



Universidad de Valladolid

Facultad de Educación y Trabajo Social

Trabajo de Fin de Grado en Trabajo Social:

Análisis descriptivo del paciente de medicina interna desde la perspectiva de la Escala Gijón.

Autora:

Alicia Conde Armada.

Tutores:

Dr. José Javier Castrodeza Sanz

Dra. María del Camino Prada García.

Fecha de entrega:

23 de junio de 2023

Índice

1. Índice de tablas.....	3
2. Resumen y palabras clave.....	4
3. Abstract and keywords.....	4
4. Introducción.....	5
5. Marco Teórico.....	6
5.1. La Dependencia y la fragilidad del anciano.....	6
5.2. La soledad.....	6
5.3. La pobreza, exclusión y redes sociales.....	7
5.4. La Escala Gijón y cómo se aplica.....	8
6. Objetivo.....	9
7. Metodología.....	9
7.1. Material.....	9
7.2. Método.....	9
7.2.1. Participantes.....	9
7.2.2. Variables.....	10
7.2.3. Metodología.....	10
8. Resultados.....	12
8.1. Año de ingreso y género.....	12
8.2. Institucionalización.....	13
5.4. Situación familiar.....	14
5.5. Situación económica.....	15
5.6. Vivienda.....	15
5.7. Relaciones sociales.....	16
5.8. Apoyos en la red social.....	17
5.9. Valoración social.....	18
5.10. Puntuación total de la escala Gijón.....	19
5.11. Estadísticas de grupo.....	19
6. Discusión de los resultados.....	20
7. Conclusiones.....	23
8. Referencias.....	24

1. Índice de tablas.

Tabla 8.1. Frecuencia y porcentaje de pacientes según el año de ingreso.....	12
Tabla 8.2. Frecuencia y porcentaje de pacientes según el género.	12
Tabla 8.3. Frecuencia de pacientes según el género y el año de ingreso.....	13
Tabla 8.4. Frecuencia y porcentaje de la institucionalización de los pacientes.....	13
Tabla 8.5. Frecuencia y porcentaje de institucionalización por género.	13
Tabla 8.6. Frecuencia y porcentaje de pacientes según el género y la situación familiar	14
Tabla 8.7. Frecuencia y porcentaje de pacientes según la situación económica y el género.....	15
Tabla 8.8. Frecuencia y porcentaje de pacientes según la vivienda y el género.	16
Tabla 8.9. Frecuencia y porcentaje de pacientes según sus relaciones sociales y su género.	17
Tabla 8.10. Frecuencia y porcentaje de pacientes según sus apoyos en la red social y género.	18
Tabla 8.11. Frecuencia y porcentaje de los pacientes según la valoración social y el género.	18
Tabla 8.12. Frecuencia y porcentaje de la puntuación en la escala Gijón de los pacientes.	19

2. Resumen y palabras clave.

Las situaciones de riesgo son procesos que pueden llevar al usuario a la exclusión social. Para detectarlas en los pacientes de los hospitales, de forma preventiva, se lleva a cabo la escala Gijón, un instrumento esencial para los trabajadores, especialmente en el ámbito social, para poder apoyar y mejorar la situación del usuario. Por ello, en este trabajo de fin de grado se llevará a cabo el análisis descriptivo del paciente utilizando las variables de la escala Gijón y el resultado de los pacientes en esta. Concluyendo que la utilización de la escala es fundamental para la detección de situaciones de riesgo de los pacientes mayores, y que la rigurosidad del uso de esta es esencial para que los trabajadores sociales hospitalarios puedan apoyar al usuario.

Palabras clave: escala Gijón, trabajo social sanitario, medicina interna, paciente.

3. Abstract and keywords.

Risk situations are processes that can lead the user to social exclusion. To detect them in hospital patients, in a preventive way, the Gijon scale is carried out, an essential instrument for workers, especially in the social field, to be able to support and improve the situation of the user. For this reason, in this end-of-degree project, the descriptive analysis of the patient will be carried out using the variables of the Gijon scale and the results of the patients in it. Concluding that the use of the scale is essential for the detection of risk situations in older patients, and that the rigor of its use is essential so that hospital social workers can support the user.

Keywords: Gijon scale, health social work, internal medicine, patient.

4. Introducción.

El Trabajo Social Sanitario es una parte fundamental del Trabajo Social. Los profesionales del ámbito sanitario son imprescindibles en diferentes cuestiones, entre ellas, ser capaces de detectar posibles situaciones de riesgo cuando tratan con un usuario. Los trabajadores sociales sanitarios tienen un rol imprescindible en la continuidad asistencial, siendo primordiales en los procesos asistenciales de personas con enfermedades crónicas. Por ello es necesario llevar a cabo un proceso asistencial integral en el que los usuarios gocen de una atención directa e individualizada (Nuñez, 2019).

El Hospital Clínico Universitario de Valladolid tiene un servicio en el que diferentes trabajadoras sociales ayudan y apoyan a los usuarios del hospital, así como a sus familiares. Este servicio ha evolucionado a lo largo de los años, cada vez centrándose más en las funciones de los trabajadores sociales y en la atención directa.

En este trabajo se va a contemplar y evaluar cómo la escala Gijón, aplicada a personas mayores de 75 años, ha ido evolucionando en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Para ello se han recopilado los datos desde el Servicio de Medicina Preventiva de los pacientes ingresados entre el año 2020 y el año 2022, ambos inclusive.

Envejecer es algo positivo, sin embargo, puede acarrear problemas de salud, económicos, sociales e, incluso, choques culturales. Por ello se han de tener en cuenta todas las cuestiones que atañen a una persona, de forma que se pueda evaluar de forma objetiva su situación y saber cómo proceder asistencialmente.

