



**Universidad**  
Zaragoza

## Trabajo Fin de Máster

Contexto social y cronicidad de personas mayores de 65 años hospitalizadas en Servicio de Medicina Interna del Hospital Clínico Lozano Blesa

*Social context and cronicity of people over 65 years aged hospitalized in Internal Service of Lozano Blesa Clinic Hospital*

Autor/es

Jesús Salvador Alcover

Director/es

María Jesús Ballestín Miguel

Máster de Gerontología Social

Facultad de Ciencias de la Salud

2019

## **Resumen**

**Fundamentos:** La cronicidad está cobrando un papel cada vez más importante e influyente en la realidad epidemiológica de nuestra sociedad. Esto conlleva la necesidad de un cambio en el modelo de atención asistencialista que se está ofreciendo actualmente, para dar paso a otro que se centre más en la promoción, la prevención y la responsabilización del paciente sobre su propia salud. Pero para ello, es necesario estudiar la influencia de la cronicidad sobre el contexto social de estas personas, y las características generales que definen al mismo.

**Métodos:** El siguiente estudio transversal trató de averiguar las características que se dan más comúnmente dentro del contexto social de personas mayores de 65 años con enfermedades crónicas. Para ello, 48 pacientes hospitalizados en el Servicio “C” de Medicina Interna del Hospital Clínico Lozano Blesa (junto con algunos de sus cuidadores) fueron sometidos, previo consentimiento, a la aplicación de las escalas de Gijón, Zarit, Euroqol 5-D y un cuestionario de recogida de datos sociodemográficos.

**Resultados:** Los resultados permitieron comprobar el peso que este grupo poblacional supone para el Sistema Nacional de Salud, la alta influencia de la cronicidad sobre estas personas y sus familiares, la existencia de un alto porcentaje de situación de riesgo social en las familias de estos pacientes, una existencia reducida de casos de sobrecarga del cuidador y conformar en términos generales unas líneas básicas comunes que definían el contexto social de estas personas.

**Palabras clave:** cronicidad, enfermedad crónica, hospitalización, contexto social, cuidadores, tercera edad, salud percibida

## **Abstract**

**Background:** Cronicity is getting a higher importance and influence in the epidemiologic reality of our society. This deals with the necessity of a change in the model of asistencialist attention which is offered nowadays, in order to let pass to another more centrated in the promotion, prevention, and selfresponsability of the own health. But to get this, it is necessary to study the influence of the cronicity over their social context and the most common characteristics that define it.

**Methods:** This transversal study tried to find out the most common characteristics of the social context of elderly people over 65 years old aged with cronic diseases. To do it, 48 hospitalized patients of the *Servicio de Medicina Interna del Hospital Clínico Lozano Blesa* (and some of their caregivers), were told to complete, under permission, the Gijón, Zarit, Euroqol 5-D rating scales and a sociodemographic data questionarie.

**Results:** The results allowed to know the importance that this group of population has to the National Health System, the high influence of the cronicity over this people and their families, the existence of a high percentage of social risk cases, a minor existence of caregiver burden, and to generate in general terms a common description which defined the social context of this people.

**Key words:** *cronicity, cronic disease, hospitalization, social context, caregivers, elderly, perceived health.*

## Índice

1. Introducción: Antecedentes y estado actual del tema. 5	Pág.
1.1 Niveles sobre los que afecta la cronicidad	Pág. 7
1.2 Actuaciones	Pág. 13
2. Pretensiones académicas y justificación	Pág. 15
3. Hipótesis 16	Pág.
4. Objetivos	Pág. 16
4.1 Objetivo general	Pág. 16
4.2 Objetivos específicos	Pág. 17
5. Metodología	Pág. 17
5.1 Población (muestra), ámbitos de aplicación, criterios de inclusión y exclusión	Pág. 20
6. Resultados y discusión	Pág. 21
6.1 Resultados recabados a partir de la revisión de los datos sociodemográficos	Pág. 22
6.2 Resultados en calidad de vida percibida (Euroqol 5-D)	Pág. 29
6.3 Resultados de la Escala de valoración sociofamiliar “Gijón”	Pág. 33
6.4 Resultados del Cuestionario de Zarit	Pág. 33
6.5 Discusión, valoración general de los resultados	Pág. 34
7. Conclusiones	Pág. 41
8. Bibliografía	Pág. 46
9. Anexo	Pág. 48

## **1. Introducción: Antecedentes y estado actual del tema.**

A medida que se fueron conformando los Estados de Bienestar, la esperanza de vida ha ido creciendo paulatinamente debido, entre otras cosas, a las mejoras que se han producido en calidad de vida. Este incremento, trae consigo un cambio en la tendencia demográfica que nos advierte que durante los próximos años la pirámide poblacional se va a ensanchar en sus capas más altas y se estrechará por debajo, consecuencia de un descenso constante de la natalidad, entre otros factores. En datos, el Instituto Nacional de Estadística lo advierte argumentando que “el porcentaje de población mayor de 65 años, que actualmente se sitúa en el 18,2% pasaría a ser el 24,9% en 2029 y del 38,7% en 2064” (INE, 2014)

Este contexto, trae consigo que el patrón epidemiológico de la población vaya cambiando. Una de las que se ha visto incrementada (hasta el punto de ser dominante) es el grupo de las enfermedades crónicas, (puesto que se encuentra fuertemente presente en edades avanzadas) hasta el punto de que, según Albertí, F. *et al* (2017), “el 10% de estos enfermos crónicos serían responsables del 55% de las estancias hospitalarias”. A nivel general, Solves, J. J. (2013) recoge en su estudio que, además, “un 76% de las personas mayores de 65 años sufren, al menos, una enfermedad crónica.” Esto viene a revelar que 3/4 partes de las personas mayores de 65 años padecen una o más enfermedades crónicas, lo que ensalza todavía más la relevancia de este estudio.

Pero antes de continuar, es necesario dejar claro qué entendemos por enfermedades crónicas. Para Ruiz, A. (2013), estas serían “enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. [...] Son responsables del 63% de las muertes”. No obstante, dentro de la cronicidad, cabría distinguir a los pacientes crónicos complejos.

Según Ruiz, A. (2013), el paciente crónico complejo sería “aquel que presenta mayor complejidad en su manejo al presentar necesidades cambiantes que obligan a revalorizaciones continuas y hacen necesaria la utilización ordenada de diversos niveles asistenciales y en algunos casos servicios sanitarios y sociales.” Esta misma definición ya deja entrever por sí misma los altos costes sanitarios que los enfermos crónicos complejos pueden suponer para el sistema si elevamos la incidencia de estos casos a nivel nacional.

Por tanto, la situación que se ha descrito supondrá un enorme peso financiero que podría hacer insostenible el Sistema Nacional de Salud (SNS). Bengoa, R. (2015), expone en su estudio que, de no afrontar el problema de forma activa, el presupuesto sanitario debería incrementarse en un 45% hasta 2020. Hoy ya nos encontramos a un solo año de llegar a ese punto que describió el autor, sin embargo no es tarde para aunar esfuerzos desde todas las disciplinas para abordar el problema, y una de ellas podría ser el estudio que aquí se expone, si entre sus resultados se hallasen conclusiones que permitiesen afrontar la cronicidad de forma más eficiente y eficaz y se pudiese contribuir a conocer los aspectos sociales relacionados el grupo poblacional sobre el que se centra este estudio.

Antes de continuar quisiera hacer referencia al concepto de la calidad de vida y su relación con factores psicosociales, si bien es cierto que profundizaré en el contexto social más adelante.

Así, deberíamos entender que la calidad de vida (relacionada con la salud) es, según la OMS (1994), citada por Montes, E. (2016): “la percepción personal de un individuo sobre su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”. Por tanto, se puede observar que este término alude a una percepción totalmente subjetiva por parte de cada persona, y de esta manera dos personas distintas con diferentes formas de vida, estilos y condiciones, podrían percibir su calidad de vida mejor o peor aunque al compararlas fuesen totalmente diferentes. Esta “sensación de salud” es definida por Guillén, R. (2012), quien asegura que “es un sentimiento complejo que está influenciado por diversos factores; donde la familia, los profesionales de la salud y la propia sociedad, son más importantes que la más sofisticada tecnología”. Estos factores a los que se refiere la autora, formarían parte de un conjunto mayor que influiría en cada persona y la forma en la que viva su enfermedad tanto individualmente como a nivel familiar y social.

Montes, E. (2016) profundiza explicando que los factores psicosociales, dentro del ámbito de la calidad de vida, son: “los elementos psicológicos y sociales que tienen una influencia directa con la calidad de vida del anciano, y que nos indicarán la visión que este tiene sobre su salud, y el entorno que le rodea. Siendo, este último imprescindible, dado que influirá de manera indirecta, pero en gran medida la salud del anciano.”

Ignorar todo esto, podría conllevar efectos negativos para la persona y la evolución de su enfermedad crónica. Este es un problema actual identificado por Guillén, R. (2012), quien argumenta en su estudio que “la relación de ayuda interpersonal [...] hoy se sustituye por técnicas sofisticadas y se deshumaniza dicha relación por un cientifismo mal entendido”. La importancia de esta atención que debería incluir y nunca menospreciar la relación interpersonal podría, según la misma autora, “ser elemento indispensable para el bienestar psíquico; el sentimiento de que somos aceptados y reconocidos lleva a sentimientos de seguridad y de protección importantes para mantener la autoestima y el bienestar psicológico y mental.” Por tanto, se remarca la importancia e influencia del contexto social sobre el individuo, en este caso paciente, y su entorno a distintos niveles.

### **1.1 Niveles sobre los que afecta la cronicidad**

Pero la cronicidad no afecta únicamente a niveles generales estadísticos y financieros. En el ámbito individual, la situación de la persona y su contexto general también se verán afectados. Guillén, R. C. (2012), hablaba en su estudio de una consecuencia básica individual derivada del debut de una enfermedad crónica: la estigmatización. Desde este momento, la persona pasa a ser enferma crónica, y esta será una característica que la acompañará a lo largo de su vida. La misma autora, añade además que: “la persona que padece una enfermedad crónica, [...] está continuamente en tratamiento y raramente acusa un alivio importante; vive con su padecimiento, sus síntomas y las complicaciones que el mismo tratamiento provoca además de limitar su desarrollo y su bienestar físico, social y emocional.” La OMS (2014), refuerza esta idea al considerar que la enfermedad crónica significa para el paciente una interrupción en su estilo de vida (cuya gravedad variará dependiendo de la forma en la que se haya presentado la enfermedad: súbita o progresiva), los roles familiares y, en general, la forma de desenvolverse que tenía este paciente en la sociedad, entre otras cosas. Rico-Blázquez, M. *et al* (2013) desarrolla esta idea al afirmar la necesidad de atender a “la situación social, psicoafectiva, la vivencia que la persona tiene de la enfermedad, su contexto familiar (especialmente el cuidador principal), y el abordaje de las respuestas humanas que todo ello genera.” Así, el problema de la cronicidad salta la barrera individual y su efecto se extiende a la familia y, más fuertemente, a quien vaya a ejercer de cuidador informal. De esta forma, Barrera, L. *et al* (2011), citados por Moreno-

Fergusson, M. E. (2014), consideran fundamental una atención que se encamine al tratamiento de estas dos figuras: paciente y cuidador. Los mismos autores creen que de esta manera se podrían reducir los sentimientos negativos de la enfermedad que aparecen en paciente y cuidador durante el transcurso de la enfermedad. Precisamente sobre este último, Giraldo, D. *et al* (2017) subrayaron que “Esta circunstancia genera cambios importantes en la vida de los cuidadores a nivel personal, familiar, laboral y social.” Empezamos a ver así algunas de las esferas sobre las que la cronicidad y la situación del cuidado ejercen sobre las personas; estas y otras serán desarrolladas a continuación.

