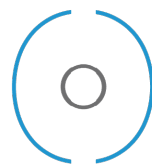


ESTUDIO SOBRE LAS PERSONAS CON DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO EN EL MEDIO RURAL



Observatorio Estatal
Daño Cerebral

Estudio realizado por:



Con la asistencia técnica de:



Con la financiación de:



Colaboran:



Contenido

Introducción	3
Metodología	4
Revisión bibliográfica	6
El medio rural y la discapacidad en España	8
Medidas y programas para las personas con Daño Cerebral Adquirido en el medio rural español	11
Panorama internacional: medio rural y Daño Cerebral Adquirido	14
Análisis demográfico de las personas con Daño Cerebral Adquirido en España a partir de estadísticas oficiales	16
1. Incidencia del Daño Cerebral Adquirido en 2020 según la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria	16
2. Prevalencia del Daño Cerebral Adquirido según estadísticas oficiales	27
3. Acercamiento cualitativo a la situación y necesidades de las personas con Daño Cerebral Adquirido en el medio rural en España	34
A modo de síntesis	44
Propuestas	46
Anexo I	47
Ampliación de la revisión bibliográfica internacional: Situaciones de especial vulnerabilidad en el medio rural: la infancia, el género y la salud mental	47
La atención al Daño Cerebral Adquirido en el medio rural	50
Bibliografía	58
Índice de Gráficos	64
Índice de Tablas	65

Estudio realizado por FEDACE con la asistencia técnica de Intersocial.

Ha participado en la elaboración del informe Martha Yolanda Quezada García. Con la colaboración de Marina Biondi Poblador y Mónica Otaola Barranquero, de la Universidad de Salamanca.

Introducción

El Daño Cerebral Adquirido (DCA) hace referencia a un conjunto de etiologías que tienen como característica común la de haber provocado una lesión cerebral súbita que produce, según la gravedad de la lesión y el área cerebral dañada, secuelas físicas, sensoriales, cognitivas, conductuales y relacionales, que suelen ser permanentes.

Entre las causas más frecuentes del daño cerebral adquirido se encuentran los accidentes cerebrovasculares (ACV), los traumatismos craneoencefálicos (TCE), las anoxias cerebrales, tumores e infecciones cerebrales.

Su carácter repentino supone una quiebra drástica en la trayectoria personal y familiar que además se ve también afectada, en el caso de España, por la desigualdad en el acceso a recursos especializados de atención sociosanitaria.

Este estudio tiene como propósito **analizar de qué manera el entorno rural condiciona la calidad de vida de las personas con Daño Cerebral Adquirido.**

Metodología

En este estudio se han combinado un conjunto de metodologías y técnicas que comprenden dos perspectivas fundamentales:

1. El **análisis de fuentes secundarias**: se ha realizado una **revisión bibliográfica sistemática y exhaustiva sobre medio rural y Daño Cerebral Adquirido**. Por otra parte, se ha elaborado una **aproximación demográfica de la población con Daño Cerebral Adquirido** a partir de las fuentes estadísticas disponibles:
 - o La Encuesta de Morbilidad Hospitalaria (EMH) del INE que permite un acercamiento a la incidencia de dos de las etiologías principales del DCA: el accidente cerebrovascular (ACV) y el traumatismo craneoencefálico (TCE).
 - o La Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD-2020). En la EDAD-2020 se pregunta por enfermedades crónicas diagnosticadas entre las que se contemplan el daño cerebral por accidente cerebrovascular (ictus, derrame cerebral, etc.) y el daño cerebral por traumatismo craneoencefálico. La explotación de los microdatos de estas dos categorías permite tener cifras de prevalencia de esta discapacidad. Proporciona datos sobre personas con DCA que residen en zonas rurales.
2. **Aproximación empírica**. Se ha elaborado una **consulta online** dirigida a personas con Daño Cerebral Adquirido residentes en el medio rural. Junto con esta consulta, se han realizado **entrevistas a profesionales de entidades asociativas de DCA en aquellas Comunidades Autónomas donde la población rural con Daño Cerebral Adquirido tiene una presencia significativa** (Andalucía, Castilla y León, Castilla –La Mancha, Extremadura y Galicia). Esta aproximación empírica aporta algunas claves

sobre los aspectos críticos para la inclusión de las personas con DCA en el medio rural. Corresponde agradecer la colaboración de las entidades asociativas de la Federación Española de Daño Cerebral que colaboraron en las entrevistas: Asociación de Daño Cerebral Adquirido de Jaén (**ADACEA JAÉN**); **Asociación de Daño Cerebral Adquirido de Burgos**; Asociación de Daño Cerebral Sobrevenido de Castilla-La Mancha (**ADACE CLM**). Centro de atención en Cuenca; **Asociación Caminar Extremadura**; Asociación de Daño Cerebral de Compostela (**SARELA**).