Las personas mayores de 75 años sufren riesgo de exclusión social. La sociedad es cada vez más consciente de la situación de este colectivo y de la despoblación territorial que sufren las zonas rurales de Castilla y León. La pirámide poblacional de población empadronada en España (INE), concretando en la comunidad autónoma que nos atañe, en el año 2022 la pirámide poblacional se ensancha en edades más avanzadas, empezando esta tendencia en personas de mediana edad, las políticas dirigidas a evitar la despoblación en los pueblos y mejorar el bienestar y la comunicación de las personas mayores son más numerosas.

5. Marco Teórico.

5.1.La Dependencia y la fragilidad del anciano.

Las personas mayores tienden a padecer enfermedades crónicas o a que empeore su estado físico, por ello terminan siendo personas dependientes. Lo cual no es algo negativo, si no una definición a su situación y necesidades, por lo que es de vital importancia que sean valorados por un profesional en cuanto a esta cuestión.

La Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia es necesaria por diferentes motivos, entre ellos, los cambios en las necesidades de las personas mayores, así como los cambios sociales. Con cambios sociales se refiere a la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo, por lo que este rol asistencial habitualmente realizado por la mujer durante décadas anteriores pasa a deber ser realizado por profesionales. El objeto de esta ley es *“regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad del derecho subjetivo de la ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia”*.

Gracias a la aplicación de la ley, se promociona el bienestar y la autonomía de los usuarios, así como se refuerza la atención integral centrada en la persona. En el ámbito hospitalario es realmente indispensable conocer las capacidades reales del usuario, ya que ante la posibilidad del padecimiento de una enfermedad desconocida o de una intervención, ha de conocerse la situación sociofamiliar del paciente. Para ello, el equipo de enfermería del hospital realiza la escala Gijón a los pacientes.

5.2.La soledad.

La dependencia no es lo único que puede causar fragilidad en el usuario, hay múltiples variables que atañen a la fragilidad. Las variables que marca la Organización Mundial de la Salud y que nos conciernen son:

- Depresión.
- Ser mayor de 80 años.
- Vivir solo.
- Viudez inferior a un año.
- Cambio de domicilio hace menos de un año.
- Situación económica precaria.

Análisis descriptivo del paciente de medicina interna desde la perspectiva de la Escala Gijón.

El resto de las variables corresponden a los asuntos médicos, no a los sociofamiliares. Como podemos observar, estas variables están muy relacionadas con la soledad y la posibilidad de medirla de una forma objetiva (Puig, M., 2009).

La sensación de soledad se vio incrementada durante el periodo pandémico, aunque debido al levantamiento de las restricciones, así como a la vuelta a la normalidad previa, la situación social se ha ido recuperando gracias a diversos proyectos que reconectaron o ayudaron a mantener las redes sociales y de apoyo (Wu, B., 2020).

5.3.La pobreza, exclusión y redes sociales.

La pobreza y la exclusión social están altamente relacionadas; sin embargo, en los países desarrollados como España, se trata más la pobreza relativa que la pobreza absoluta. La primera depende de la sociedad estándar evaluada, fijando umbrales en datos relacionados con las condiciones de vida o ingresos económicos. La segunda se atribuye a la falta de los materiales o capacidades para la supervivencia (Pedreño, 2010).

La pobreza relativa se mide comúnmente según la renta de la unidad familiar. Ha de decirse que existe el riesgo de pobreza relativa, y según el INE, en 2019, hombres y mujeres tenían el mismo riesgo de pobreza relativa, sin embargo, al año siguiente, e influenciado por la crisis provocada por el Covid-19, las probabilidades de las personas mayores de sufrir pobreza relativa son más altas y hay que destacar que las mujeres tienen más probabilidad de sufrirla, exactamente un 4,2% más. Por las diferentes medidas que se tomaron con respecto a esta crisis, las posibilidades de que este colectivo sufriera este suceso se rebajaron, aunque no al punto inicial, y las mujeres siguen teniendo más probabilidad de sufrirla que los hombres.

El término de exclusión social ha ido evolucionando y puede referirse a distintos colectivos, ya que es un suceso estructural, multidimensional, dinámico y heterogéneo (Pedreño, 2010). Antaño la exclusión social iba marcada únicamente por el concepto de pobreza económica, sin embargo, existen nuevas formas de segregación que han significado mayores dificultades a los colectivos a la hora de integrarse en la comunidad. La pobreza es una constante en el concepto de exclusión social, y unida a ella, la mala salud, una mala red de apoyo o la sobrecarga doméstica y familiar, puede conducir a la situación de vulnerabilidad o, directamente, a la exclusión social (Subirats et al., 2004).

La situación demográfica en Castilla y León es alarmante, la población empadronada en este territorio es cada vez menor y más envejecida, por lo que podemos observar el hábito

de despoblación de los jóvenes hacia otras áreas de España. Esto hace que personas mayores corran riesgo de vulnerabilidad o exclusión social, la situación demográfica castellanoleonesa invita a que las personas mayores estén cada vez más segregadas en los pueblos, y gracias a la pandemia, más distanciadas.

Por ello, las redes sociales de las personas mayores se han visto alteradas por el paso de la pandemia, tanto en entornos institucionalizados como en el hogar. Debido a la diferencia de edad, puede ocurrir que acontezca un desarraigo por parte de la familia hacia el usuario, por lo que es importante trabajar en la relación intrafamiliar desde el Trabajo Social. Además, de esta manera se puede prevenir estrés de un posible cuidador informal o no profesional, en el caso de que el paciente lo necesite (Llamas, 2011).

Se ha de tener muy presente si un paciente se encuentra en un entorno institucionalizado, ya sea mental o gerontológico, esto se debe a que las redes de apoyo de este usuario, así como la relación con su familia serán distintas a si se encuentra en su hogar.