Con respecto a lo anterior, Rojas, M. V. (2007), asegura que el cuidador podría presentar, con el transcurso del tiempo, alteraciones: “físicas, sociales, económicas, emocionales, y espirituales [...] sentimientos de tristeza, agotamiento, o impotencia, entre otros.” Aquí empezamos a ver algunas de las consecuencias que el ejercicio del cuidado de forma tan mantenida en el tiempo como lo requiere una enfermedad crónica puede llegar a originar. De hecho, Rogero-García, J. *et al* (2009), citados por Rico-Blázquez, M. *et al* (2013), consideraron que “el cuidado informal está considerado como un acontecimiento vital estresante, llegando incluso a presentar niveles mayores de estrés en los cuidadores que en los propios enfermos”. Dada su importancia, la sobrecarga del cuidador también será estudiada durante el trabajo de campo mediante el cuestionario de Zarit.

Concretando, en el caso de las personas ancianas con enfermedades crónicas, Sánchez, B. (2004) apunta que “El anciano con enfermedad crónica en muchas ocasiones calla su sintomatología para no preocupar o molestar a otras personas. Otras veces, cuando el anciano se queja, recibe respuestas que minimizan su problema y asimilan la enfermedad con la edad.” Esta característica es única de este grupo de edad cuando presentan este problema y los hace más vulnerables, y no es sino un comportamiento derivado de la sensación de carga que el paciente intuye que está siendo para la familia ante una situación en la que no cabe mejoría sino, en el mejor de los casos, mantenimiento estable en el tiempo.

Cabe apuntar brevemente que el rol de cuidador informal se encuentra fuertemente condicionado por lo que en la literatura se ha definido como la feminización del



cuidado. Llibre, J; Guerra, M. A y Perera, E. (2008) coinciden con esto mismo cuando en su estudio señalan que normalmente es una mujer quien suele asumir el rol de cuidadora principal del paciente. Años más tarde, Sousa, M. F. *et al* (2016) argumentaron que, por razones culturales, se asigna a las mujeres el papel de cuidar, y las hijas únicas (sin hermanos o hermanas) se veían, estadísticamente, más propensas a ofrecer cuidado a familiares.

Otras autoras que fundamentan esta influencia de la feminización del cuidado, son Zepeda-Álvarez, P. J. y Muñoz-Mendoza, C. L. (2018), quienes argumentaron, citando a del Río Lozano, M. *et al* (2013), que “las mujeres expresaron que la obligación de convertirse en cuidador estaba vinculada a roles de género socialmente adquiridos, y que los hombres asumen este rol solo cuando no existen mujeres en su círculo familiar cercano”.

El contexto social podría ser visto como otro de los niveles sobre los que la cronicidad causa efectos negativos. Se entiende que este contexto social, haría referencia a los aspectos sociales-relacionales, económico-laborales, familiares, culturales, educativos, y relacionados con el lugar donde vive, en este caso España, de la que se entiende que cuenta con determinada legislación y sistemas de bienestar. Todo esto, influirá sobre la persona y cambiará la forma en la que viva y entienda su enfermedad, su situación, y así ocurrirá también con sus familiares, quienes además distribuirán el rol de cuidador directa o indirectamente. Sobre esta última idea, Esquivias, M. T. (2012), citada por Estrada, A. (2012), añade que “las actitudes se vinculan a un rol de conducta, asumido de forma personal y espontánea”. En base a todo esto, se puede reiterar la importancia de estudiar el contexto social de estos pacientes, cosa que este estudio pretende.

En relación con este rol, lo encontramos enmarcado dentro de unas normas morales construidas en la sociedad y al cual se le atribuyen una serie de presupuestos, condiciones, o actitudes que se esperan de la persona que lo ejerce. Esta idea ya fue desarrollada por Bunge, M. (1982), citado por Benítez, J. C. (2010), quien además explicaba las normas de convivencia social que se construirían en cada código moral dependían enteramente de las características de la sociedad en la que se diesen, y por tanto podrían diferir en unas con respecto a otras.

De esta forma, Rico-Blázquez, M. *et al* (2013) afirman al respecto que: “las desigualdades sociales en salud hacen alusión al impacto que factores como la clase

social, el nivel de estudios, el grupo étnico o el lugar de residencia tienen sobre la distribución de la salud en una población.” Estos autores refuerzan la idea mencionada anteriormente, pero aun así es necesario detallar aquellos aspectos que se han considerado parte del contexto social en el párrafo anterior. Freeman, S. (2018), haría referencia también a este fenómeno cuando en su estudio apuntaba que las inequidades en salud no solo se encuentran entre sociedades ricas y pobres económicamente, sino también dentro de estas a través de la escala social. Así, entendía que “la pobreza y el estatus socioeconómico [...] constituyen un nuevo signo en la evaluación de la salud y el bienestar”.

Los costes económico-laborales tienen que ver con la repercusión económica que genera el ejercicio del cuidado de forma continuada cuando se realiza en un contexto de enfermedad crónica. Se habla de los costes económicos para el SNS, por supuesto, pero en esta parte me refiero más a los individuales-familiares derivados de la compra de medicinas, utensilios de ortopedia, o incluso la contratación de apoyo en el domicilio. El estudio de Fletcher, E. *et al* (2012), citado por Mareque, M. y Moreno, J. O; indicaba que el tratamiento de los pacientes en el hogar suponía un incremento en el coste de los cuidados para la familia de 98 libras más por paciente. En España, pese a que la Seguridad Social financie total o parcialmente algunos medicamentos e incluso reintegre el coste de las ayudas técnicas ortopédicas en base a determinados criterios, no quita que estos gastos puedan suponer todavía un gran impacto en determinadas familias o individuos si sus recursos son más bien escasos. Por ejemplo, en el caso del reintegro por la compra de productos ortopédicos, el hecho de que sea la familia quien deba adquirirlos por su cuenta en primer lugar puede generar en ocasiones un sobrecoste sobre su capacidad económica que podría ser inasumible.

Profundizando más en estos costes, Cerquera, A; Galvis, M. y Pabón, D. (2014), resaltan los problemas laborales y legales que la persona podría desarrollar dada su condición. El ejercicio del cuidado requiere de tiempo y dedicación, y esta misma paulatinamente restará tiempo de productividad a la persona en su profesión pudiendo generarle inestabilidad laboral. Una idea con la que Abiola, A. *et al* (2016) estaría de acuerdo y añadiría que en EEUU las estadísticas mostraban en estos casos un incremento del absentismo laboral. (Bolge, S.C. *et al* (2009) citado por Abiola, A. *et al* (2016).

Esta última consecuencia, por supuesto, tiene relación con la reducción de los ingresos propios (y en definitiva del hogar). El cuidado de este tipo de pacientes requiere de una dedicación que oscila entre casi y totalmente completa según la enfermedad se va desarrollando. Esto hace que el cuidador informal deba, en muchas ocasiones, abandonar su puesto de trabajo para poder dedicar su atención exclusiva al paciente, lo que por supuesto supone una merma importante de los ingresos de los que dispone. (Ferrara *et al.* 2008, Miller *et al.* 2012, Prince *et al.* 2012, Xiao *et al.* 2014; citados por Liu, S. *et al.* (2016)).

Los costes sociales-relacionales y familiares poseen igual impacto sobre la persona y su condición mental y física. Como se ha comentado, el contexto social define a las personas y marca sus rutinas, su personalidad, cotidianidad, formas de relacionarse, etc. Todo esto se ve trastornado cuando la persona comienza a ser cuidadora informal de un paciente enfermo de Alzheimer, puesto que progresivamente toda su situación personal irá cambiando. Sus relaciones se podrían deteriorar hasta llegar al aislamiento y por supuesto todo esto acabaría teniendo efectos tanto psicológicos como físicos para sí misma. Sobre este aislamiento hablan Pérez, M. y Llibre, J. (2010) en su estudio cuando lo califican como una de las consecuencias más comunes en los cuidadores de pacientes de Alzheimer.

Por otra parte, Aldana G. y Guarino, L. (2012) hablan también de los conflictos familiares que se producen en el entorno del cuidador, muchas veces porque no existe consenso en la familia para distribuir la tarea de cuidar o la forma de hacerlo, o directamente porque no existe involucración por parte del resto de miembros de la familia, retirando su apoyo al cuidador principal. Esta idea sería defendida también por Pérez, M. y Llibre, J. (2010).

En cuanto a los aspectos culturales y educativos, Balieiro, A. *et al.* (2010) ponían en consideración, tras haber revisado algunos estudios, que los factores culturales podían modificar la relación entre los síntomas comportamentales y psicológicos de las enfermedades crónicas y el estrés del cuidador. Esto podría deberse a la importancia y la influencia que la cultura tiene sobre las personas para afrontar los conflictos y dificultades que se les presentan, otorgándoles un sentido, un motivo, y legitimando una forma de respuesta en consecuencia.

De esta manera, en conjunto, en contexto social del individuo estaría constantemente influyendo sobre todas las esferas de su vida, incluyendo la salud. Un ejemplo de esto se encuentra en un estudio realizado por Borrell, C. *et al* (2006), quienes resaltaron entre sus resultados que aquellos hombres que pertenecían a clases sociales más desfavorecidas fumaban más que aquellos que pertenecían a clases sociales más altas. Para comprender los motivos que podrían llevar a este resultado, no hay más que volver a observar el entorno, el contexto de esas personas en esos dos tipos de clases sociales diferentes, empezando en aspectos tan pequeños como la información que disponen sobre salud, hábitos, formas de vida, etc. para terminar hablando de aspectos más generales como las desigualdades en salud o los determinantes sociales de la salud, entre otros.

Otro aspecto al que es necesario prestarle atención es el de los denominados Determinantes sociales de la salud. Tamayo, M; Besoain, A. y Rebolledo, J. (2016), entendían que estos son “las condiciones en las que las personas se desarrollan [...] impactan en sus vidas, condición de salud y nivel de inclusión social”. En base a esta definición, se podría entrever la importancia de tomarlos en cuenta. Desde el Sistema Nacional de Salud, se ha impulsado la importancia de la atención a estos determinantes, aunque esto se detallará más adelante. La OMS (2019), los define como “circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. [...] Resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. “Para el abordaje de estos Determinantes sociales de la salud (en adelante, DSS), la propia OMS publicó el Informe final de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud. (2009) Una de las consideraciones que aparecen en este informe, se encuentra directamente ligada al trabajo, y es que según esta comisión “las personas socialmente desfavorecidas tienen menos acceso a los recursos sanitarios básicos y al sistema de salud en su conjunto.” Esto es porque estos DSS abarcan todo el contexto en el que el individuo se desenvuelve y que afectan directamente a su salud y sus posibilidades de mantenerla en buen estado, sin olvidar todas las variables comentadas anteriormente. Así, tal y como aseguran Borrell, C. *et al* (2006) “la doble cobertura sanitaria influye en la generación de desigualdades según la clase social, sobre todo en cuanto las prestaciones no cubiertas por los servicios públicos, como es el caso de la visita al dentista”. Como resultado, el hecho de que exista un Sistema Nacional de Salud público desbordado y uno privado al

que únicamente pueden permitirse acceder cierto determinado tipo de personas, constituye en sí mismo una desigualdad y, de acuerdo con las conclusiones de los autores anteriores, sería necesario potenciar la formación e información al respecto en los profesionales y la ciudadanía e impulsar el estudio de este fenómeno.

## **1.2 Actuaciones**

Ante el panorama descrito, El Ministerio de Sanidad impulsó la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud en el año 2012. Esta estrategia pretendía establecer objetivos y recomendaciones que permitieran orientar la organización de los servicios hacia la mejora de la salud de la población y sus determinantes, la prevención de las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico y su atención integral. (Ministerio de Sanidad, 2012). Además, la elaboración de esta estrategia perseguía “orientar la organización del SNS a mejorar su prevención [refiriéndose al impacto de la cronicidad] y la adecuación de los servicios a las nuevas necesidades de atención.” (Ministerio de Sanidad, 2012). Este supone un punto de inflexión a nivel nacional en lo referente a la concepción que se tiene sobre la cronicidad y sus efectos a largo plazo tanto en los individuos como para el propio sistema.