Revisión bibliográfica

La literatura científica sobre las personas con Daño Cerebral Adquirido en España es aún escasa. Lo mismo sucede con el conocimiento sobre las personas con discapacidad en el medio rural. Esto indudablemente ha repercutido en la búsqueda de información sobre las personas con daño cerebral en el medio rural español. Por esto, se han desarrollado varias estrategias de búsqueda. La primera, dirigida a captar la literatura científica en español sobre el propio objeto de investigación de este informe, en la que se han incluido los conceptos que pivotan este informe en las bases de datos DIALNET, CEDD, RIBERDIS y Google Scholar. Para completar la información se ha capturado información en el buscador Google. Esto permite sistematizar los programas y proyectos dirigidos a la población con Daño Cerebral Adquirido en el medio rural.

El siguiente apartado presenta una revisión bibliográfica en la que se recogen los principales temas que la literatura académica internacional aborda sobre medio rural y Daño Cerebral Adquirido. El objetivo de esta revisión bibliográfica sistemática ha sido recoger de manera exhaustiva y ordenada todo el conocimiento sobre el DCA y el medio rural. Para ello, se ha realizado una ecuación de búsqueda encadenada en la que se ha insertado los términos que pivotan la investigación “medio rural” y “daño cerebral” que, al ser traducido al inglés, sus descriptores también incluyeron sus etiologías, debido a la falta de literatura en relación con los términos equivalentes a Daño Cerebral Adquirido.

Tabla 1. Estrategia de búsqueda para la revisión bibliográfica.

	Conceptos	Descriptores en inglés	Formulación de la búsqueda
1	Daño Cerebral Adquirido	Acquired brain injury, traumatic brain injury, stroke, cerebral vascular accident.	(ti(stroke) OR ti(tramatic brain injury) OR ti(cerebral vascular accident) OR ti(acquired brain injury))
2	Medio rural	Rural	ab(rural)

Fuente: Elaboración propia.

Para realizar esta búsqueda se estableció una limitación temporal referente a los últimos 10 años. Por lo tanto, la literatura seleccionada se corresponde a toda aquella publicada de 2012 en adelante. Además, se eliminó toda fuente que no se correspondiese a textos académicos, como periódicos, o revistas de carácter general, y se limitó dicho algoritmo a resultados en lengua inglesa. Esta estrategia de búsqueda se utilizó en los recuperadores de bases de datos EBSCOHost (Academic Search Complete, APA PsycInfo, MEDLINE, CINAHL Complete, ERIC, PSICODOC, ANTHROPOLOGY PLUS); Web of Science (WOS) (Multidisciplinary Sciences, Rehabilitation, HealthCare Sciences Services, Health Policy Services, Nursing or Geriatrics Gerontology, Behavioral Sciences, Social Sciences Biomedical, Social Sciences Interdisciplinary, Primary Health Care, Geography, Gerontology, Integrative Complementary Medicine, Regional Urban Planning, Sociology, Women S Studies), ProQuest (Education Database, GenderWatch, Nursing & Allied Health Database, Political Science Database, Public Health Database, Social Science Database, Sociology Database) y la base de datos Scopus.

La estrategia para construir la búsqueda desde cero hasta llegar a la formulación aplicada de la misma forma en todos los recuperadores, consistió en ir buscando cada término de forma individual. Los descriptores relativos al DCA se incluyeron en el campo de búsqueda relativo al título, y el concepto rural en el resumen. Una vez que cada descriptor había sido buscado se recuperaron todas las etiologías referentes al Daño Cerebral Adquirido y cuyas búsquedas fueron combinadas con el conector "OR" obteniendo así una sola búsqueda referente al DCA. A continuación, dicha búsqueda (#1), fue combinada con aquella correspondiente a "rural" en el *abstract* (#2), siendo estas dos entradas combinadas con el conector "AND".

De cada uno de los recuperadores de bases de datos se descargó en formato hoja de cálculo (.xlsx para Microsoft Excel, o .csv para Google Docs Spreadsheets), y estas cuatro hojas de cálculo se combinaron en una sola, obteniendo el total de 374 artículos. A partir de ahí, se eliminaron los duplicados, y la cifra se redujo a 267. Aquí comenzó un

nuevo proceso de revisión, quedando finalmente un total de 62 textos completos revisados para su inclusión en el presente estudio.

El medio rural y la discapacidad en España

Aún es difícil medir y conceptualizar el medio rural en España. Se dan múltiples acepciones y mediciones atendiendo principalmente a la densidad poblacional. La primera de ellas se recoge en la Ley 45/2007, de 13 de diciembre, para el desarrollo sostenible del medio rural que tiene como objetivo “mantener y ampliar la base económica del medio rural“(artículo 2) define el **medio rural como “el espacio geográfico formado por la agregación de municipios o entidades locales menores definido por las administraciones competentes que posean una población inferior a 30.000 habitantes y densidad inferior a los 100 habitantes por km²”** (Ley 45/2007, de 13 de diciembre, para el desarrollo sostenible del medio rural., 2009).