Esto significa que, en el momento del ingreso de un usuario en el hospital, es importante poseer toda la información posible de su situación para darle la mejor atención. De manera que el usuario sea atendido de forma individualizada y adaptándose a las necesidades del paciente, en ámbitos objetivos, como las necesidades físicas, pero también en otros ámbitos que pueden considerarse menos objetivos, como la situación psicosocial. Para ello, el personal sanitario lleva a cabo la escala Gijón.

5.4. La Escala Gijón y cómo se aplica.

La escala Gijón es una escala de valoración sociofamiliar que puede detectar la situación de riesgo u otras problemáticas sociales destinada para llevarse a cabo en personas mayores de 75 años. Es utilizada por profesionales de la atención social o sanitaria.

La escala consta de 5 categorías: la situación familiar, económica, vivienda, las relaciones y el apoyo sociales, y cada una de ellas consta de 5 variables.

Dado que la escala Gijón tiene en cuenta todas estas variables y la combinación de ellas, se puede observar un amplio número de situaciones sociales. Esta escala es numérica, la primera variable de cada categoría recibiría un uno y la última un cinco. Cuanto mayor puntuación se tenga peor será la situación a nivel de exclusión social y dependencia. Entre cinco y nueve sería una situación social aceptable, entre diez y catorce el paciente se encontraría

Análisis descriptivo del paciente de medicina interna desde la perspectiva de la Escala Gijón.

en exclusión social, y a partir de quince inclusive, se consideraría un problema social (Alarcón & González, s. f.).

Esta escala también ha resultado útil en otros entornos institucionalizados, como unidades de convalecencia, donde se ha observado que puede ser una predicción del futuro estado de un paciente. Además, esta escala puede detectar a los pacientes con mayor riesgo de institucionalización de manera que se facilita la toma de decisiones con respecto al alta de un paciente (Alarcón & González, s. f.).

El personal sanitario que cumplimenta la escala Gijón es, habitualmente, el personal de enfermería. Los datos necesarios se obtienen de una serie de cuestiones realizadas con relación a las 14 necesidades de Virginia Henderson, de forma que cumplimentan la escala después de la obtención de estos datos y trasladan la escala al historial médico. Las 14 necesidades de Virginia Henderson son: respirar con normalidad, comer y beber, eliminar desechos del organismo, movimiento y postura, hábitos de sueño, utilizar ropa adecuada, así como vestirse y desvestirse, mantener la temperatura y la higiene corporal, evitar los peligros del entorno, comunicarse, tener un sistema propio de valores y creencias y vivir correspondientemente, estar realizado, participar en actividades sociales, aprender y desarrollarse (Ayuso, 2019).

6. Objetivo.

El objetivo principal de este trabajo es describir a los pacientes mayores de 75 años ingresados en el área de Medicina interna desde la perspectiva del Trabajo Social, para lo que se utilizará la Escala Gijón.

7. Metodología.

7.1. Material.

El material que se utilizará para el análisis será proporcionado por el Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Se trata de una base de datos de pacientes tratados en el área médica de Medicina Interna, sobre los que el profesional sanitario ha realizado la escala Gijón, en los años 2020, 2021 y 2022.

7.2. Método.

7.2.1. Participantes.

Se utilizará una muestra de 5933 pacientes mayores de 75 años, correspondientes al área de salud de Valladolid este, que hayan sido ingresados en el servicio de Medicina Interna

Análisis descriptivo del paciente de medicina interna desde la perspectiva de la Escala Gijón.

del Hospital Clínico Universitario de Valladolid en el periodo entre 2020 y 2022, a los que se les haya cumplimentado la escala Gijón.

7.2.2. Variables.

Se tendrán en cuenta variables de distintos tipos, pero todas relacionadas con la escala Gijón o relevantes a la hora de realizar el estudio. Estas son:

- La edad del paciente (Los años).
- El sexo (Hombre o Mujer).
- Lugar donde reside: si reside en un entorno institucionalizado o en una vivienda.
- La situación familiar.
- La situación económica.
- La vivienda.
- Las relaciones sociales.
- Los apoyos de las redes sociales.
- La puntuación total de la escala Gijón.
- La valoración social.

7.2.3. Metodología.

La disposición de los resultados es previamente autorizada por el Comité ético de Investigación Médica del hospital.

Los datos serán proporcionados por el hospital, estos datos son previamente recogidos en el programa Gacela utilizado por profesionales de enfermería. Mediante la recogida de estos datos los profesionales llevan a cabo un archivo Excel en el que se plasman las tablas descriptivas en las que figuran los resultados.

El análisis de los datos se realizará teniendo en cuenta el objetivo y las variables previamente mencionados, teniendo en cuenta que estos son años en los que la realidad social se vio alterada por la pandemia.

Las variables que se tendrán en cuenta son las relacionadas con la escala Gijón, de manera que el análisis se realizará a partir de los datos obtenidos de la misma y de su utilización en el hospital. La escala Gijón que se utiliza en el hospital es la siguiente:

Análisis descriptivo del paciente de medicina interna desde la perspectiva de la Escala Gijón.

Fecha registro					
Enfermera/o registro					
Institucionalizado		Si		No	
SITUACIÓN FAMILIAR	Vive con la familia, sin dependencia físico/psíquica	Vive con cónyuge de similar edad	Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia	Vive solo y tiene hijos próximos	Vive solo y carece de hijos o viven alejados
	1	2	3	4	5
SITUACIÓN ECONÓMICA	Mayor de 1,5 veces el salario mínimo	Desde 1,5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusivo	Desde salario mínimo hasta pensión mínima contributiva	LISMI-FAS-Pensión mínima contributiva	Sin ingresos, o inferiores al anterior ("4")
	1	2	3	4	5
VIVIENDA	Adecuada a necesidades	Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa (peldaños, baños, puertas estrechas...)	Humedades, mala higiene, equipamiento o inadecuado (sin baño completo, agua caliente, calefacción...)	Ausencia de ascensor, teléfono	Vivienda inadecuada (chabola, declarada en ruina, ausencia de equipamiento mínimos...)
	1	2	3	4	5
RELACIONES Y CONTACTOS SOCIALES	Relaciones sociales con familia y vecinos adecuadas	Relaciones sociales solo con familia y vecinos	Relaciones sociales solo con familia o vecinos	No sale del domicilio, pero recibe visitas	No sale y no recibe visitas
	1	2	3	4	5
APOYOS RED SOCIAL	Con apoyo familiar o vecinal	Voluntariado social, Ayuda Domiciliaria	No tiene apoyo	Pendiente de ingreso en residencia geriátrica	Tiene cuidados permanentes
	1	2	3	4	5
Observaciones					
GRADO DE RIESGO		PUNTUACIÓN SOCIAL			
Problema social		15-25 puntos			
Existe riesgo social		10-14 puntos			
Buena/aceptable situación social			5-9 puntos		