Por tanto, la cronicidad debía ser abordada a nivel nacional no solo por motivos de epidemiología y gestión eficiente de los recursos de los que se disponen, sino porque también afectaría a la sociedad en su conjunto, generando desigualdades. De hecho, ya en esta estrategia impulsada por el Ministerio de Sanidad (2012), se advertía la relación entre los problemas de salud crónicos y las dificultades socioeconómicas. Es por esto que se tomó la decisión de ubicar uno de los pilares de la estrategia en los conocidos como determinantes sociales de la salud, buscando así implicar a los pacientes en el cuidado de su propia salud. Esta última idea también se relaciona con los cambios que una enfermedad crónica produce en la persona, pues la enfermedad crónica supone modificar estilos de vida, roles y rutinas tanto en el paciente como en su cuidador. (Moreno-Fergusson, M. 2014)

Al respecto, desde la estrategia, se proponía el abordaje interdisciplinar de la cronicidad frente al seguimiento de las patologías agudas que estaba predominando. Este abordaje, por supuesto, incluía el ámbito social para buscar “la máxima participación del paciente

y su entorno” y así garantizar la continuidad en los cuidados. (Ministerio de Sanidad, 2012). En este sentido, la estrategia establece que los profesionales encargados del diagnóstico y tratamiento de la problemática social, así como de la coordinación para el acceso de otros recursos socio-sanitarios es de los trabajadores sociales sanitarios.

Por otra parte, a nivel autonómico, contamos con Programa de atención a enfermos crónicos dependientes del Gobierno de Aragón (2008), que contemplaba, como característica especial a nombrar y para aquellos pacientes susceptibles de ser beneficiarios si cumplían con los criterios de inclusión, la posibilidad de recibir cuidados domiciliarios básicos o continuados, además de otros beneficios ofrecidos por convenio con este programa por parte de otras entidades ajenas al Departamento de Sanidad.

A nivel de afrontamiento, Rico-Blázquez, M. *et al* (2013) entienden que: “El paciente crónico complejo ha de desarrollar estrategias de afrontamiento que le permitan adaptarse constantemente a su situación cambiante y a la evolución de la enfermedad”. De esta forma, los autores ponen atención sobre la forma en la que la enfermedad crónica afectaría y cambiaría la vida del individuo a distintos niveles y la forma en la que se continuaría desarrollando como persona. No obstante, los mismos autores aportan claves concretas para desarrollar este afrontamiento, al afirmar que “para ello, habrá que potenciar su autoestima y generar niveles de capacitación y empoderamiento mediante los cuales adquiera un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud.” Sin embargo, la capacidad de afrontamiento estaría fuertemente ligada a la situación social en la que la persona mayor con enfermedad crónica se encuentra.

Otro nivel de actuación relacionado con la situación que nos ocupa tendría que ver con los DSS. El Informe Final de la Comisión de DSS de la OMS (2009) facilita, aunque a nivel general y global, cinco claves a promocionar e impulsar. De ellas, podrían destacarse las tres siguientes por guardar una relación más cercana con el tema que se ocupa en este estudio:

1. Centrar la gestión y la planificación urbana alrededor de la salud y la equidad sanitaria.
2. Promover la equidad sanitaria entre las zonas rurales y las zonas urbanas mediante inversiones sostenidas en el desarrollo rural, combatiendo políticas y

procesos de exclusión que generen pobreza rural, y den lugar a procesos de privación de tierras y al desplazamiento de la población rural de sus lugares de origen.

3. Velar por que las políticas económicas y sociales que se apliquen para afrontar el cambio climático y cualquier otro tipo de degradación medioambiental tengan en cuenta la equidad sanitaria.

Se podría considerar que estas medidas, en definitiva, se orientan a la lucha contra la propia inequidad sanitaria. Esto pudiera ser porque esta se convirtiese en resultado de otros muchos factores que se encuentran presentes en el contexto de la persona, y así las inequidades en salud podrían ser vistos como una de las causas que cambiarían la forma en la que la persona sobrellevaría su situación de cronicidad y haría frente a los cambios y cuidados que tendría que implantar en su vida. La OMS así lo considera, y expone en el Informe Final citado anteriormente la siguiente propuesta al respecto: “Aplicar políticas de protección social universal de amplio alcance o mejorar las existentes para que toda la población disfrute de un nivel de ingresos suficiente y pueda tener una vida sana.” Y es que la importancia del efecto de las políticas públicas no puede pasarse por alto para afrontar el efecto de los DSS, como así lo consideró también Benach, J. (2004), citado por Borrel, C. *et al* (2006), cuando afirmó que “las desigualdades en salud pueden reducirse si se aplican las intervenciones y políticas públicas sanitarias y sociales adecuadas”. Por tanto, se entiende que los DSS deben ser incluidos entre las prioridades políticas en cuanto a actuación sanitaria y modelo sanitario, algo que, pese a que es cierto que se ha hecho durante los últimos años, necesitaría de profundización.

## **2. Pretensiones académicas y justificación**

Este Trabajo Fin de Máster pretende profundizar en el contexto social de las personas mayores de 65 años que padecen de enfermedades crónicas, precisamente para conocer los detalles que rodean la situación crónica de esta persona. Detalles relativos a su familia, cuidador principal, domicilio, situación social y económica, su paso por el Sistema Nacional de Salud, entre otros que nos permitan comprender la forma en la que la cronicidad ha afectado a la vida del paciente e incluso revelar aspectos en los que la atención proporcionada no haya sido la adecuada o necesite de un refuerzo.

La visión que se ha dado de la salud desde el cambio de definición de la misma propuesto por la OMS (1948), supone que la salud se compone de dimensiones física, social y mental. Esta fue la base que haría que posteriormente fuese evolucionando en España el Sistema Nacional de Salud tal y como lo conocemos actualmente, junto con influencias procedentes de la Conferencia de Alma Ata (1978), que sería la base de la creación de centros de Atención Primaria que pretenden estar más cerca del ciudadano y Hospitales y Centro de Especialidades que permiten complementar la atención en todas sus esferas. Encontrándonos en este contexto, cabe resaltar el interés que puede tener el conocer el contexto social de este tipo de pacientes para así poder mejorar y diversificar la forma en la que se les atiende. Así, el factor riesgo/beneficio de este estudio vería inclinada su balanza más hacia el beneficio que hacia el riesgo, que sería inexistente, puesto que pretende profundizar en el contexto social de estas personas mediante Escalas Validadas (Zarit, Gijón, Euroqol 5-D), previa facilitación del documento de consentimiento informado.

Cabe decir que, al respecto, la investigación existente no abunda demasiado. Por tanto, aunque a un nivel reducido, este estudio podría ser uno de los que diera pie o sirviera como base para, en un futuro, profundizar todavía más en este ámbito. Por otra parte, en el presente, podría reforzar el conocimiento que se tiene actualmente y guiar nuevas formas de atención de la cronicidad en las personas mayores.

### **3. Hipótesis**

Esta investigación parte de la siguiente hipótesis:

Las personas mayores con enfermedades crónicas pueden requerir de estancias medias largas por presentar un contexto social más desfavorable y encuentran dificultad para acceder a los recursos sociales que necesitan.

### **4. Objetivos**

Con el desarrollo de este estudio transversal se ha perseguido la consecución de los siguientes objetivos generales y específicos:

**4.1 Objetivo general:** Conocer en profundidad el contexto social de los pacientes mayores de 65 años con enfermedad crónica ingresados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Clínico Lozano Blesa.



## **4.2 Objetivos específicos:**

1. Comparar el nivel de sobrecarga de sus cuidadores mediante el cuestionario de Zarit.
2. Estudiar la calidad de vida percibida por estas personas con la Escala Euroqol 5-D
3. Indagar sobre su situación sociofamiliar con la Escala “Gijón” de valoración socio-familiar en el anciano.

## **5. Metodología**

Se realizó un estudio descriptivo y transversal durante el mes de abril para conocer el contexto social de pacientes mayores de 65 años con enfermedad crónica ingresados en la Unidad de Medicina Interna “C” del H.C. Lozano Blesa.

Para ello, se definió una variable principal (Evaluar el contexto social de estas personas) y tres específicas:

1. Evaluar la calidad de vida de estas personas mediante la utilización de la escala Euroqol 5-D.

El Euroqol 5-D, posee un esquema que lo divide en 5 ítems: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión y finalmente una puntuación subjetiva sobre el estado general de salud en el momento actual.

2. Evaluar la situación sociofamiliar del anciano a través de la Escala Gijón de valoración sociofamiliar.

Esta escala, cuya población objetivo son las personas mayores de 65 años, establece la posible existencia de riesgo social cuando se alcanza una puntuación mayor o igual a 16 mediante la suma de las puntuaciones de cada uno de sus ítems. Estos, se dividen en: situación familiar, económica, vivienda, relaciones sociales y apoyo de la red social. Dentro de las mismas, se plantean una serie de opciones a las que se les ha adjudicado una puntuación en función del riesgo que suponen.

3. Evaluar la carga del cuidador principal (si fuese un tercero) mediante Test sobre la carga del cuidador de Zarit.

Esta escala mide la sobrecarga que padece el cuidador de una persona dependiente. Se divide en 22 preguntas que deben ser valoradas del 0 al 4 por el propio cuidador. La puntuación máxima, por tanto, es de 88. Normalmente, se considera que no existe sobrecarga con puntuaciones inferiores a 46; que se encuentra presente con puntuaciones que oscilen entre 46 (inclusive) y 56 (exclusive); y que existe una intensa sobrecarga con puntuaciones superiores a 56

Por otra parte, se diseñó un cuestionario de elaboración propia con el objetivo de recopilar datos sociodemográficos de la población estudiada. En este, se recogían aspectos como la edad, sexo, o referentes a ámbitos más genéricos como vivienda, situación económica, o zona de residencia habitual, entre otros. El contenido de este cuestionario puede ser consultado en el apartado 9.1 del anexo.

Todo esto fue medido durante el mes de abril de 2019.

La metodología de este estudio se establece según sus objetivos, técnicas, y otros matices que se detallan a continuación.

Por los objetivos que se han expuesto anteriormente, este estudio tiene carácter exploratorio, puesto que busca realizar un acercamiento a la realidad de un tema que todavía no se ha estudiado muy ampliamente.

En cuanto al alcance temporal, sería transversal dado que la recogida de información se limita a un determinado período de tiempo.

Las técnicas utilizadas fueron cuantitativas, por el uso de Escalas de valoración (Escala “Gijón” de valoración socio-familiar en el anciano, Euroqol 5-D y el Cuestionario de Zarit). También se habría elaborado un cuestionario de recogida de datos sociodemográficos para tratar de complementar la información facilitada por el resto de escalas y la relación posterior en la discusión.

Las escalas fueron administradas por el propio investigador principal en cada una de las habitaciones, tratando de encontrar el momento más idóneo para el paciente a lo largo de la mañana, sin ser necesario que los pacientes volvieran a contactar posteriormente con el equipo investigador (salvo que quisieran hacer uso de sus derechos expuestos a través del consentimiento informado).

Por otra parte, las fuentes obtenidas fueron mixtas, ya que se obtuvo información de primera mano y fruto de la revisión de distintos estudios que hacen referencia al tema tratado.

Se trató por tanto de un estudio observacional, transversal y descriptivo, y los datos se analizarán según lo establecido en el cronograma propuesto. (Apartado 9.2 del anexo).

Para alcanzar las conclusiones del estudio se analizarán en conjunto los resultados de cada una de las escalas, se extraerán porcentajes, conclusiones y relaciones entre ellas. Se contará con la ayuda del programa informático Excel.

Cabe mencionar que para poder desarrollar todo esto se pidió permiso a la propia Dirección del Hospital y al Comité de ética de la investigación de la Comunidad de Aragón (en adelante, CEICA), los cuales aparecen adjuntos en el apartado 9.3 del anexo.

En cuanto a aspectos éticos, se entiende que el riesgo de esta investigación fue inexistente debido a que únicamente evaluó mediante Escalas de Valoración el contexto social de estas personas previo consentimiento. Por tanto, no se requirió de ninguna póliza de seguros ni se prevén medidas para minimizar los daños más allá de facilitar la documentación relativa al consentimiento informado y el respeto en la libertad de decisión del propio paciente para participar o no.

Los datos personales fueron tratados de forma anónima, y previamente se informó tanto al paciente como al cuidador de los fines para los que se recogían y sus derechos al respecto.