Sin embargo, estudiando los criterios administrativos debe tenerse en cuenta la conceptualización de “**municipio rural de pequeño tamaño**” que son aquellos que tienen **menos de 5.000 habitantes** y que, además, esté **integrado en el medio rural**. Por tanto, estas definiciones indican la necesidad de conocer el contexto (medio rural) y la unidad administrativa (municipio rural de pequeño tamaño). Atendiendo a criterios estadísticos y demográficos, el Instituto Nacional de Estadística define los municipios rurales como aquellos que están por debajo de 10.000 habitantes y dentro de ellos, se dividen entre municipios rurales intermedios (2.000-10.000) y pequeños (hasta 2.000) (Instituto Nacional de Estadística, s. f.). El estudio de la estructura poblacional en este hábitat muestra dos fenómenos de especial consideración en relación con las personas con discapacidad: el envejecimiento y la masculinización de la población (Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación, 2021).

Según el Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación, en 2020, el 15,9% de la población española estaba censada en municipios rurales. En concreto, los municipios rurales suponen el 82% del total de municipios en España y ocupan el 84% de la superficie española (Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación, 2021). Atendiendo a

criterios geográficos, el medio rural en España se encuentra situado en el norte y oeste. Más allá de mediciones en unidades administrativas, Burillo Mozota (2022), nos propone la conceptualización de la *Serranía Celtibérica* que se extiende por las provincias de Burgos, Segovia, Soria, Cuenca, Guadalajara, Teruel, Zaragoza, Castellón y Valencia. Estas provincias presentan una densidad poblacional de 6,99 habitantes/km², lo que “supone el mayor desierto demográfico de Europa” (Burillo Mozota, 2022, p. 16).

Una vez contextualizado y conceptualizado el medio rural cabe cuestionarse la situación de las personas con discapacidad en este hábitat. Ante esta cuestión, cabe advertir que en España los estudios, las investigaciones y, en general, la información es incipiente, aunque cada vez con más frecuencia existe un interés generalizado por esta situación, especialmente en las organizaciones de personas con discapacidad.

La aproximación demográfica, realizada por el Observatorio Estatal de la Discapacidad (2022) a partir de la EDAD 2020, permite conocer que en el medio rural residen 951.862 personas con discapacidad, siendo el 22% del total de las personas con discapacidad en España. De estas, las mujeres suponen el 55% de las personas con discapacidad y el 37% tiene más de 80 años. En términos absolutos, las personas con discapacidad se concentran en Andalucía, Castilla y León, Galicia, Castilla-La Mancha y Cataluña (Observatorio Estatal de la Discapacidad, 2022).

La información disponible explica que, en relación con la inclusión de las personas con discapacidad, el medio rural supone un factor que se asocia al riesgo de pobreza (Quezada & Huete, 2017). Esto está relacionado con los gastos derivados de la discapacidad, la ausencia de transporte y la falta de servicios de apoyo a las personas con discapacidad; así como mayor incidencia de la precariedad laboral, el desempleo y la inactividad (Otaola Barranquero, 2022; Quezada & Huete, 2017).

Específicamente, se verifica que, por ejemplo, en Castilla y León, los servicios vinculados a la dependencia están diseñados desde un modelo para las ciudades que no ha tenido en cuenta las

particularidades del medio rural (Plena Inclusión Castilla y León & Fresno Consulting, 2022). Por otro lado, las mujeres y niñas con discapacidad se enfrentan a situaciones específicas de discriminación relacionadas con la cercanía de las relaciones sociales en el medio rural (Observatorio Estatal de la Discapacidad, 2018) y las barreras para la continuación de su formación (Elorduy García et al., 2014). Por todas estas situaciones cabría plantearse siguiendo a Camarero (2008) la discapacidad en el medio rural. En concreto, según este autor, el principal elemento definidor de la discapacidad es la movilidad y, teniendo en cuenta que en el medio rural la movilidad es más reducida, la situación de discapacidad en áreas rurales resulta más graves y por tanto, así “se argumentaría que las condiciones más duras de las áreas rurales producen mayor discapacidad” (Camarero, 2008, p.106).