Teniendo en cuenta estas variables, y mediante el programa de Microsoft Office, Excel, se llevan a cabo diferentes tablas que cruzan los resultados las diferentes variables para conseguir diferentes datos y perspectivas.

8. Resultados.

8.1. Año de ingreso y género.

Para iniciar, la primera variable que se tendrá en cuenta es el año de ingreso, algo que es indispensable conocer para llevar a cabo el estudio descriptivo. En los datos recogidos se observa que en el año 2020 ingresan 79 personas en el servicio de medicina interna, en el año 2021 ingresan 3671, y en el 2023 ingresan 2243. Se puede observar que el año que menos personas ingresan es 2020, correspondiendo al 1,3% de la muestra, mientras el año que más ingresan es 2021, que computa el 61,3% de la muestra.

Tabla 8.1. Frecuencia y porcentaje de pacientes según el año de ingreso

	Frecuencia	Porcentaje
2020	79	1,3%
2021	3671	61,3%
2022	2243	37,4%

Continuamos con la variable de género, por la que se conoce que ingresan más mujeres que hombres, ingresando un total de 2638 hombres en el periodo de los tres años, y, sin embargo, ingresan 3355 mujeres en este mismo periodo. Por lo que se puede observar que los pacientes son mayoritariamente mujeres, con un 56%.

Tabla 8.2. Frecuencia y porcentaje de pacientes según el género.

	Frecuencia	Porcentaje
Hombres	2638	44%
Mujeres	3355	56%

Además, se puede observar, que en cada año ingresan más mujeres que hombres. En el año 2020 ingresan 36 hombres y 43 mujeres; en el año 2021 ingresan 1630 hombres y 2041 mujeres; y en el año 2022 ingresan 972 hombres y 1271 mujeres.

Tabla 8.3. Frecuencia de pacientes según el género y el año de ingreso

		Año de ingreso		
		2020	2021	2022
Género	Hombre	36	1630	372
	Mujer	43	2041	1271

8.2. Institucionalización.

Para continuar, se estudia el lugar donde el paciente reside, es decir, si se encuentra institucionalizado o no. En esta variable podemos observar que son mayoritariamente ingresadas personas no institucionalizadas, en total 4215 personas, que conforman un 70,3% de la muestra. Las personas institucionalizadas son un total de 1778, siendo visiblemente menos frecuentes.

Tabla 8.4. Frecuencia y porcentaje de la institucionalización de los pacientes.

	Frecuencia	Porcentaje
No institucionalizado	4215	70,3%
Institucionalizado	1778	29,7%

Teniendo en cuenta el género de los usuarios, se descubre que hay más mujeres que hombres institucionalizados. El porcentaje de usuarios no institucionalizados está igualado, sin embargo, el de los usuarios institucionalizados es más espaciado. Los hombres institucionalizados son un 34.5% del total de los usuarios institucionalizados, mientras que las mujeres son 65.5%, por lo que sí existe una diferencia sustancial dependiendo del género.

Tabla 8.5. Frecuencia y porcentaje de institucionalización por género.

		Institucionalizado	
		No	Sí
Género	Hombre	2024 (48.02%)	614 (34.5%)
	Mujer	2191 (51.98%)	1164 (65.5%)

5.4.Situación familiar.

Seguimos con la situación familiar, en la que podemos observar los diferentes ítems, así como un porcentaje del que no se conoce su situación. El porcentaje desconocido es 43,5%, siendo un total de 2608 personas de las que se desconoce la situación familiar. Los que conocemos su situación forman un 56,5%. Dentro de este porcentaje, contamos con los diferentes ítems de la escala Gijón que contemplan la situación familiar. Por lo que 563 pacientes viven con su cónyuge de edad similar; 827 personas viven con su familia y/o con un cónyuge que presenta algún grado de dependencia; 1397 usuarios viven con su familia, sin dependencia físico/psíquica; 114 viven solos y carecen de hijos o estos viven alejados; y finalmente 484 viven solos y tienen hijos próximos.

Basándonos en el género, descubrimos que existen diferencias en las tablas al cruzarlas con los ítems de la escala Gijón, aunque los datos desconocidos son los mismos que los previamente mencionados, también existe este sesgo de género en este caso, representando las mujeres un 60.54% de los datos desconocidos. Podemos observar en la tabla que las mujeres se mantienen mayoritarias en todos los ítems menos en uno, existen más usuarios ingresados varones que viven con un cónyuge de edad similar, y es visiblemente mayoritario, teniendo un 70.3% de este apartado.

Tabla 8.6. Frecuencia y porcentaje de pacientes según el género y la situación familiar

	Total	Hombre	Mujer
Desconocido	2608 (43.5%)	1029 (39.5%)	1579 (60.5%)
Vive con cónyuge de edad similar	563 (9.4%)	396 (70.3%)	167 (29.7%)
Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia	827 (13.8%)	339 (40.9%)	488 (59.1%)
Vive con la familia, sin dependencia físico/psíquica	1397 (23.3%)	677 (48.3%)	720 (51.7%)
Vive solo y carece de hijos o viven alejados	114 (1.9%)	52 (45.6%)	62 (54.4%)
Vive solo y tiene hijos próximos	484 (8.1%)	145 (29.9%)	339 (70.1%)

5.5.Situación económica.