Por otra parte, se consideró que la interferencia con las tareas sanitarias y asistenciales del servicio es mínima, ya que se utilizó el momento más conveniente para aplicar las

escalas a la persona. La forma de participación familiar fue mediante la valoración de la carga del cuidador con cuestionario de Zarit, y previo consentimiento.

Durante todo el proceso se respetaron los principios de bioética de no- maleficencia, ya que la participación no generaba efectos adversos en el participante ni en su familia; de justicia, porque se incluía a todos los sujetos presentes en el periodo estudiado y no repercutía en la distribución de recursos o atenciones a terceras personas; de autonomía, porque se solicitó consentimiento; y de beneficencia, ya que permitió conocer la situación y condiciones de vida de las personas mayores y ello pudo orientar para definir estrategias de atención más adecuadas y específicas.

## **5.1 Población (muestra), ámbitos de aplicación, criterios de inclusión y exclusión**

La población tomada se compuso del total del que se dispuso durante el mes de abril dentro del servicio seleccionado. Este tamaño resulta pertinente al tratarse de un estudio transversal. En este caso, la población total ascendió a 58 personas, de las cuales 50 encajaban según criterios de inclusión y 48 accedieron a participar, constituyendo así la muestra de población.

### **5.1.1 Ámbito de aplicación**

Pacientes mayores de 65 años ingresados en el Servicio de Medicina Interna “C” del H.C. Lozano Blesa.

### **5.1.2 Ámbito geográfico y temporal**

Servicio de Medicina Interna “C” del H.C. Lozano Blesa, gestionado por el Servicio Aragonés de Salud, durante el mes de abril de 2019.

### **5.1.3 Criterios de inclusión**

Los criterios de inclusión recogieron a aquellas personas mayores de 65 años, ingresados en el Servicio de Medicina Interna “C” del H.C. Lozano Blesa.

Los pacientes que cumplían con los criterios de inclusión fueron localizados mediante la ayuda del sistema informático del HP-HIS, mediante el cual se podrá concretar la habitación y cama en la que se encuentra cada paciente.

#### **5.1.4 Criterios de exclusión**

Fueron excluidos por tanto los pacientes menores de 65 años o que carecían de cuidador y que, debido a su condición física o mental, no resultaron capaces de contestar a los distintos cuestionarios o hacerlo en sus plenas facultades.

### **6. Resultados y discusión**

En este apartado me dispongo a representar gráficamente y relacionar los resultados del trabajo de campo realizado. Para ello, resaltaré aquellos que considere de mayor relevancia y relegaré el resto al anexo. Todos los gráficos que aparecerán a continuación son de elaboración propia.

De entre los resultados generales, cabe incidir en que la duración de la estancia media en el servicio de Medicina Interna “C” para la población a la que atiende este estudio, osciló entre los 5.8 y 7.9 días, pudiendo extraerse una media aritmética de 6.4 días de hospitalización. Estos datos fueron recabados gracias al programa informático HP-HIS, para cuya utilización se solicitaron todos los permisos correspondientes que acompañan la entrega de este Trabajo Fin de Máster.

Concretando las cifras, cabe recordar que el total de la población de sujetos que se encontraban ingresados en el Servicio de Medicina Interna “C” fue de 58 pacientes. De estos, 50 (86’2%) encajaban según los criterios de inclusión, y de ellos 48 (96%) accedió a participar. Por esto, se entiende que aunque la muestra no sea representativa y las conclusiones posteriores no sean extrapolables, los indicios que de este estudio se deriven acerca de la descripción del contexto social de estas personas podrían ser válidos a pequeña escala. Este grupo de participantes se compuso de 27 hombres y 21 mujeres, de entre 65 y 95 años, y de los cuales se pudo obtener la participación también de 27 cuidadores principales.

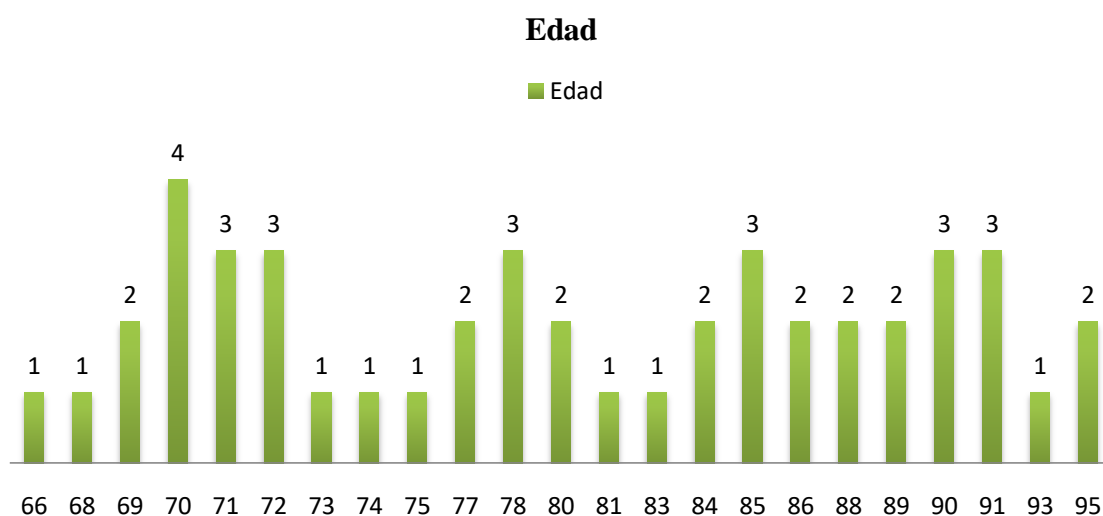
Por otra parte, tener en cuenta que el 99% de los participantes eran de ascendencia española y se habían desenvuelto toda su vida en España, por lo que su cultura, tradiciones, y el marco legal en el que desarrollaron sus vidas eran similares. Por tanto, no habría que olvidar estas características a la hora de realizar un estudio a una escala mayor, puesto que aquellas personas que compartan una religión, costumbres, o hayan vivido gran parte de su vida en otra cultura, comprenderán y afrontarán su situación de

distinta manera a como lo hacían, en este caso, estos pacientes de nacionalidad española.

En cuanto al nivel educativo, predominó el no tener estudios o el haberlos realizado hasta la educación primaria, aunque se dio alguna excepción de educación superior. El trasfondo de esta característica es fácilmente reconocible si se analiza el contexto histórico en el que estas personas tuvieron que desarrollar su infancia, adolescencia y edad adulta.

## 6.1 Resultados recabados a partir de la revisión de los datos sociodemográficos

### 6.1.1 Edad

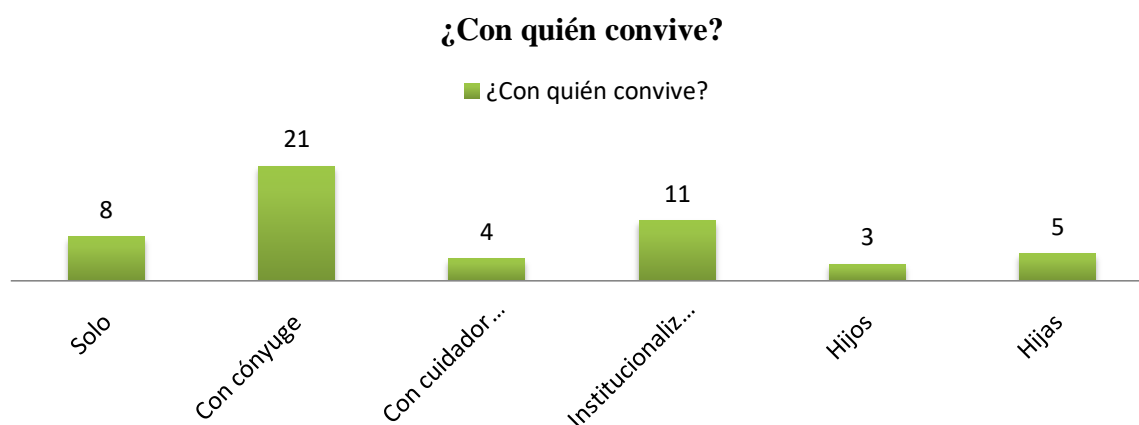


El gráfico de edades de las personas encuestadas refleja el incremento de la esperanza de vida tendente en nuestra sociedad desde hace años. En este caso, llegamos a encontrar 2 personas de 95 años que contarían con la edad más longeva del conjunto. Por otra parte, el valor referente a la moda lo encontramos a la edad de 70 años, con un total de 4 de las personas encuestadas. Los siguientes niveles más elevados se situarían a los 78, 85, 90 y 91 años, con tres personas en cada uno de ellos.

Una de las cosas que más me llama la atención de estos resultados es el gran espectro de edad generado, desde los 66 hasta los 95, lo cual, como ya he comentado, está relacionado con el incremento de la esperanza de vida y deja entrever los efectos del mismo. En una gráfica agrupada en intervalos de edad (apartado 9.4 del anexo), la

representación deja entrever una fuerte presencia e importancia de aquellas edades comprendidas entre los 85 y 92 años, lo cual reforzaría la idea de la tendencia de envejecimiento poblacional y alargamiento de la esperanza de vida que estamos viviendo demográficamente. Sin embargo, lo que sería interesante conocer es si la calidad de vida acompaña este crecimiento o decae conforme se incrementa la edad. Esto podremos observarlo más adelante revisando los resultados del resto de escalas.

### 6.1.2 Convivencia



En este caso, el resultado más elevado lo obtienen aquellas personas mayores de 65 años que conviven con su cónyuge, representando el 43'8% del total. No obstante, llama la atención que el siguiente dato lo ocupen las personas institucionalizadas con un 22'9%. En muchos casos, cuando uno de los miembros de la pareja fallece, el otro podría decidir ingresar en una residencia si no se ve capaz de vivir solo. En caso contrario, es común que pasen a vivir con sus hijos, pero sobre esto resulta llamativo que el porcentaje de hijas (10'4%) supere al de hijos (6'3%); hijas que, en la mayoría de los casos, coincidirían con el rol de cuidador informal principal.

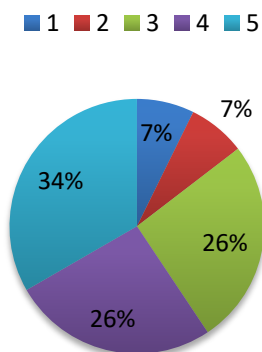
Volviendo a las personas mayores de 65 años que viven solas, resulta destacable que el 63% de ellas llevaban en esta situación más de tres años. Esta gráfica puede encontrarse en el apartado 9.5 del anexo.

### 6.1.3 Cronicidad

La prevalencia de las enfermedades crónicas en edades avanzadas también se refleja en los datos recogidos, puesto que el 94% de las personas encuestadas padecían una o varias de ellas. Esta gráfica también puede encontrarse en el apartado 9.6 del anexo.

Sin embargo, resulta todavía más interesante la valoración personal del impacto que estas enfermedades crónicas tienen sobre la vida cotidiana de estas personas. En una escala del uno al cinco, estas personas afirmaron lo siguiente:

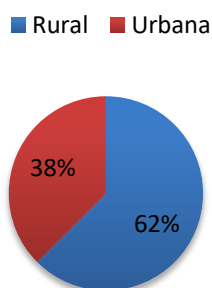
### Valore el impacto que las enfermedades crónicas han tenido en sus capacidades de socialización y autonomía



El porcentaje mayor se encuentra en el nivel más alto, el cinco, con un 34% de respuestas. Esto está relacionado con la parte subjetiva del hecho de vivir con una o más enfermedades crónicas y que varía en cada persona. Como ya se ha comentado en la introducción, la forma con la que se trabaje desde el ámbito sanitario y social con estas personas podría inclinar la balanza a favor de un mejor sobrellevado de la situación de cronicidad del paciente tanto por sí mismo como por su familia, e incluso el impacto que ésta tiene en su contexto social.