Por todo esto, es necesario realizar un desarrollo rural inclusivo que tenga en cuenta a las personas con discapacidad. En este sentido, el CERMI ha desarrollado una Guía sobre Eco Inclusión que pretende que las personas con discapacidad sean protagonistas de una transición inclusiva, accesible y justa (CERMI, 2021). Por otro lado, se pueden encontrar ejemplos en el documento “Buenas Prácticas en Desarrollo Rural y Personas con discapacidad” (2011) (Ministerio de Medio Ambiente y Medio Rural y Marino, 2011). Este documento entiende por buenas prácticas en el medio rural como aquellos programas, proyectos o experiencias de intervención que, además de mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad que viven en el medio rural, permiten contribuir a conseguir la igualdad de oportunidades de participación en la vida económica social y cultural, así como la plenitud de derechos. Los criterios que se han tenido en cuenta para seleccionar las buenas prácticas recogidas en este documento han sido: (1) innovación; (2) mejora de la calidad de vida de las personas con discapacidad; (3) la participación tanto de las personas con discapacidad como de las personas que ejercen los cuidados, familiares y profesionales y la comunidad; (4) que puedan ser modelos transferibles en otros contextos; (5) la planificación en sus distintas fases de intervención; (6) la eficiencia en el uso de recursos; (7) los impactos positivos en el medio rural y (8) una vocación de permanencia. Las buenas prácticas recogidas en este documento

incluyen diferentes zonas rurales de nuestro contexto geográfico (Jerez de la Frontera, Jaca, Cangas de Onís, Isla de Menorca, Isla de Tenerife, Santoña, Miranda del Castañar, Carrión de Calatrava, Montblanc, Olocau, Los Santos de Maimona, Villagarcía de Arosa, Comunidad de Madrid, Valle de Ricote, Tudela, Amorebieta-Extano y La Rioja Alta). Entre las entidades que desarrollan estos proyectos están las Administraciones Públicas, asociaciones del ámbito de la discapacidad y asociaciones del ámbito del desarrollo rural y atendiendo a múltiples discapacidades: personas con Alzheimer, personas con discapacidad física e intelectual y, en concreto, algunas medidas se centraban en todo tipo de discapacidades. Los ámbitos de actuación también son variados, desde el ocio, la inclusión social y laboral hasta la tecnología accesible.

Medidas y programas para las personas con Daño Cerebral Adquirido en el medio rural español

Este epígrafe desarrolla los diferentes programas implementados en el medio rural que tienen o han tenido como personas beneficiarias a las personas con Daño Cerebral Adquirido. Dada la dificultad de acceso a la información, cabe destacar que esta información no ha sido recogida de forma sistemática.

El primer programa se desarrolló en 2012 a partir de un estudio sobre la atención socio sanitaria en el área geográfica de la Subbética Cordobesa promovido por el Grupo de Desarrollo Rural de este mismo lugar. Este proyecto consistía en el desarrollo de un centro de estancia diurna para personas con Daño Cerebral Adquirido. Esta acción pretende descargar a las familias del trabajo de los cuidados y mejorar la calidad de la vida de las personas con DCA, atendiendo a su cuidado y la autonomía funcional y social, centrándose en actividades de rehabilitación y convivencia con otras personas con Daño Cerebral Adquirido.

Siguiendo con el despliegue de centros de día, en Boiro (Galicia) cuentan con un centro de día para cuidar y atender a personas con discapacidad intelectual, autismo, parálisis cerebral y Daño Cerebral Adquirido. Esta iniciativa fue beneficiaria de ayudas de la medida

“Leader” y un premio “Agader”. En esta misma Comunidad Autónoma, en Castro de Ribeiros de Lea (Castro Rei; Lugo), en 2018, la Xunta de Galicia impulsó, a través de una aportación económica un centro de atención a personas con trastorno o patología dual promovido por la Fundación Lugo de Daño Cerebral (FUDACE). Ante la necesidad de acceder a los centros de día, ASPACE Cantabria ha adaptado la ruta a los centros de día del medio rural, a través de la contratación de recursos personales y materiales (furgonetas). Se reconoce que el perfil de las personas a las que se ha dirigido esta adaptación son personas con DCA, entre otras.

Una de las Comunidades Autónomas con mayor incidencia de territorio rural es Castilla y León. Dentro de esta Comunidad Autónoma, en 2020, la Diputación de Salamanca y la Asociación de Daño Cerebral ASDACE promovieron un convenio para el mantenimiento de la sede de esta asociación y su Programa de Terapia Ocupacional para personas con DCA en el medio rural de esta provincia. Por otro lado, este convenio incluía la realización de actividades de sensibilización, programas para la captación, fomento y formación del voluntariado social y finalmente, el apoyo a familias del medio rural para asegurar la igualdad de oportunidades.

Por su lado, en Ávila, la convocatoria de ayudas de Acción Social (2022) de CaixaBank y la Fundación Ávila han apoyado el proyecto “Rehabilitación Integral” para personas con Daño Cerebral Adquirido de la asociación ASPAYM Castilla y León en Ávila. Este proyecto tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de las personas con DCA y de su entorno, a través de un tratamiento individualizado e integral y un equipo interdisciplinar (logopedia, fisioterapia ...). Se pretende una mayor autonomía de la persona, así como su reinserción social.