Seguimos con la situación económica de los usuarios, de la cual no se tiene constancia de un número mayor, un total de 5000 pacientes de los que no se conoce esta variable, un 83,4%. De los que sí se conoce y siguiendo con los ítems de la escala Gijón, desde 1.5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusivo forman un 4,9% de la muestra total; desde el salario mínimo hasta la pensión mínima contributiva un 5,9%; LISMI-FAS a la pensión mínima contributiva un 1,2%; que 1.5 veces el salario mínimo un 4,3%; y finalmente sin ingresos o inferiores al anterior un 0,2%.

Cruzando los datos con el género de los pacientes, obtenemos que las mujeres son de nuevo mayoritarias en todos los ámbitos excepto en uno, en el que destacan los hombres. Este es el ítem sin ingresos o inferiores al anterior, formando los hombres un 76.9%.

Tabla 8.7. Frecuencia y porcentaje de pacientes según la situación económica y el género.

	Total	Hombre	Mujer
Desconocido	5000 (83.4%)	2190 (43.8%)	2810 (56.2%)
Desde 1.5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusivo	293 (4.9%)	117 (39.9%)	176 (60.1%)
Desde salario mínimo hasta pensión mínima contributiva	354 (5.9%)	166 (46.9%)	188 (53.1%)
LISMI-FAS-Pensión mínima contributiva	73 (1.2%)	26 (35.6%)	47 (64.4%)
Mayor de 1.5 veces el salario mínimo	260 (4.3%)	129 (44.5%)	131 (55.5%)
Sin ingresos, o inferiores al anterior	13 (0.2%)	10 (76.9%)	3 (23.1%)

5.6.Vivienda.

Continuamos con la variable de la vivienda, también se desconoce una gran parte de la situación de los usuarios, un total del 71% es desconocido, por lo que conocemos un 29%. Teniendo esto en cuenta, el 26% de los usuarios viven en una vivienda adecuada a las

necesidades; un 0,1% vive en una vivienda con ausencia de ascensor o teléfono; un 2,5% viven en una vivienda con barreras arquitectónicas, tanto en el portal como en la vivienda; un 0,3% vive en una vivienda con humedades, mala higiene y equipamiento inadecuado; y finalmente un 0,1% vive en una vivienda inadecuada.

Los datos desconocidos son de nuevo los mismos que en la tabla anterior, pero sigue existiendo sesgo de género, ya que vuelven a ser las mujeres las menos valoradas. En general las mujeres residen en viviendas más adecuadas que los hombres, pero hay que destacar que hay más mujeres que residen en viviendas con barreras arquitectónicas y con humedades, mala higiene o equipamiento inadecuado.

Tabla 8.8. Frecuencia y porcentaje de pacientes según la vivienda y el género.

	Total	Hombre	Mujer
Desconocido	4255 (71%)	1820 (42.8%)	2435 (57.2%)
Adecuada a necesidades	1557 (26%)	737 (47.3%)	820 (52.7%)
Ausencia de ascensor, teléfono	4 (0.1%)	3 (75%)	1 (25%)
Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa (peldaños, baños, puertas estrechas...)	151 (2.5%)	66 (43.7%)	85 (56.3%)
Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (sin baño completo, agua caliente, calefacción...)	19 (0.3%)	8 (42.1%)	11 (57.9%)
Vivienda inadecuada (chabola, declarada en ruina, ausencia de equipamientos mínimos...)	7 (0.1%)	4 (57.1%)	3 (42.9%)

5.7.Relaciones sociales.

Seguimos con la variable de las relaciones sociales, de esta desconocemos los datos del 63,4% de los pacientes. De los que sí conocemos, sabemos que un 2% no sale del domicilio, pero recibe visitas; un 0,3% no sale y no recibe visitas; un 29,2% tiene relaciones sociales adecuadas con la familia y los vecinos; un 2.6% tiene relaciones sociales sólo con familia o vecinos; y otro 2,6% tiene relaciones sociales sólo con familia y vecinos.

Cruzando los datos de las relaciones con los datos de género obtenemos más información para definir a los usuarios. Descubrimos que las mujeres siguen siendo menos

valoradas que los hombres ya que, del total de no valorados, 3799, las mujeres son 2199. Con los datos de los que disponemos, podemos observar que las mujeres tienden a tener mejores relaciones sociales que los hombres, ya que destacan en todos los ítems excepto en “no sale y no recibe visitas”, en el que prevalecen los hombres.

Tabla 8.9. Frecuencia y porcentaje de pacientes según sus relaciones sociales y su género.

	Total	Hombre	Mujer
Desconocido	3799 (63.4%)	1600 (42.1%)	2199 (57.9%)
No sale del domicilio, pero recibe visita	118 (2%)	50 (42.4%)	68 (57.6%)
No sale y no recibe visitas	19 (0.3%)	11 (57.9%)	8 (42.1%)
Relaciones sociales con familia y vecinos adecuadas	1747 (29.2%)	843 (48.3%)	904 (51.7%)
Relaciones sociales sólo con familia o vecinos	153 (2.6%)	62 (40.5%)	91 (59.5%)
Relaciones sociales sólo con familia y vecinos	157 (2.6%)	72 (45.9%)	85 (54.1%)

5.8. Apoyos en la red social.

Continuando con los apoyos en la red social, se desconoce la situación del 62.7% de los usuarios, pero de los que sí conocemos; un 34.1% tienen apoyo familiar o vecinal; un 1.1% no tiene apoyo de la red social, un 0.1% está pendiente de ingreso en residencia geriátrica; un 0.9% tiene cuidados permanentes; y un 1.2% tiene voluntariado social, SAD.