#### 6.1.4 Vivienda

##### Zona de residencia habitual



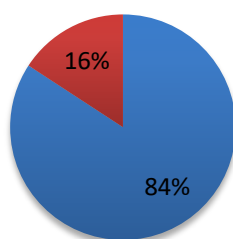
Como se muestra, la zona de residencia habitual predominante ha sido la urbana con una representatividad del 62'5%. El dato interesante resultó de la observación de que las personas que residían en zonas rurales fueron quienes menos dificultades de acceso



tenían a su vivienda, y en general presentaban una leve diferencia en cuanto a la cantidad de barreras arquitectónicas que presentaban sus viviendas con respecto a los participantes que dijeron residir en zona urbana. En una gráfica más concreta se ve representado de la siguiente manera:

### Zona de residencia rural y facilidad de acceso a la vivienda

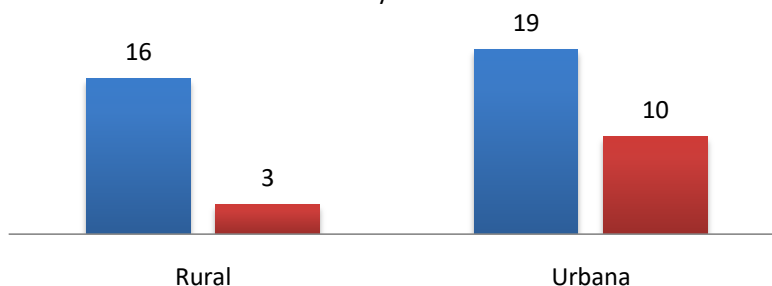
- Zona de residencia habitual y facilidad de acceso a vivienda Sí
- Zona de residencia habitual y facilidad de acceso a vivienda No



Así, el 84% de las personas que habitualmente residen en el mundo rural encontrarían fácil el acceso a su vivienda. Esto no quiere decir que una vez allí no puedan existir otras limitaciones, algo que veremos más adelante. Un gráfico conjunto y comparativo entre el mundo rural y urbano evidenciaría las diferencias de la siguiente forma:

### Zona de residencia rural/urbana y facilidad de acceso a la vivienda

- Zona de residencia habitual y facilidad de acceso a vivienda Sí
- Zona de residencia habitual y facilidad de acceso a vivienda No



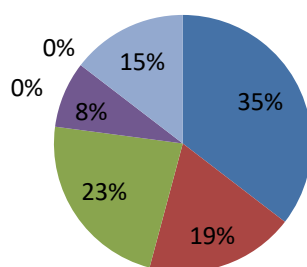
Pese a que el número de afirmaciones en la facilidad del acceso a la vivienda supere en el mundo urbano al rural, lo interesante serían el número de negaciones con respecto a la misma cuestión, mucho menor en la zona rural. Por tanto, se podría deducir que, a nivel de vivienda, el mundo rural encuentra un grado de accesibilidad arquitectónico mejor que en aquellas construidas en la ciudad.

### 6.1.5 Ayuda de tercera persona

El 79,2% de las personas encuestadas han confirmado que necesitan de ayuda de tercera persona en mayor o menor grado, representando así una amplia mayoría. Si nos detenemos a observar el parentesco que esta tercera persona, a la que se ha identificado como cuidador principal, se denota una amplia mayoría en el protagonismo de las “hijas”, con un 35% de presencia, seguidos del cónyuge (la mayoría de las veces referidos a mujeres) con un 23%. La gráfica lo representa de la siguiente forma:

#### Tipo de parentesco o relación con el cuidador informal principal

■ Hija ■ Hijo ■ Conyuge ■ Tercera persona ■ Hermana ■ Hermano ■ No necesita



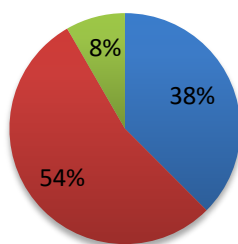
En estos resultados se puede leer entre líneas la presencia de la histórica feminización del cuidado que han desarrollado todas las sociedades y que he comentado en la introducción. Por la influencia de esta, el rol de cuidador informal principal suele asumirlo una persona de género femenino, bien sea cónyuge, hija o hermana (aunque esta última no haya obtenido representación en este estudio).

### 6.1.6 Recursos económicos

Aunque el 87% de las personas encuestadas dispongan de recursos económicos propios (datos que pueden verse en su respectiva gráfica en el apartado 9.7 del anexo), lo que resulta llamativo es que el 54'2% declaraba disponer de menos de mil euros mensuales, tal y como podemos ver en la siguiente gráfica:

### Valor aproximado de la pensión del paciente

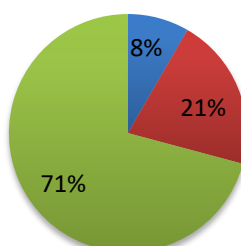
■ Más de 1000€ ■ Menos de 1000€ ■ No tiene



Aunque todavía más preocupante resulta ese 8'3% de personas que no dispone de ningún tipo de ingreso (y que por tanto depende por completo de sus familiares, con todas las consecuencias que para ellos supone). En conjunto, estaríamos hablando de un 62'5% de personas mayores de 65 años con unas pensiones mínimas o inexistentes. Estos datos continúan siendo preocupantes incluso si consideramos la posibilidad de que estas personas convivan con su cónyuge. Lejos de mejorar, estos son los resultados:

### Valor aproximado de la pensión del cónyuge

■ Más de 1000€ ■ Menos de 1000€ ■ No tiene



Sólo el 8% de los cónyuges posee una pensión que supere los mil euros, frente al 92% de personas que contaría con unos ingresos por debajo de esta cifra o bien inexistentes.

Cabe tener en cuenta que en muchas ocasiones el “cónyuge” representa a mujeres nacidas antes del año 1954, y crecieron por tanto en una época en la que las mujeres no disponían de las mismas oportunidades laborales que los hombres, teniendo que dedicarse en la mayoría de ocasiones al cuidado del hogar, lo que en la actualidad ha supuesto que muchas de ellas no posean pensión de jubilación. Aunque es cierto que

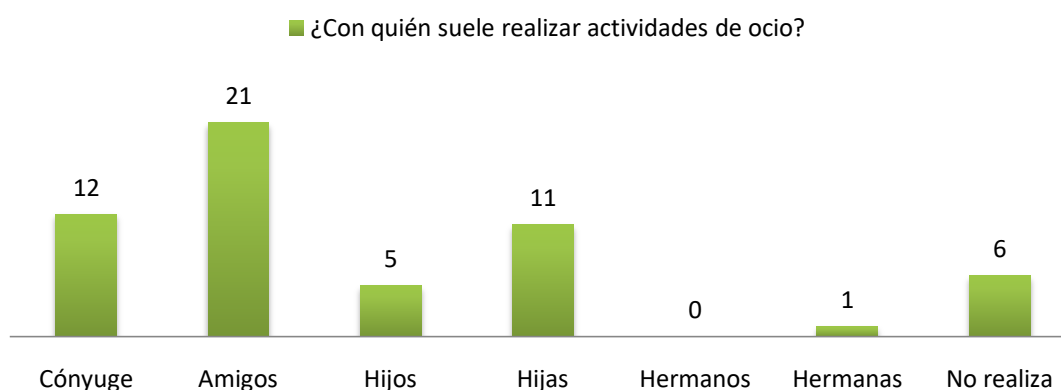
existen alternativas a este tipo de pensión, también es verdad que son recursos que, de cumplir los requisitos para su obtención, suponen unos ingresos muy reducidos.

Esta situación deja entrever la presión económica que pueden sufrir las familias cuando tienen que cuidar de sus miembros mayores si estos no disponen de recursos para hacerlo por sí mismos. En este sentido, resultaría necesario reforzar nuestro sistema de atención a la dependencia para que se redujesen los tiempos de espera de las resoluciones y valoraciones y se pudiera proteger a los ciudadanos que se encuentren en esta situación. Por otra parte, sería igualmente necesario el trabajo desde las instituciones sanitarias para comenzar a abordar la parte social y personal de la cronicidad para mejorar su atención, como también se mencionó en la introducción.

### 6.1.7 Actividades de socialización

Se ha comentado anteriormente que la socialización era una parte muy importante en la persona y su salud. Los datos recogidos en esta encuesta reflejaron que las mujeres suelen realizar más actividades de ocio con sus mayores con un 22'9% frente a los hombres, con un 10'4% de representación en el gráfico. Aunque en este caso predominen las actividades con amigos (43'8%), no se puede negar que de nuevo se aprecia la influencia de la feminización del cuidado.

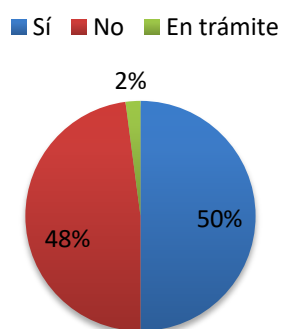
#### ¿Con quién suele realizar actividades de ocio?



Por otra parte, también ha quedado reflejado que un 13% de las personas encuestadas no realiza ningún tipo de actividad que conlleve socialización, con todos los riesgos y perjuicios que esto conlleva. Los datos de esta gráfica están disponibles en el apartado 9.8 del anexo.

### 6.1.8 Valoración de la dependencia

¿Ha sido usted valorado de la dependencia?



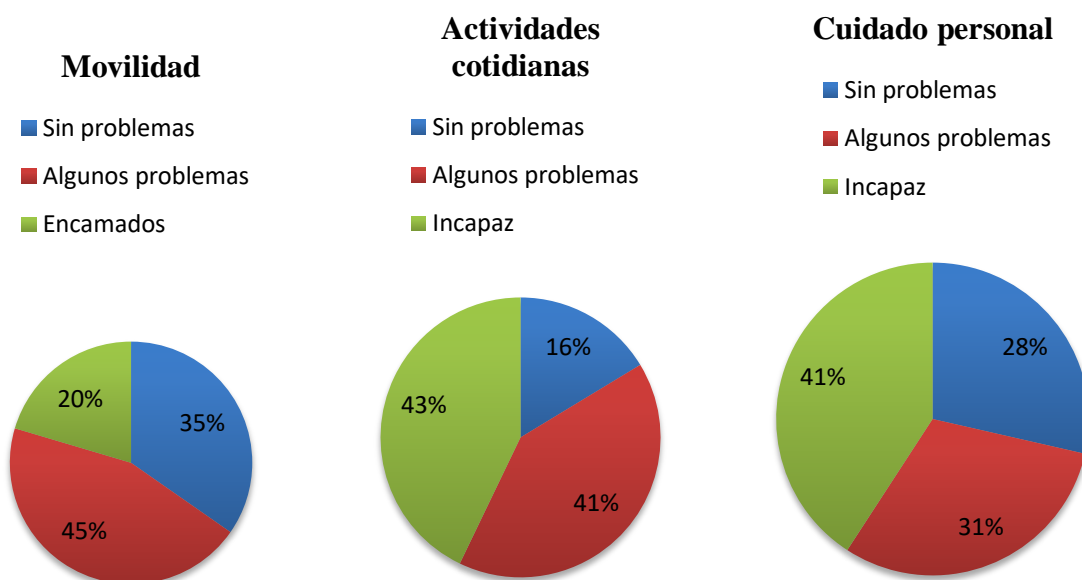
A raíz de esta representación gráfica, se puede observar que 23 de los 48 participantes (48%) no tenían el reconocimiento del grado de dependencia, con todos los recursos sociales disponibles que ello supone para la persona. Esto podría deberse a diversos motivos, entre ellos desinformación a todos los niveles por la falta de trabajadores sociales, lentitud burocrática, o falta de coordinación para identificar potenciales candidatos a solicitarla, entre otros. Además, este alto porcentaje se puede relacionar con la necesidad de potenciar los recursos sociales de los que disponemos y ampliar los existentes para reducir las listas de espera y llegar a toda la población que lo necesite. Atender a este ámbito social de las personas podría ayudar a atender de forma más global la salud de estas personas y, en consecuencia, a reducir el gasto sanitario generado por los mismos.

### 6.2 Resultados en calidad de vida percibida (Euroqol 5-D)

Los resultados del Euroqol 5-D deberían permitir conocer la calidad de vida relacionada con la salud percibida por los pacientes que han participado en este estudio. Todos los gráficos que aparecen a continuación son fruto de una elaboración propia derivada de la reflexión, el manejo y la relación de los datos extraídos.

Para repasar los datos recabados a partir de este cuestionario, analizaré sus ítems agrupándolos en dos bloques.