Esta misma entidad, ASPAYM Castilla y León, desarrolla la Unidad de Rehabilitación Neurológica (ICTIA) que pretende atender a todas las personas que han desarrollado un DCA también con un equipo multidisciplinar (terapia ocupacional, logopedia, fisioterapia y psicología). En 2022, el 26% de las personas atendidas procedían del medio rural. Según la publicación derivada de los Premios Reina Sofía del año 2014, esta entidad colabora estrechamente con la Unidad de Ictus del Hospital Clínico Universitario de Valladolid en la fase post

aguda de esta patología, estudiando y analizando los resultados obtenidos en los tratamientos aplicados.

A nivel académico, en la Universidad de Valladolid se desarrolló en 2016 un Trabajo Fin de Grado en el Grado en Enfermería titulado “Plan de cuidados de enfermería dirigido a pacientes con daño cerebral adquirido tras un ictus para su aplicación en atención primaria rural”. Este trabajo “pretende organizar el trabajo de los profesionales sanitarios en el medio rural para facilitar la rehabilitación de estos pacientes, así como prevenir y, en su caso, tratar las complicaciones que puedan surgir”. Los beneficios de este Plan redundan en el aumento de la eficiencia en la aplicación de los recursos sanitarios en las personas con Daño Cerebral Adquirido derivado de una mayor coordinación que evite confusiones y redundancias.

Una entidad específica del Movimiento Asociativo de Daño Cerebral, la **Asociación de Daño Cerebral de Navarra (ADACEN)**, participó en 2019 en el diseño de un **modelo experimental de atención al envejecimiento en los entornos rurales de Navarra**. Este estudio pretendía **definir un modelo de intervención basada en una planificación integral que implique a la red comunitaria, de salud y servicios sociales basado en la promoción del envejecimiento activo y la participación social; el desarrollo de nuevos servicios de proximidad; la participación de las propias personas mayores y la perspectiva de género**. Esto ha derivado en la **publicación “Modelo integral de atención al envejecimiento activo en el ámbito rural” de esta asociación, el Observatorio de la Realidad Social y el Gobierno de Navarra**.

Otra entidad, IGUALA 3, recibió un premio de la Fundación Eurocaja Rural en 2021 por el “Programa de Rehabilitación Funcional Itinerante en el entorno rural para personas con daño cerebral en Castilla-La Mancha”. Esta iniciativa desarrolla un Plan Individual de Atención con el objetivo de incrementar la autonomía personal, dotar de herramientas para desenvolverse de forma adecuada en entornos sociales y recuperar la máxima funcionalidad posible. Esto permite acercar las terapias rehabilitadoras a las personas de Castilla-La Mancha que viven en el medio rural. Se preveía que a través de este premio podrían beneficiarse 250 personas con Daño Cerebral

Adquirido en toda Castilla-La Mancha.

A pesar de estos programas, el CERMI denunció en 2019 a través de su Informe sobre Derechos Humanos que las personas mayores de 56 años no tienen acceso a tratamientos especializados de neurorehabilitación orientados a la mejora de su funcionalidad cognitiva en algunas comunidades autónomas como Asturias, Castilla y León, Andalucía y Murcia. Dos de ellas, como se ha expuesto anteriormente, tienen una alta incidencia de ruralidad. También en este sentido se pronunciaban en el "Documento de posición del CERMI Estatal en materia sociosanitaria", que advierte que las personas con trastorno mental grave, coexistiendo un Daño Cerebral Adquirido y según la zona de residencia, no tienen continuidad en los cuidados; lo que conlleva, en la mayoría de los casos, a una intervención ineficaz.

A nivel organizacional, **FEDACE propone que en la conceptualización de una Buena Práctica en la atención a las personas con Daño Cerebral Adquirido y sus familias se apliquen criterios calificadores de prácticas que incluyan a la población rural o grupos de personas con bajos recursos socioeconómicos.**

Panorama internacional: medio rural y Daño Cerebral Adquirido

A escala mundial, el ictus representa la segunda causa de mortalidad – la primera en Estados Unidos (Georgakakos, Swanson, Ahmed, & Mohr, 2022) – y la tercera causa de discapacidad (Lazarus, y otros, 2020), lo que se refleja en pérdida de calidad y años de vida (Lachkhem, Minvielle, & Rican, 2018).

El número de ictus y, por tanto, sus múltiples consecuencias negativas derivadas han ido creciendo durante los últimos años (Xia, y otros, 2019). En concreto, una de cada cuatro personas del mundo mayor de 25 años se va a ver afectada por un ictus en el transcurso de su vida (Kjelle & Myklebust, 2022). De estos, aproximadamente un quinto de los pacientes de ictus isquémico es diagnosticado y tratado en áreas rurales (Cherry, y otros, 2015). Los tipos de ictus también varían según el país, el nivel de renta regional y las diferencias étnicas (Ru, y otros,

2019). Aunque la atención al ictus ha mejorado notablemente en la última década, se sabe poco sobre los resultados posteriores al ictus entre los pacientes tratados en hospitales rurales o si difieren de los tratados en hospitales urbanos (Fleet, y otros, 2018).