De nuevo descubrimos que, cruzando la tabla de género con la de apoyos de la red social, existen más mujeres que no son valoradas, en este caso 2153 de 3756. Podemos observar en la tabla a continuación que las mujeres tienden a tener mayores apoyos en la red social, así como son mayoritariamente más beneficiarias del voluntariado social o del servicio de ayuda a domicilio (SAD). Sin embargo, destaca que el porcentaje de pacientes que no tienen apoyos está igualado.

Tabla 8.10. Frecuencia y porcentaje de pacientes según sus apoyos en la red social y género.

	Total	Hombre	Mujer
Desconocido	3756 (62.7%)	1603 (42.7%)	2153 (57.3%)
Con apoyo familiar o vecinal	2046 (34.1%)	957 (46.8%)	1089 (53.2%)
No tiene apoyo	63 (1.1%)	32 (50.8%)	31 (49.2%)
Pendiente de ingreso en residencia geriátrica	8 (0.1%)	5 (62.5%)	3 (37.5%)
Tiene cuidados permanentes	51 (0.9%)	18 (35.3%)	33 (64.7%)
Voluntariado social, SAD	69 (1.2%)	23 (33.3%)	46 (66.7%)

5.9. Valoración social.

Finalmente, hablamos de la variable de la valoración social, de la que desconocemos la situación del 41.3% de los usuarios. Se conoce que el 23% de los usuarios se encuentran en una situación buena o aceptable; el 4.3% se encuentran en una situación de riesgo social; un 0,5% tienen un problema social; y finalmente, un 30,9% de los pacientes no se encuentra en situación de riesgo.

Como podemos observar en la siguiente tabla los datos desconocidos de la valoración son más equitativos con respecto al género, estando el porcentaje cerca de la mitad de los usuarios de los que se desconoce este dato.

Tabla 8.11. Frecuencia y porcentaje de los pacientes según la valoración social y el género.

	Total	Hombre	Mujer
Desconocido	2475 (41.3%)	1228 (49.6%)	1247 (50.4%)
Buena/aceptable situación social	1379 (23%)	662 (48%)	717 (52%)
Existe riesgo social	257 (4.3%)	100 (38.9%)	157 (61.1%)
Problema social	30 (0.5%)	7 (23.3%)	23 (76.7%)
Sin riesgo	1852 (30.9%)	641 (34.6%)	1211 (65.4%)

5.10. Puntuación total de la escala Gijón.

La puntuación final de la muestra es muy variada, y cumple el rango entre 0 y 21, ya que ninguna persona pasa de la puntuación de 21, y teniendo como mínimo 3 usuarios en cada puntuación. El primer tramo que hemos trazado es el tramo “sin riesgo” (0-4 puntos), en el que hay un total de 4275 personas integradas. El siguiente tramo es el de “buena/aceptable situación social” (5-9 puntos), en el que hay 1410 personas integradas. El tramo que le sigue es el llamado “existencia de riesgo social” (10-14 puntos) en el que se encuentran 272 usuarios. Y finalmente, el tramo de “problema social” (15-21 puntos) en el que hay 36 pacientes.

Tabla 8.12. Frecuencia y porcentaje de la puntuación en la escala Gijón de los pacientes.

Situación social	Frecuencia	Porcentaje
Sin riesgo	4275	71.3%
Buena/aceptable situación social.	1410	23.7%
Existe riesgo social	272	4.5%
Problema social	36	0.5%

Finalmente, conocemos que la media de puntuación de las mujeres es 2.86, con una desviación de 3.55, esto significa que la puntuación media de las mujeres para seguir encontrándose en la media podría variar 3.55 por encima o por debajo de 2.86. Para los hombres la media es de 3, con una desviación típica de 3.351.

La prueba T, es una comparación de medias independientes, y se ha realizado sobre estos resultados dando un coeficiente de significación menor a 0,05, el resultado es $<0,001$, por ello se determina que esta diferencia no es debida al azar de la muestra, si no a que existe realmente una diferencia en cuanto a la situación sociofamiliar con respecto al género.

5.11. Estadísticas de grupo.

Según los datos disponibles, la edad media de los hombres es de 85 años y la de las mujeres es de 87. Por lo que las mujeres tienden a ser ingresadas en el ámbito de medicina interna teniendo más edad.

Finalmente, se conoce que, de media, tanto hombres como mujeres están ingresados una media de 8 días, teniendo los hombres una desviación de este dato mayor, de 7 días, que las mujeres, de 6 días.

6. Discusión de los resultados.

Tras reflejar los datos obtenidos de los pacientes mayores de 75 años de medicina interna del Hospital Clínico Universitario de Valladolid, concluimos que, al ser ingresadas más mujeres, en casi todos los ítems se tiene constancia de ellas.

La escala Gijón es una herramienta de valoración o evaluación muy útil y describe la realidad de los usuarios de forma óptima, pero basándonos en los resultados que desconocemos, no se aplica con la rigidez que se debería. Los usuarios pueden estar en situaciones de riesgo social, estar ya en un problema social, o tener sentimiento de soledad que se desarrollará a riesgo social, como se menciona en Hernández Rodríguez et al. (2019). Esto puede acarrear una situación de exclusión social, por lo que en atención primaria debería llevarse a cabo una detección precoz de estas situaciones que, como se ha visto reflejado no está ocurriendo, ya que existen datos desconocidos y forman la mayor parte de los datos en cada variable. Evaluando variable por variable podemos observar diferentes aspectos.