## 6.2.1 Movilidad, actividades cotidianas y cuidado personal



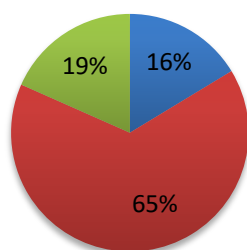
Individualmente, se puede destacar que el 65% de las personas encuestadas manifestaron padecer algún tipo de grado de dificultad para su movilidad. Sin embargo, es también en esta categoría (en relación con este conjunto de tres) donde encontramos el mayor porcentaje de personas que no tiene problemas, con un 35%. A su vez, resulta mucho más llamativo que este porcentaje se incrementa con aquellas personas que resaltan algún grado de dificultad en la realización de sus actividades cotidianas o su cuidado personal, elevándose hasta el 84% y 72%, respectivamente.

Por su parte, el 43% y 41% de las personas encuestadas se consideraron incapaces de realizar sus actividades cotidianas o de llevar a cabo su cuidado personal, también respectivamente. Esta cifra podría ser alarmante en tanto que aquellas personas que compartiesen estas condiciones deberían de necesitar de ayuda de tercera persona y, previsiblemente, de nuestro sistema sanitario y social. Podría resultar un porcentaje muy elevado si consideramos los recursos que se demandarían en este sentido, y por tanto se podría entender la importancia no solo de gestionarlos bien, sino también del tipo de atención a ofrecer, su enfoque, y los ámbitos sobre los que se aborde la situación de la persona.

## 6.2.2 Dolor/malestar y ansiedad/depresión

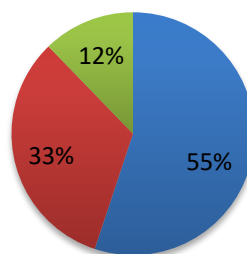
### Dolor/Malestar

- Sin problemas
- Algunos problemas
- Incapaz



### Ansiedad/Depresión

- Sin problemas
- Algunos problemas
- Mucha ansiedad/depresión

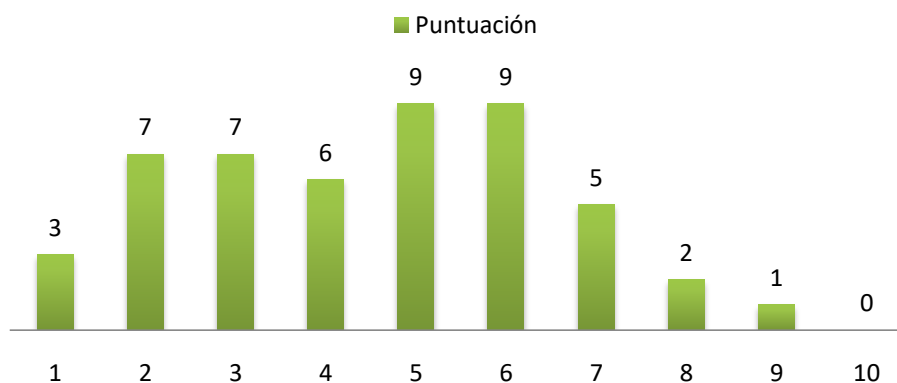


Comparar estos diagramas entre sí, sin olvidar los anteriores, permite observar que entre las personas encuestadas los problemas de dolor y malestar son los que muestran una mayor incidencia, puesto que representan el 65% de los casos totales y podría sumar el 19% que englobaría a quienes padecen, a su juicio, mucho dolor y/o malestar.

Por otra parte, los resultados parecen indicar que la ansiedad y la depresión son el factor que menos incidencia tiene sobre estas personas. Un 55% de las personas encuestadas manifestaba no tener ningún problema de este tipo. Por tanto, los síntomas físicos mostrarían, en principio y en este estudio, una prevalencia mucho mayor que el resto.

## 6.2.3 Puntuación subjetiva sobre el estado general de salud

### Puntuación subjetiva otorgada



Esta puntuación representa la valoración numérica en una escala del uno al diez que cada persona otorgó a su propio estado de salud en el momento de la encuesta. Antes de nada, cabe recordar que esta percepción es totalmente subjetiva, y por tanto una salud percibida y puntuada como “mala” no siempre tiene motivos clínicos que la respalden. A su vez, también es importante reconocer que estas personas, en el momento en el que se les planteó esta cuestión, se encontraban ingresadas en un hospital por diversos motivos, algo que por supuesto pudo haber influido en la elección de puntuaciones bajas. No obstante, este ítem del Euroqol 5-D busca precisamente esto, que se conteste a esta pregunta en base a su situación exactamente en el momento actual.

Resalta a simple vista que el punto dominante se encuentra entre las valoraciones de cinco y seis, seguidos de dos y tres y destacando el diez por no tener ninguna representación. Lo que podría llevar a reflexión tiene que ver con el hecho de que la mayoría de las personas mayores de 65 años no se imaginan darle una puntuación de siete o más a su propia salud, punto a partir del cual se podría considerar que se posee una salud, al menos, notable.

Como ya se ha dicho, el punto más alto lo obtienen las puntuaciones de cinco y seis, (que en porcentaje representarían el 38% del total) lo que vendría a ser un estado de salud aceptable pero mejorable. No obstante, este pico no se aleja demasiado del que muestran las puntuaciones dos y tres, y esto es lo preocupante, porque un 28% de estas personas mayores de 65 años perciben su propia salud como muy mala, alejada de la puntuación cinco.

Otra consideración general a destacar requeriría de agrupar las puntuaciones uno a cuatro y cinco a diez para comparar el total de personas que percibieron su propia salud como “mala” y los que lo hicieron como “buena”. Así, se podrían contar 23 personas que la valoraron negativamente y 25 que lo hicieron positivamente. Aunque la parte positiva sea mayor, también es cierto que no lo es por demasiada diferencia, y todo esto se podría relacionar con la percepción que puedan tener sobre la vejez, concepto que desde el ámbito sanitario y social defendemos como activo y útil. Si se impulsase el abordaje de la vejez y sus problemas derivados desde todas las esferas que componen la vida de la persona, quizás la percepción de su salud cambiaría. Esto podría deberse a que la promoción y prevención sanitaria y social junto con un modelo de atención heterogéneo e interdisciplinar efectivo conllevarían una mejora sobre el estado de salud

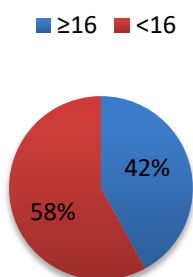


general de la persona y, por tanto, de unos ingresos hospitalarios más reducidos, motivo que también influye sobre su percepción de salud.

### 6.3 Resultados de la Escala de valoración sociofamiliar “Gijón”

En este caso, el conjunto de los datos obtenidos reveló la siguiente información contenida en este diagrama circular:

#### Puntuación Escala de valoración sociofamiliar "Gijón"

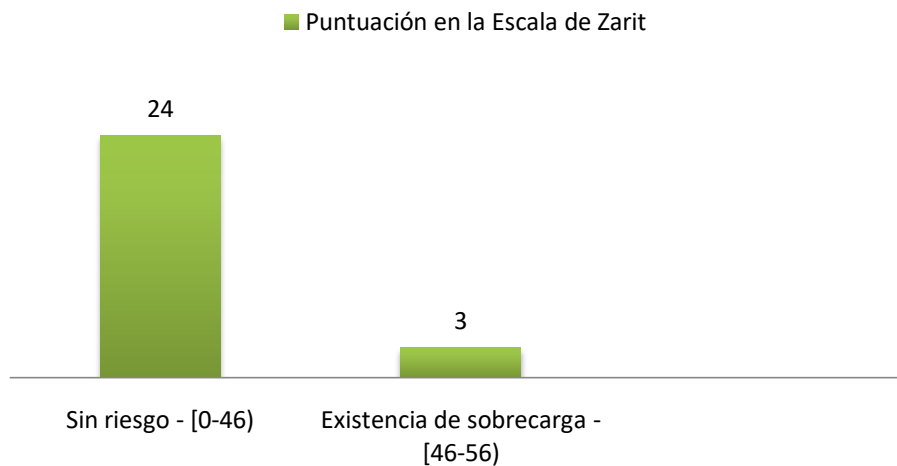


Como puede apreciarse, el porcentaje mayor de representación lo obtienen las personas y familias que obtuvieron menos de 16 puntos, con un 58% de incidencia sobre los resultados. No obstante, no se puede negar el impacto del 42% de personas y familias que sí se encuentran en situación de riesgo social. De no ser abordado, este riesgo social podría traer consecuencias a distintos niveles tanto para la persona como para su familia, atendiendo a las distintas esferas que componían el contexto social de una persona y que fueron comentadas en la introducción de este trabajo. Parece claro que sería necesario potenciar los recursos de los Servicios Sociales para que pudieran atender debidamente estos casos, sin embargo, la cantidad de recursos y prestaciones necesarias por parte de este colectivo podrían verse, de nuevo, reducidas si se trabajase desde un principio en la prevención de este tipo de situaciones de riesgo y en el abordaje integral y efectivo de la situación de la persona en conjunto con el Sistema Sanitario.

### 6.4 Resultados del Cuestionario de Zarit

A continuación podemos ver los datos extraídos y representados en un diagrama de barras.

## Puntuación en la Escala de Zarit



A simple vista se puede observar que los cuidadores de la gran mayoría de personas que participaron en este estudio, no muestran riesgo alguno de padecer un nivel de sobrecarga preocupante. Aún así, sí se dan casos de sobrecarga que, por supuesto, deberían ser abordados interdisciplinariamente. A su vez, estos resultados no reflejaron existencia de sobrecarga intensa entre los cuidadores participantes.

Comparando, se pudo observar que los casos en los que sí dio lugar la existencia de sobrecarga fueron aquellos que más se habían extendido en el tiempo.

A lo largo de la introducción se han expuesto las consecuencias que conlleva la sobrecarga del cuidador y los efectos que tiene sobre su persona y su entorno. Es por esto por lo que, aunque en este marco temporal hayan sido una minoría, deben ser atendidos por los Servicios Sociales y el Sistema Sanitario mediante los mecanismos, programas, atención y prestaciones de servicio y económicas con los que actualmente contamos, sin olvidar la necesidad existente de una ampliación y refuerzo de los recursos que para este fin se disponen actualmente.

### 6.5 Discusión, valoración general de los resultados

En general, los objetivos propuestos al inicio de la investigación se han visto cumplidos.

El nivel de sobrecarga de los cuidadores fue comparado, dando como resultado sorprendente una escasa incidencia entre los participantes. No obstante, sí se pudo extraer la conclusión de que aquellos casos en los que se dio la sobrecarga fueron aquellos que se referían a situaciones de cuidado mantenidas en el tiempo. Esto es algo

que Zepeda-Álvarez, P. J. y Muñoz-Mendoza, C. L. (2018) confirmaron también en su estudio, aunque estas autoras añadieron también, citando a Corbalán, M. *et al* (2013), Souza, A. L. R. *et al* (2017) y del Río Lozano, M. *et al* (2017), que “la sobrecarga del cuidador se relaciona con el nivel de dependencia de la persona cuidada, el deterioro cognitivo, el tiempo dedicado al cuidado y las características propias del cuidador”. Por tanto, existirían diversos factores a los que atender y abordar cuando desde nuestro sistema se intente trabajar con estos cuidadores para aliviar su situación.

Las causas que podrían estar detrás de los casos de sobrecarga destacados, podrían guardar relación con las consideraciones que Giraldo, D. *et al* (2017) compartieron en su estudio, al afirmar que: “las personas con familiar con enfermedad crónica tienen la obligación de desempeñarse como cuidadores, pero no cuentan con la orientación requerida y no se han propiciado mecanismos sólidos y colectivos para apoyarlo en su responsabilidad.” Los mecanismos y orientación a los que se refieren estos autores tendrían que ver con la visión preventiva de la sanidad que actualmente se quiere promocionar, en la búsqueda de una redirección de la atención que abandone el intervencionismo agudo y trabaje en la prevención y promoción para conseguir educar a las personas en su propia salud, con los múltiples beneficios personales-individuales y económicos y sanitarios generales que esto supondría. Al mismo tiempo, la “obligación de desempeñarse como cuidadores” de la que hablaban estos autores, guardaría relación con las sociedades, sus culturas y tradiciones y con la histórica feminización del cuidado, términos a los que hice referencia en la introducción.