La literatura ha detectado prevalencias específicas en el medio rural de algunos países en desarrollo. En concreto, se calcula que más de dos tercios de las muertes por ictus en el mundo se producen en países en desarrollo (Ru, y otros, 2019). Otros datos demuestran que, de los casi 6 millones de muertes por ictus de ese año, un 85% de ellas se dieron en naciones cuyas rentas son generalmente bajas, y en las que un 80% de su población vive en áreas rurales (Ennen & Beamon, 2012).

Sin embargo, la importancia de los accidentes cerebrovasculares no ha sido reconocida en los países en desarrollo hasta hace relativamente poco tiempo, en comparación con países con ingresos mayores (Maleka, Stewart, & Hale, 2012). En términos generales, en el medio rural, coinciden diferentes problemas como la falta de conocimientos y de conciencia en la prevención de accidentes cerebrovasculares por la comunidad sanitaria de regiones agrícolas, la inexistencia de un sistema de registro electrónicos de las visitas médicas en los pueblos de ciertas áreas y la carencia de habilidades en relación con los cuidados posteriores (Wu, y otros, 2019).

Por otra parte, el traumatismo craneoencefálico, una condición neurológica que se produce cuando una fuerza externa altera el funcionamiento normal del cerebro, ya sea de forma temporal o permanente, puede tener consecuencias para la salud a corto y largo plazo como, por ejemplo, una mayor probabilidad de problemas de comportamiento (Feiss, y otros, 2022).

La literatura académica internacional sugiere que tanto niños y niñas como las personas adultas que viven en zonas rurales o remotas corren un mayor riesgo de sufrir un traumatismo craneoencefálico (TCE) y tienen peores resultados de salud tras el TCE que los que viven en zonas urbanas o suburbanas (Feiss, y otros, 2022). En regiones rurales, tras el alta se reciben más cuidados en casa o un en centro que en el hospital y las tasas de altas con éxito en adultos de edad avanzada con un traumatismo craneoencefálico son más bajas, con tratamientos de

menor calidad y largas esperas que influyen en la alta mortalidad. (Anderson, Evans, Zonfrillo, & Thomas, 2021). Aunque parece que una mayor privación socioeconómica es un factor mayor de riesgo que la región geográfica (Padilla, Foucault, Grimaud, Nowak, & Timsit, 2021).

Análisis demográfico de las personas con Daño Cerebral Adquirido en España a partir de estadísticas oficiales

1. Incidencia del Daño Cerebral Adquirido en 2020 según la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria

La incidencia es un indicador que explica el número de casos nuevos de una enfermedad en una población determinada y en un periodo determinado. La Encuesta de Morbilidad Hospitalaria (EMH) permite una aproximación a la incidencia de dos de las etiologías principales del Daño Cerebral Adquirido: el accidente cerebrovascular (ACV) y el traumatismo craneoencefálico (TCE).

La Encuesta de Morbilidad Hospitalaria elaborada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) tiene como principal objetivo conocer las características demográfico-sanitarias de las personas que hayan ingresado y hayan pernoctado al menos una noche, así como disponer de información a nivel nacional, de comunidad autónoma y de provincia sobre la frecuencia y utilización de los recursos hospitalarios en el año de referencia.

Las variables objetivo son: número de altas hospitalarias y estancia media de las altas (no se computan las estancias iguales a cero). Las variables de clasificación utilizadas son: diagnóstico principal (motivo de la causa del ingreso), tipo de ingreso hospitalario, motivo de alta y provincia de hospitalización. Respecto a los pacientes se recogen la edad, sexo y lugar de residencia.

En abril de 2022, el INE publicó los datos más recientes referidos a 2020. Según esta fuente, **en el año 2020 se produjeron 4.253.183 altas hospitalarias, un 12,7% menos que en 2019**. Los mayores descensos en el número de altas se dieron en los meses de marzo, abril y mayo, coincidiendo con la primera ola de COVID-19, y en los de octubre,

noviembre y diciembre, periodo en el que se produjo la segunda ola. **Este descenso en las altas hospitalarias también se produjo en los accidentes cerebrovasculares y los traumatismos intracraneales.**

Debe aclararse que **la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria no ofrece datos relacionados con el hábitat.** Es decir, la Encuesta no distingue las altas hospitalarias según zonas rurales y/o zonas urbanas.