Con respecto a los pacientes ingresados en este ámbito en 2020 podemos observar que no existen apenas pacientes, esto se debe a la emergencia clínica mundial que hubo en 2020 provocada por el virus Covid-19, por el que los hospitales se encontraron colapsados durante casi todos los meses de ese año y dedicados casi únicamente a tratar las patologías procedentes del virus, tratando a los pacientes de otras patologías de forma telemática, en la mayoría de los casos sin verlos. Sin embargo, podemos observar que durante el año 2021 se encuentran más usuarios ingresados que en el año 2022, esto puede deberse a la recuperación del servicio que se llevó a cabo por los hospitales, recobrando el ritmo perdido durante el año de la pandemia, y realizando los ingresos necesarios por diferentes patologías que puedan llevar al servicio de medicina interna. Podemos observar que en 2022 existen menos pacientes que en 2021, probablemente esto pueda deberse a la normalización y estabilización del ingreso de pacientes en los servicios después de pasar la crisis sanitaria.

En el estudio se puede observar que en general hay más mujeres que hombres en todos los ítems, esto se debe a que hay más mujeres en la muestra percibida, por ello los resultados obtenidos destacan mayoritariamente a las mujeres. Esto muestra que hay que recalcar los ítems en los que los hombres prevalecen, ya que suele ocurrir en los ítems que muestran peores condiciones de vida o variables que afectan a la situación de riesgo social.

Según los resultados, los pacientes institucionalizados son menos frecuentes que los pacientes provenientes de sus hogares. Ha de tenerse en cuenta que los pacientes que proceden de sus hogares están casi equilibrados en el género, sin embargo, en cuanto a los pacientes institucionalizados, destaca que las mujeres están más institucionalizadas que los hombres, o al menos, estas acuden más a este servicio.

En la situación familiar, conocemos la mayor parte de los datos, un 56.5%, en esta variable destaca que los usuarios tienden a vivir con sus familiares, sin ningún tipo de dependencia físico/psicológica. Esto puede hablar más sobre la sociedad que sobre los pacientes, ya que actualmente la tendencia es mantener a los familiares de mayor edad en las casas, y una vez no puedan cuidarse por sí mismos decidir. Si las familias determinan cuidar a sus ancianos en sus hogares es porque o bien, retrasan la entrada en una residencia por falta de plazas, de dinero o por el rechazo hacia los centros residenciales, o bien, las familias ahora tienden a atender a sus ancianos en casa porque creen que son los que mejor los van a cuidar y mantener. Esto le da énfasis a la importancia de los cuidadores no profesionales, así como al rol de cuidador de los familiares.

En cuanto a la situación económica desconocemos gran cantidad de los datos, el 83.4%. Por ello no se puede determinar ningún dato que conciba a todos los usuarios ni generalizar. Sabido esto, y desde los datos que conocemos un 5.9% de los usuarios tienen como situación económica desde el salario mínimo interprofesional hasta la pensión contributiva, pero en este caso debe destacarse que existen más hombres sin ningún tipo de ingreso.

Sobre la vivienda, no conocemos, de nuevo, la situación de la mayoría de los usuarios, pero de los que conocemos lo más común es tener una vivienda adecuada a las necesidades y con todos los servicios básicos, o bien que tenga algún tipo de barrera estructural.

Sobre las relaciones sociales desconocemos la mayoría de los datos de nuevo. En los datos que se han recogido se puede observar que en general las relaciones sociales tienden a ser adecuadas con todas las personas, aunque sí que hay que destacar que los hombres tienden a tener peores relaciones sociales, o menos cuidadas o con menor importancia, que las de las mujeres. Esto se refuerza por el estudio realizado por Temprano L. et al. (2019), en el que se menciona que los usuarios evaluados en el servicio de medicina interna tienen una situación social media.

Análisis descriptivo del paciente de medicina interna desde la perspectiva de la Escala Gijón.

Teniendo en cuenta los apoyos de las redes sociales también desconocemos la mayor parte de los datos, un 62.7%. Sin embargo, hay que destacar que un 34,1% de los usuarios tienen apoyo familiar o vecinal, de manera que se encuentran atendidos o por lo menos no se encuentran en situación de soledad; así evitarían todas consecuencias que la situación de soledad acarrea.

Teniendo en cuenta la valoración social, realizada por un profesional, en este caso sí que conocemos la mayoría de los datos, desconociendo un 41.3% de estos. Debemos destacar que la mayor parte de la muestra se encuentra en situación de no tener riesgo, lo que conllevaría tener menos de 5 puntos en la escala Gijón, o se encuentra en una situación bueno o aceptable. Sabiendo que un 95% se identifica como sin riesgo o buena/aceptable situación social, podemos decir que los usuarios ingresados en el servicio de medicina interna tienen, en general, una situación sociofamiliar correspondiente a estos datos, de forma que no sufren soledad o están en situación de exclusión social. Sin embargo, debemos tener en cuenta el 5% restante, ya que su situación es diferente y podrían encontrarse en una situación de riesgo o tener un problema social.

La edad media de los pacientes es de 85 años, tanto para hombres como para mujeres, lo que es mayor que la muestra utilizada en Torres, L.A. et al (2019), en el que la media de edad de los usuarios es de 78 años.

Al no conocer la valoración social relacionada con los días que cada paciente estuvo ingresado, no podemos conocer si esto hace que la media de días ingresados varíe. Aunque en Mayorga Jaramillo y Benavides Álvarez (2016) se menciona el hecho de que es más probable el ingreso en el servicio de medicina interna si el paciente tiene una mala situación sociofamiliar.

Habiendo analizado todos los datos, destacamos que la ausencia de datos puede suponer un cambio consistente en las tablas y los porcentajes, ya que en la mayoría de las variables faltan la mayor parte de ellos. Obtener estos datos supondría un crecimiento de algunas cifras y, por supuesto, el cambio de porcentajes. Esta poca rigidez a la hora de utilizar la escala sociofamiliar puede suponer la no detección de una situación que podría haberse conocido e intervenido si se hubiese utilizado. En Rodríguez-Fernández M.J. et al. (2013) se recalca la gran importancia de la escala de valoración sociofamiliar para la detección precoz de riesgos sociales.

