervenció més intensa: acceptació del canvi de recurs, cerca de recurs que s'adeqüi a les necessitats i circumstàncies personals (ubicació, disponibilitat de llit, recursos econòmics...), seguiment i assessorament.

La **tercera hipòtesi** mostraria que l'edat, el risc social i els dies d'espera d'inici de la demanda d'intervenció per part de treball social es relacionen amb la situació sociofamiliar, així, s'observa que la família actua com a factor protector. També s'observa que els dies d'estada mitjana hospitalària es relacionen amb la situació funcional i amb la destinació a l'alta. Els pacients amb una dependència alta són els que podrien necessitar més suport social en cas de retorn al domicili o buscar una alternativa al retorn al domicili en cas que sigui inviable, la qual cosa comportaria també una intervenció per part de la treballadora social més complexa.

El treball social sanitari com a disciplina sorgeix amb la finalitat d'ampliar la visió de l'atenció integral, de tractar no només els problemes de salut que presenta un pacient sinó també els factors socials (familiars, econòmics, higiènics, habitabilitat, equilibri psicològic, etc.) que poden agreujar o alleugerir la seva malaltia.

Sabem que, a més de la malaltia, cada vegada més les circumstàncies socials de les persones ingressades, pertanyin al grup d'edat que pertanyin, en condicionen la convalsència i el retorn al domicili. La convivència, les relacions familiars, l'autonomia personal, el caràcter i la manera de veure i enfocar la seva malaltia, la forma d'interpretar el seu futur, etcètera, influeixen que en el moment de l'alta mèdica, aquesta es pugui concretar sense riscos socials afegits. Es necessiten fórmules assistencials amb el suport d'instruments de treball que reforcin l'atenció proactiva i interdisciplinària per donar resposta a les necessitats.

La complexitat de la majoria dels casos socials relaciona variables de diversa índole que hem de conèixer i interpretar per poder-nos avançar a possibles necessitats diagnòstiques, les que emeten els professionals previ estudi del cas. Si els problemes socials i psicosocials de les persones ingressades en hospitals d'aguts són els que dificulten en gran manera el retorn a casa, sembla obvi que aquests s'han d'identificar com més aviat millor. No obstant això, el més important és que s'han de contextualitzar en l'univers de la persona. Els fets poden ser els mateixos, però quan canvien els factors, el desenllaç segueix altres camins de tractament social sanitari (Colom, 2011).

L'hospitalització és un moment de gran repercussió familiar, ja que la malaltia sol irrompre de forma imprevista i comporta una reorganització en el nucli familiar. Cada família viu la malaltia de forma particular, i els factors que fan que responguin d'una manera o d'una altra, i, per tant, que defineixin la predisposició de la família davant la malaltia, són nombrosos i variats, i es poden concretar bàsicament en els següents: el nivell de gravetat de la malaltia, el membre de la família malalt, la situació

socioeconòmica, la capacitat física i de responsabilitat que puguin assumir els familiars per cuidar el malalt, els recursos externs de suport de què disposin, la relació afectiva existent, la tensió emocional i l'experiència prèvia dels familiars davant la malaltia.

Però no tots els malalts compten amb familiars durant la seva hospitalització, ni de cuidador que els atengui de cara a l'alta hospitalària si retornen al domicili. Les circumstàncies que envolten aquesta situació són molt diverses i es poden donar per múltiples raons: pacient d'edat avançada els familiars del qual ja han mort o són massa grans per anar a l'hospital; pacient que està viu al carrer o en la indigència i ha perdut tota relació amb el seu nucli familiar; immigrant que viu sol al país, que té mala relació amb els seus éssers estimats, o simplement, que els familiars tenen molt limitat el seu temps i no poden estar amb ell. Aquests malalts generalment solen plantejar problemes socials en l'àmbit sanitari, que es tradueixen en prolongacions de l'estada hospitalària perquè puguin tornar al seu domicili (quan el tenen) en les millors condicions possibles, en derivacions a centres sociosanitaris perquè acabin de recuperar-se i puguin valer-se per si sols a l'alta o en ingressos en residències per a persones grans.

Conclusions

Es conclou de l'estudi que l'Escala de Gijón abreujada, que s'administra en el moment de la intervenció, és útil com a instrument predictiu sobre la destinació a l'alta i el global de l'Escala ECISACH-BCN PSMAR. En canvi, l'Escala ECISACH-BCN PSMAR, que s'administra en el moment de l'alta del pacient de l'hospital, facilitant-nos una informació a posteriori de la intervenció, és un instrument útil per a la planificació de recursos, dispositius i càrregues funcionals.

No hi ha gaires estudis que relacionin la complexitat de la intervenció social amb l'estada hospitalària, pel fet que l'únic instrument destinat a això s'ha validat recentment al castellà i l'Escala ECISACH-BCN PSMAR encara és poc coneguda a la resta d'Espanya. Ampliar estudis utilitzant aquest instrument innovador podria ser útil tant per a treballadors socials com per als gestors sanitaris per optimitzar i planificar recursos mèdics i socials.

Referències bibliogràfiques

- Colom, D. (2011). *El trabajo social sanitario: Los procedimientos, los protocolos y los procesos*. Barcelona: UOC.
- Folguera, P., et al. (Ed.) (2013). *Género y envejecimiento. XIX Jornadas Internacionales de Investigación Interdisciplinar*. Madrid: Ediciones de la Universidad Autónoma de Madrid.

Podem relacionar el risc social i la complexitat d'intervenció per part del treball social amb l'estada mitjana hospitalària i amb la destinació a l'alta? Aplicació de l'Escala ECISACH-BCN PSMAR i l'Escala de Gijón com a instruments de valoració en treball social sanitari

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