Accidentes cerebrovasculares

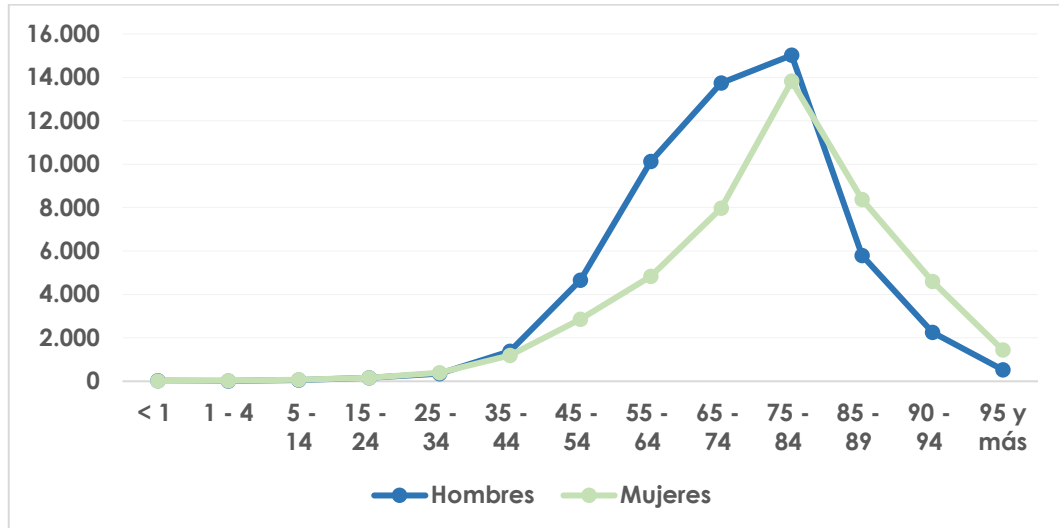
Según la EMH, en 2020 se registraron en España **99.940 altas hospitalarias por accidentes cerebrovasculares.** Supone un 19,1% de las 524.016 altas hospitalarias por enfermedades del sistema circulatorio, un 10,6% menos que en 2019. **El 83% de estas altas se produjeron en hospitales públicos** y el 17% en hospitales privados.

El 46% de estas altas hospitalarias corresponden a mujeres y el 54% restante a hombres. El **promedio de edad** es de 72,7 años. Al considerar el sexo, este promedio es de 70,60 años en los varones y de 75,35 años en las mujeres.

Los datos por grupo de edad y sexo, muestran un incremento de las altas hospitalarias a partir de los 35-44 años, alcanzando su punto más alto en el grupo de edad de 75-84 años donde se producen el 29% del total de las altas hospitalarias.

Por otra parte, la proporción entre hombres y mujeres de estas altas cambia a partir de los 85 años y más donde las mujeres suponen el 63% del total de altas correspondientes a ese tramo de edad.

Gráfico 1. Altas hospitalarias por ACV según el sexo y grupo de edad. Año 2020.



Fuente: Encuesta de morbilidad hospitalaria 2020, INE.

Tabla 2. Altas hospitalarias por ACV según grupo de edad y sexo. Año 2020. Total casos y tasas por 100.000 habitantes.

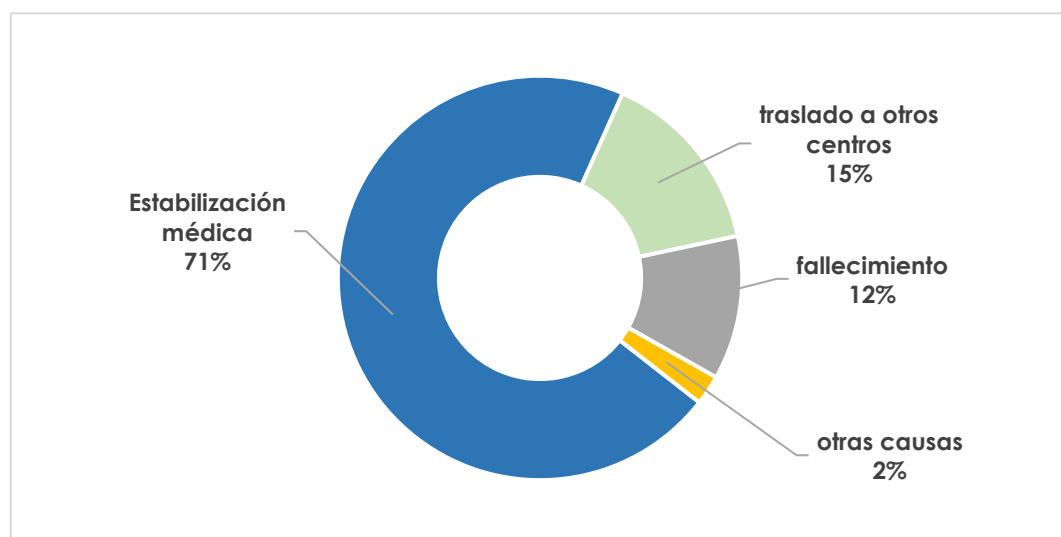
Grupo de edad	Total casos			Total tasas hospitalarias		
	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Varones	Mujeres	Ambos sexos
< 1	36	12	49	20	7	14
1 - 4	20	23	44	2	3	3
5 - 14	57	80	137	2	3	3
15 - 24	156	161	317	6	7	7
25 - 34	356	397	753	13	15	14
35 - 44	1.382	1.190	2.572	38	33	36
45 - 54	4.662	2.867	7.529	122	76	99
55 - 64	10.130	4.835	14.965	325	149	235
65 - 74	13.743	7.982	21.725	625	322	464
75 - 84	15.020	13.827	28.847	1.146	790	943
85 - 89	5.798	8.373	14.171	1.589	1.330	1.425
90 - 94	2.253	4.605	6.858	1.637	1.515	1.553
95 y más	530	1.444	1.974	1.641	1.520	1.551
Total	54.143	45.796		233	190	211