7. Conclusiones.

En este estudio se ha realizado el análisis descriptivo de los pacientes mayores de 75 años del Servicio de medicina interna del área de salud este de Valladolid, pertenecientes al área de salud de Valladolid este, en el Hospital Clínico Universitario.

Durante la realización del análisis descriptivo han existido dos limitaciones. La primera es el gran desconocimiento de datos en cada variable, ya que en todas ellas el ítem de datos desconocidos forma gran parte del total de los datos. La segunda limitación ha sido la complicación a la hora de clasificar los datos y simplificarlos para poder utilizarlos de forma cómoda en el análisis, esto se debe a la gran cantidad de datos ya que la muestra presentada es extensa.

Además, debemos tener en cuenta la importancia de la escala que se ha utilizado para realizar la descriptiva durante todo el estudio. No llevar a cabo la valoración de la escala Gijón puede suponer un riesgo real para algunos usuarios, ya que, en sus casos, no se detectaría una problemática y podría desarrollarse un empeoramiento de la situación, incluso en que la situación se vuelva crónica.

Hay que destacar que la hospitalización de un paciente puede alterar la situación sociofamiliar de cada paciente, pudiendo encarecerla o mejorarla. Por ello, si se detecta algún riesgo, los profesionales del Trabajo Social debemos conocer este hecho y llevar a cabo un proceso de intervención para promocionar el bienestar, así como un buen ambiente sociofamiliar desde el Trabajo Social sanitario.

Este estudio ha servido para mejorar mi experiencia y conocimientos como Trabajadora Social, ya que he utilizado fuentes documentales y de valoración que, aunque sí se habían mencionado durante el periodo escolar, no se había trabajado con ellos. Por ello considero esta experiencia muy enriquecedora y con la que he adquirido mucha experiencia.

Análisis descriptivo del paciente de medicina interna desde la perspectiva de la Escala Gijón.

8. Referencias.

- Alarcón, T., & González, J. I. (s. f.). *La Escala Socio-Familiar de Gijón, instrumento útil en el hospital general*. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 33, 175-179
- Ayuso, S. (2019). *Valoración enfermera en atención domiciliaria: un instrumento de evaluación de sobrecarga del cuidador informal* [Tesis doctoral]. Universitat de Barcelona, EU d'Infermeria.
- Hernández Rodríguez, R., Barrio Puertas, S., Campos Neila, E., Carabias Bustos, A. M., Casado Sampedro, M. E., García Albarrán, A., García Hernández, I., Martín Vales, A., Rodríguez Esteban, L., & Santorun Loira, A. (2019). La soledad en el anciano. *Revista INFAD De Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology.*, 3(2), 195–206
- Llamas, C. F. (2011). Trabajo social para la tercera edad. *Documentos de Trabajo Social: Revista de trabajo y acción social*, (49), 204-219.
- Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. (2006). En *Junta de Castilla y León* (N.º 39/2006 de 14 de diciembre).
- Mayorga Jaramillo, M. E., & Benavides Álvarez, J. C. (2016). *Evaluación del tiempo de hospitalización mediante el uso de la valoración geriátrica integral, en pacientes mayores desde 75 años que son hospitalizados en el servicio de medicina interna del hospital Enrique Garcés y el servicio de geriatría del hospital Quito n°1 de la policía nacional, comprendido entre el período de noviembre del 2015 a febrero del año 2016*. [Disertación previa a la obtención del título de médicos cirujanos]. Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Núñez Castaño, J. (2019). *La soledad de las personas mayores, a veces invisible: un estudio empírico desde el trabajo social*. Universidad de Valladolid, Facultad de Educación y Trabajo Social.
- Pedreño, M. H. (2010). *El estudio de la pobreza y la exclusión social. Aproximación cuantitativa y cualitativa*. *Revista interuniversitaria de formación del profesorado*, 24(3), 25-46.
- Pirámide de la población empadronada en España*. (2022). [Conjunto de datos; INE]. <https://www.ine.es/covid/piramides.htm>

Análisis descriptivo del paciente de medicina interna desde la perspectiva de la Escala Gijón.

Portal Opimec: *ESCALA DE VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR DE GIJÓN* [Internet]. Opimec.org. 2019 [cited 14 May 2019]. Available from: <https://www.opimec.org/documentos/2997/atencion-a-pacientes-pluripatologicos-procesoasistencial-integrado/6550/comentarios/>

Puig Llobet, M., Lluch Canut, M. T., & Rodríguez Ávila, N. (2009). *Valoración de enfermería: detección de la soledad y del aislamiento social en los ancianos de riesgo*. *Gerokomos*, 20(1), 9-14.

Rodríguez-Fernández, M. J., García-Lizana, A., González-Ramírez, A. R., & García-García, M. A. (2013). *Trabajo Social con pacientes pluripatológicos hospitalizados: intervención precoz en situaciones de riesgo social*. *Portularia*, 13(1), 67-76.

Subirats, J., Riba, C., Giménez, L., Obradors, A., Giménez, M., Queralt, D., ... & Rapoport, A. (2004). *Pobreza y exclusión social. Un análisis de la realidad española y europea*. Barcelona: *Fundación La Caixa*.

Temprano, M. L. F., Martín, M. M. H., Fernández, A. B., Arenal, M. O. M., Marín, A. B. B., Lera, M. F., & Santos, M. B. L. (2019). *Valoración del paciente geriátrico en el servicio de medicina interna*. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3(2), 87-90.

Torres, L. A., Rivera, S. M., Mendivelso, F. O., Yomayusa, N., Cárdenas, H. M., & Hernandez, C. (2019). *Análisis del riesgo de deterioro funcional y sociofamiliar en el adulto mayor hospitalizado*. *Rev Méd Sanitas*, 22(1), 1-10.

Wu, B. (2020). *Social isolation and loneliness among older adults in the context of COVID-19: a global challenge*. *Global health research and policy*, 5(1), 27.