Por otra parte, no hay que olvidar que en este caso estamos hablando de sobrecarga subjetiva, algo que Blanco, V. *et al* (2019) relacionaban con la reacción emocional que experimenta el cuidador dada su situación. Así, aunque existiesen indicios objetivos de una posible existencia de sobrecarga, su presencia no se confirmaría si la propia persona no la experimenta como tal, y esto se habría podido dar en este estudio al expresar los cuidadores encuestados determinados pensamientos o expresiones que dejaban entrever una clara situación de sobrecarga y que, sin embargo, a la hora de valorar su situación como tal por ellos mismos, no la concibieron de esta manera, entendiéndola en muchas ocasiones como un deber o responsabilidad que aceptan y desarrollan. Aquí entrarían en juego otras cuestiones culturales, educativas, ideológicas, espirituales... que harían que cada persona, en función de todo lo anterior y de la forma en la que se ha desenvuelto y

desarrollado en la sociedad y su propio entorno más cercano, viviesen su situación como cuidadores más o menos fácilmente como una sobrecarga. De esta forma, y volviendo al estudio, habría que tener en cuenta que por supuesto todo esto se encontraba presente en las personas encuestadas, y por tanto explicaría en este caso este resultado obtenido que, sin embargo, sorprende.

La calidad de vida percibida por estas personas también fue comparada, tal y como se planteó en los objetivos.

Los resultados mostraron un leve adelanto numérico de aquellos que consideraban que su estado de salud era “aceptable” frente a aquellos que la valoraban como “mala”. Lo que hay que resaltar es que, de nuevo, nos encontramos en un terreno muy subjetivo, como así lo explicaba también Rodríguez, S. E. *et al* (2017) al argumentar que “calidad de vida en ancianos incluye la percepción y evaluación que realizan de su entorno social y ambiental, así como las alternativas propiciadas por el Estado y la sociedad.” Además, esta autora refuerza esta idea citando a Osorio, P; Torrejón, M; y Anigstein, M. (2011), quienes añaden que también “se deben considerar las condiciones particulares que han influido durante el proceso de envejecimiento individual, es decir, su trayectoria de vida y sus vivencias”. De esta forma, parece lógico que los resultados obtenidos puedan discrepar de otros disponibles en la literatura, dada la subjetividad de los mismos.

Para profundizar en esta cuestión, es necesario atender a las causas que podría haber detrás de las puntuaciones que se obtuvieron. Dejando a un lado las consideraciones de los autores del párrafo anterior, el estudio de los resultados obtenidos lleva a la idea de que parece existir una relación directamente proporcional entre el grado de autonomía de las personas y su capacidad para desarrollar sus actividades cotidianas con la puntuación que se conceden a sí mismos. Así, a peor grado de autonomía y desarrollo de su cotidianidad, peor sería también la puntuación que se otorgasen a sí mismos. Leidy (1994) citado por Benítez, J. C. (2010), estaría de acuerdo con esta idea al entender la calidad de vida como “un concepto multidimensional caracterizado por la capacidad de proveerse de las necesidades para la vida, esto es, lo que la gente reúne para sus necesidades básicas en el curso normal de su vida, que cumple con sus funciones y mantiene su salud y bienestar.” Al respecto, el primer autor añade que esta consideración no solo debe referirse al funcionamiento físico, sino también al psicológico, social y espiritual. Otro autor al que cita para fundamentar esta idea es

Ebrahim (1995), quien vería la calidad de vida como el “valor asignado a la duración de la vida como modificación del estado funcional, percepciones y oportunidades sociales que han sido influenciadas por la enfermedad, daño, tratamiento o las políticas.” Y es aquí donde, también y entre otros conceptos, podríamos relacionar la influencia que la cronicidad tiene sobre las personas y su contexto.

Por otra parte, el dolor podría haber sido también muy influyente a la hora de considerar una puntuación que darse. No hay que olvidar que estamos hablando de personas con enfermedades crónicas, y su situación de cronicidad puede marcar, como se dijo en la introducción, su situación emocional, entre otras cosas. Rodríguez, S. E. (2017) se refería también a esto cuando explicaba en su estudio que “el dolor crónico [...] afecta a la función física, psicológica y social del enfermo”. De esta manera, la idea de que el dolor (sea o no crónico, si bien es cierto que el dolor crónico supondría la permanencia de esta situación en el tiempo con un consiguiente mayor desgaste psicológico) experimentado en el momento o los días cercanos a la realización de la encuesta pudiera influenciar en su respuesta aparecería reforzada.

Finalmente, y de acuerdo con los objetivos planteados, se indagó acerca de la situación sociofamiliar de estas personas mediante la Escala “Gijón” de valoración socio-familiar en el anciano.

Los resultados mostraron la existencia de un 42% de casos de familias en riesgo social, una cifra preocupante que permite entrever la necesidad de reforzar los recursos de los que disponen los Servicios Sociales para ayudar a las familias y de reforzar todavía más la cooperación entre estos y el propio Sistema Sanitario, como también debería reforzarse el papel que desempeña el trabajador social sanitario con una consecuente ampliación de personal para fomentar la detección precoz de casos de riesgo social, entre otros aspectos. Profundizando en los resultados, se pudo observar que aquellos casos que se resaltaron como en riesgo social, destacaban además por contar con una situación familiar frágil que delegaba en una sola persona la tarea del cuidado (y aquí se incluirían los tres casos de sobrecarga), sumado a la escasez de recursos económicos para hacer frente a los gastos básicos propios del cuidador y a la cobertura de las necesidades de la persona crónica dependiente, o la soledad, entre otros.

En consecuencia, por supuesto, la calidad de vida percibida por las personas en riesgo social fue, en general y en base a los resultados, más baja. En el apartado 9.9 del anexo puede encontrarse una gráfica al respecto.

La interrelación entre todos estos factores y la calidad de vida percibida, es algo que Ruiz-Dioses, L; Campos-León, M; y Peña, N. (2008) explicaron también en su estudio citando a Litwin, H. (2006), Bowling, A. y Browne, P. D. (1991), y Zunzunequi, M. V. *et al* (2004), argumentando que las personas adultas mayores “sin soporte familiar o una red sociofamiliar adecuada tienen mayor mortalidad, depresión, alteraciones cognitivas y una percepción de un peor estado de salud que aquellas que sí lo tienen”. La existencia de esta influencia reflexiva entre el riesgo social y la calidad de vida percibida, podría dejar entrever la existencia de una relación a gran escala, quizás un nivel macro que englobase la incidencia recíproca que ejercería la situación social de la persona y su entorno sobre el resto de esferas que componen al individuo. Así, ésta tendría efectos sobre la forma en la que se sobrellevaría la cronicidad, con sus consecuencias clínicas, fisiológicas, psicológicas y sociales correspondientes a nivel individual, y el nivel de sobrecarga del ejercicio del cuidado si existiese cuidador; y la calidad de vida que perciben estas personas. Al mismo tiempo, como he comentado al inicio del párrafo, estos factores podrían tener un efecto de vuelta sobre la situación social de la persona, pudiendo agravarla.

El motivo por el que sitúo la situación social del individuo (y por extensión de su familia) en el centro de esta cuestión, tiene que ver con la hipótesis de la que partía este estudio; y es que las personas más desfavorecidas tienen menos acceso a recursos sanitarios básicos, algo que la OMS (2005) ya advertía en su Informe Final de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Benítez, J. C. (2010), llegó incluso a añadir que existía una mayor frecuencia de mortalidad entre las personas que ocupan posiciones sociales más bajas frente a las altas. La importancia de atender a estos determinantes sociales de la salud ha sido comentada también en la introducción, pero lo interesante es que el mismo autor apunta que aquellas intervenciones sanitarias sobre estos grupos o poblaciones que se han centrado únicamente en lo curativo, han sido un fracaso. Por tanto, no puedo sino conceder una notable importancia a la influencia del entorno y la situación social de la persona sobre su propia situación de salud y, por extensión, la de sus familiares.

Brown (1996), citado por Benítez, J. C. (2010), explica también esta relación de influencias focalizándolo desde el concepto de calidad de vida. Así, este autor explicaba que “la salud es con frecuencia citada como uno de los componentes más importantes que determina la calidad de vida de los individuos, pero también la calidad de vida determina la salud de estos”. Pese a que pueda parecer que este autor sitúa en el centro fundamental de estas influencias a la calidad de vida, lo cierto es que, en definitiva, está poniendo también en el centro el contexto social del individuo, puesto que atendiendo a las definiciones de distintos autores que he comentado anteriormente y en la introducción, cabe recordar, en resumen, que la calidad de vida en el anciano incluye necesariamente la percepción que tiene la persona sobre su entorno social. Quedaría reforzada por tanto la idea de que el contexto social del individuo se configura como probablemente el aspecto más fundamental que lo compone y que influirá sobre el curso que sigan el resto.

Volviendo al grupo poblacional que nos ocupa, pasaré a detallar los aspectos concretos que se han podido observar en este estudio referentes a las partes que, explicadas en la introducción, componían el contexto social: sociales-relacionales, económico-laborales, familiares, culturales, educativos, y relacionados con el lugar donde vive.

Si atendemos de manera individual a los ítems de los que se compone la Escala de valoración sociofamiliar “Gijón”, se pueden analizar algunos de esos aspectos.

En el ítem que pregunta a los participantes por su contexto social-relacional, se observa que un 39% de ellos, representando a la mayoría, se relaciona únicamente con familiares o bien vecinos, lo cual podría ser visto, según el caso, como algo escaso en función también de la continuidad con la que se diese el contacto social o la calidad de la relación. La gráfica de este ítem se encuentra en el apartado 9.10 del anexo. Analizando la misma, se puede observar que el 20% de los pacientes encuestados no salía del domicilio pero sí recibía visitas. Esta cifra, en las condiciones a las que se refiere, podría dar pie a una cierta preocupación que por supuesto variaría en función del caso y de otras muchas variables, pero quizás podría serlo más si recordamos el colectivo sobre el que nos estamos centrando. La socialización es importante a lo largo de todo el ciclo vital, y en un contexto de vejez con enfermedad crónica también lo es. Una situación de completa soledad podría conllevar unas condiciones de vida en todos los sentidos inapropiadas para el desarrollo de la persona y el curso de sus enfermedades

y envejecimiento. La tendencia de los resultados se mantiene, en el sentido de que la siguiente opción con más representatividad fue la que se refería a relaciones sociales únicamente con familia y vecinos. Esta opción, que cuenta con el 27% de las respuestas, deja al menos un tipo de apoyo con el que podría contar la persona, pero por supuesto se alejaría del nivel óptimo y recomendable de relaciones sociales. Con el porcentaje más pequeño, el 14% de los participantes contaban con una red de relaciones sociales debidamente extensa, usual y recíproca.

Por otra parte, el ítem que se refería a los aspectos económico-laborales, refleja los siguientes datos de forma aislada con respecto del resto de la escala. Esta gráfica puede encontrarse en el apartado 9.11 del anexo.

En este caso, a *grosso modo*, el dato a resaltar sería ese 52% de personas que, siendo mayores de 65 años y presentando situación de cronicidad, disponen de una pensión que oscila entre la cuantía del SMI actualizada (900€) y las Pensiones no Contributivas (300€ aproximadamente, en función del tipo podría ser incluso menos). Este dato, junto con el 4% de personas que no percibe ningún tipo de ingreso, pone de manifiesto, a priori, un problema existente con respecto a la capacidad económica de este colectivo, sobre todo teniendo en cuenta el contexto de crisis económica que hemos atravesado en los últimos años, durante los que este grupo poblacional supuso en muchas ocasiones la única forma de soporte económico familiar posible. Estaríamos hablando de que el 56% de las personas encuestadas sobrevive con una pensión entre los 0€ y 900€, con los cuales deben hacer frente a sus gastos ordinarios pero también sanitarios derivados de su condición de cronicidad y, por supuesto, en ayudas técnicas, enfermedades agudas, etc.

Finalmente, los aspectos familiares reflejan, de forma aislada, los siguientes datos, cuya gráfica se encuentra disponible en el apartado 9.12 del anexo.

A través de los mismos, se puede apreciar que, afortunadamente, sólo el 4% de estas personas viven solas y no tienen siquiera hijos cerca. Esto no quiere decir que igualmente no deban recibir apoyo desde nuestro sistema para fomentar, entre otras cosas, su socialización (en función de las características de cada caso). En este caso, se comprobó que aquellas personas que habían marcado esta opción coincidían en vivir en sus respectivos pueblos, disponer de ingresos económicos por debajo del SMI y contar con una red social más bien escasa.



Por otra parte, el porcentaje mayor se hallaría en el grupo que se refiere a personas que conviven con cónyuge de similar edad y padecen algún grado de dependencia, con un 60%. Profundizando en este dato, se ha observado que normalmente este “cónyuge de similar edad” suele hacer referencia a la mujer en la pareja quien, como extensión de las tareas de cuidado que ejerció durante su vida, continúa haciéndolo en esta etapa al cuidar de su marido. Pese a que este supuesto cuenta con una parte positiva, en tanto que supone una forma más de permanecer activo y de mantener al menos una relación social, lo cierto es que también tiene puntos negativos. Uno de ellos podría tener que ver con la posibilidad de que se diese sobrecarga en este cónyuge si en su contexto familiar no existe apoyo o se limita a momentos muy concretos. Esto sumado al propio desgaste físico y psíquico del ejercicio del cuidado, que podría empeorar el propio estado de salud del cónyuge cuidador.

Desde los Servicios Sociales, existen mecanismos para ayudar a rebajar la carga de los cuidadores, sin embargo, si desde el resto de la familia no se ofrece el apoyo suficiente, el efecto de los recursos que desde el sistema se pueden ofrecer terminan resultando muy escasos. No obstante, parte de este problema tiene que ver también con la falta de medios que actualmente existe en materia de servicios sociales si tenemos en cuenta la cantidad de frentes que existen, entre otros motivos.

## **7. Conclusiones**

Tras el análisis y la comparación de todos los datos extraídos a partir de las Escalas de valoración utilizadas y de la información obtenida de la bibliografía disponible, se pueden concluir las siguientes consideraciones, si bien es cierto que, debido a las dimensiones muestrales de este estudio, estas no se podrían generalizar o extrapolar a gran escala, aunque se espera que sirvan como un primer acercamiento al objetivo del estudio que nos ocupa.

En primer lugar, la estancia media de hospitalización en este servicio de Medicina Interna “C”, para esta población determinada, resultó en una media aritmética de 6.4 días de hospitalización requeridos.

Por otra parte, el 86’2% de la población total encajaba con la descripción del perfil a estudiar y, por tanto, se podría decir que representarían el colectivo predominante hospitalizado en el servicio de medicina interna estudiado, lo cual podría ser visto como

otro indicio del peso que esta población supone para nuestro sistema, tal y como algunos autores de la introducción ya afirmaban. A su vez, la incidencia de la cronicidad sobre esta población ha permitido reafirmar los datos comentados en la introducción sobre su prevalencia. De esta forma, se hallan indicios que refuerzan los datos comentados en la introducción acerca del gran uso de recursos que estos individuos hacen del SNS, cuando los recursos que realmente necesitan son sociales, de forma que la actuación conjunta permita al individuo prosperar y mantener adecuadamente su salud.

En segundo lugar, y en lo referente a la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud (2012), se podría decir que la prevención sobre el impacto de la cronicidad se encuentra todavía lejos de ser plenamente efectivo, dados los indicios que se han encontrado de su afectación tanto para el propio individuo como para su familia. En cuanto a los Servicios Sociales en general aunque muy especialmente la dependencia, necesitan urgentemente de una inversión y refuerzo de los medios de los que disponen para trabajar y de los recursos sociales que pueden prestar, de tal forma que esto conlleve una reducción de las listas de espera, mayor accesibilidad a la información disponible para el ciudadano, o mayor facilidad para detectar precozmente casos de riesgo social.

Por otra parte, entre las características más comunes del contexto social de la población objeto de estudio, destacaría, en términos generales, una red social que tiende a reducirse y que muchas veces se apoya en el cuidador; recursos económicos que oscilan entre los 300€ y 900€; y una convivencia con su cónyuge presentando algún grado de dependencia. También suele ser frecuente que la tarea del cuidado, a falta de cónyuge femenino o que ésta no sea capaz de desempeñarla, sea delegada a las hijas. En cuanto a su cultura, nivel educativo y lugar en el que viven, ha resultado homogéneo con salvedades concretas comentadas en la discusión.

Es necesario tener en cuenta que el tamaño de esta muestra no permite extrapolar estos resultados a una escala o grupo mayor, no obstante, sí puede facilitar indicios de características comunes presentadas con mayor frecuencia.

Finalmente, y en relación con la hipótesis, habría quedado constancia de que las personas mayores con enfermedades crónicas pueden requerir de estancias medias largas por presentar un contexto social más desfavorable y encuentran dificultad para

acceder a los recursos sociales que necesitan. Con respecto a esto último se encontró una fuerte influencia del aislamiento social sobre la condición del individuo que en definitiva y resumen le llevaría a alargar su estancia en el hospital por las complicaciones sobrevenidas. Por otra parte, por ejemplo, aquellas personas que no se pudieron permitir trasladarse a la ciudad encontraron mermados los recursos sociales y sanitarios a los que podían aspirar. En términos más generales, aquellos cuyo contexto social en conjunto resultó más desfavorable, reunían unas condiciones que les hacían depender por completo de sus familiares y tenían dificultad para beneficiarse de la intervención sanitaria del SNS, por ejemplo por la imposibilidad de hacer frente a copagos o para adelantar el dinero en la adquisición de ayudas técnicas. Todo esto guardaría relación también con los DSS, en tanto que los recursos disponibles en el entorno que permitirían promocionar la salud de estas personas se verían mermados, por ejemplo, en el entorno rural con respecto del urbano. Por tanto, las políticas públicas para reducir las desigualdades en salud deberían volver a cobrar importancia dentro del debate político actual como un factor a combatir, al mismo tiempo que se tendrían que impulsar campañas informativas al respecto.

## 8. Bibliografía

Abiola, A. *et al* (2016). The association between caregiver well-being and care provided to persons with Alzheimer's disease and related disorders. *BioMed Central*,9 (1), 1-8. DOI: 10.1186/s13104-016-2150-z

Benítez, J. C. (2010) Calidad y condiciones de vida como determinantes de la salud y la enfermedad. Una propuesta para la antropología médica. *Gaceta de Antropología*. 26 (2) 1-8. ISSN: 0214-7564

Blanco, V. *et al* (2019) Síndrome de carga del cuidador y factores asociados en cuidadores familiares gallegos. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*. 54 (1) 19-26. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.03.005>

Borrel, C. *et al* (2006) La evolución de las desigualdades en salud en Cataluña. *Gaceta Sanitaria*. 20 (5) 396-406. DOI: 10.1157/13115117

Danet, A. *et al* (2017) Cronicidad y uso de servicios sanitarios: la formación entre iguales de la Escuela de Pacientes. *Journal of school of nursing*. 51 (1) 1-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017004203280>

Estrada, A. (2012) la actitud del individuo y su interacción con la sociedad entrevista con la Dra. María Teresa Esquivias Serrano. *Revista Digital Universitaria*. 13 (7) 3-12. ISSN: 1607-6079

Freeman, M. D. (2018) The current global reality: Poverty and income inequality. *Seminars in Pediatric Neurology*. 27 (1) 1-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.spen.2018.03.001>

Giraldo, D; Zuluaga, S. y Uribe, V. (2018) Sobrecarga en los cuidadores principales de pacientes con dependencia permanente en el ámbito ambulatorio. *Medicina U.P.B*. 37 (2) 89-96. DOI:10.18566/medupb.v37n2.a02

Gobierno de Aragón (2006) Programa de Atención a Enfermos Crónicos Dependientes. En línea. Último acceso: 22/05/19. Recuperado de:

<https://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/09/docs/Ciudadano/InformacionEstadisticaSanitaria/InformacionSanitaria/PROGRAMA+ATENCION+ENFERMOS+CRONICOS+DEPENDIENTES.PDF>

Guillén, R. C. (2012) La connotación de persona en situación de cronicidad. *Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*. 9 (3) 44-56. DOI: 10.22201/eneo.23958421e.2012.3.229

Liu, S. *et al* (2016). Caregiver burden and prevalence of depression, anxiety and sleep disturbances in Alzheimer's disease caregivers in China. *Journal of Clinical Nursing*, 26 (1), 1291-1300. DOI: 10.1111/jocn.13601

Mareque, M. y Oliva, J. (2018) Costes sociales de las enfermedades ¿cuán relevantes son para las evaluaciones económicas?. *Revista Española de Salud Pública*. 92 (5) 1-16. ISSN 1135-5727

Montalvo-Prieto, A; Cabrera Nanclares, B. y Quiñones-Arrieta, S. (2012) Enfermedad crónica y sufrimiento: revisión de literatura. *Aquichan*. 12 (2) 134-143. DOI: 10.5294/aqui.2012.12.2.4

**Montes, E. (2016) Calidad de vida en el anciano: la importancia de la valoración integral y los factores psicosociales. (Trabajo Fin de Grado). Universidad de Valladolid. Soria.**

Moreno-Fergusson, M. (2014) El fenómeno de la cronicidad: su impacto en el individuo, en su familia y el cuidado de enfermería. *Aquichan*. 14 (4) 458-459. DOI: 10.5294/aqui.2014.14.4.1

OMS. (2005). Determinantes sociales de la salud. 23/05/19, de OMS. Sitio web: [https://www.who.int/social\\_determinants/es/](https://www.who.int/social_determinants/es/)

OMS (2009) Comisión sobre los determinantes sociales de la salud: informe final. Subsancar las desigualdades en una generación. Recuperado de: [https://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/es/](https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/)

Orueta, J. N. *et al* (2013) Prevalencia de cronicidad y multimorbilidad en la población cubierta por el servicio público de teleasistencia de Euskadi: impacto en costes y calidad de la atención. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 36 (3) 429-440. DOI: <http://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272013000300008>

Pabón, D; Galvis, M y Cerquera, A. (2014). Diferencias en el apoyo social percibido entre cuidadores informales y formales de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Psicología desde el Caribe*, 31 (1), 59-77. ISSN 0123-417X.

Pérez, M. y Llibre, J. (2010) Características sociodemográficas y nivel de sobrecarga de cuidadores de ancianos con enfermedad de Alzheimer. *Revista Cubana de Enfermería*. 26 (3) 104-116. ISSN 1561-2961

Rico-Blazquez, M. (2014) El cuidado como elemento transversal en la atención a pacientes crónicos complejos. *Enfermería Clínica*. 24 (1) 44-50. DOI: 10.1016/j.enfcli.2013.11.001

Rodríguez, S. E. (2017) Percepción de la calidad de vida en anciano con dolor crónico secundario a patología osteoarticular y músculoesquelética. *Gerokomos*. 28 (4) 168-172. DOI: ISSN 1134-928X

Rojas, M. V. (2007) Asociación entre la habilidad del cuidado al cuidador, el tiempo de cuidado y el grado de dependencia del adulto mayor que vive situación de enfermedad crónica, en la ciudad de Girardot. *Avances Enfermería*. 25 (1) 33-45. DOI: [10.15446/av.enferm](http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm)

Ruiz-Dioses, L; Campos-León, M. y Peña, N. (2008) Situación sociofamiliar, valoración funcional y enfermedades prevalentes del adulto mayor que acude a establecimientos del primer nivel de atención. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*. 25 (4) 374-379. ISSN 1726-4634

Tamayo, M; Besoain, A. y Rebolledo, J. (2018) Determinantes sociales de la salud y discapacidad: actualizando el modelo de determinación. *Gaceta Sanitaria*. 32 (1) 96-100. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.12.004>

Zepeda-Álvarez, P. y Muñoz-Mendoza, C. L. (2018) Sobrecarga en cuidadores principales de adultos mayores con dependencia severa en atención primaria de salud. *Gerokomos*. 30 (1) 2-5. ISSN: 1134-928X