Fuente: Encuesta de morbilidad hospitalaria 2020, INE.

El 78% de las altas hospitalarias por ACV ingresaron con carácter urgente. El número total de días que permanecieron ingresados las personas que tuvieron como diagnóstico principal un ACV ascendió a 1.309.727 días, esto supone un promedio de **13,1 días de ingreso** por persona (14,6 días en 2019). Al considerar el tipo de hospital, los datos indican una diferencia importante en el número de días promedio de estancia: en los **hospitales públicos la estancia media fue 11 días y en los privados de 23,6 días.**

Respecto al **motivo del alta** los datos apuntan que el 71% de las personas ingresadas con el diagnóstico de ACV tienen como motivo de alta la estabilización médica¹, un 15% han sido trasladadas a otros centros y en el 12% el motivo de alta correspondió a fallecimientos. Este porcentaje de fallecimientos se situaba en el 11% en 2019.

Gráfico 2. Altas hospitalarias por ACV según el motivo de alta. Año 2020.



Fuente: Encuesta de morbilidad hospitalaria 2020, INE.

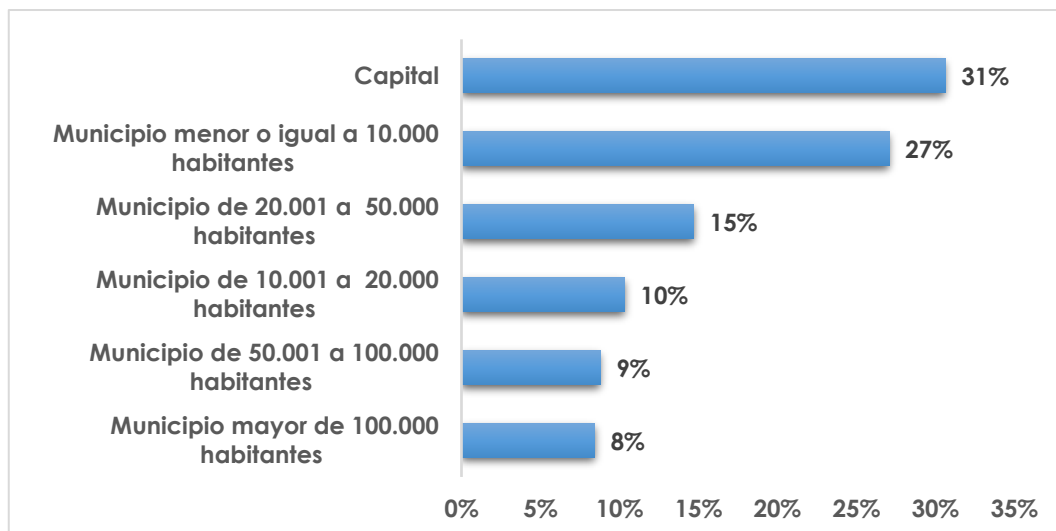
Respecto a los fallecimientos, la **Estadística de Defunciones según la Causa de Muerte** del INE ofrece datos sobre defunciones por enfermedades cerebrovasculares. **En el año 2021, según esta fuente, se registraron 24.858 fallecidos por enfermedades cerebrovasculares (52,5 por 100.000 habitantes), un 3,7% menos que en 2020.** Las

¹ El INE clasifica esta variable como "curación o mejoría".

enfermedades cerebrovasculares representaron la tercera causa de fallecimiento en España en 2021. La primera causa en ese año fue la COVID con 39.444 defunciones (83,3 por 100.000 habitantes) Y la segunda, las enfermedades isquémicas de corazón, con 28.852 defunciones (61,0 por 100.000 habitantes). Antes de la pandemia, las enfermedades cerebrovasculares suponían la segunda causa de muerte España, después de las enfermedades isquémicas de corazón.

Esta operación estadística detalla sus datos según el tamaño de municipio de residencia. Según estos datos, **en el año 2021, el 27% de los fallecimientos se produjo en municipios de 10.000 habitantes y menos (municipios rurales).**

Gráfico 3 Defunciones por enfermedades cerebrovasculares, según tamaño de municipio de residencia. 2021. España (porcentajes).



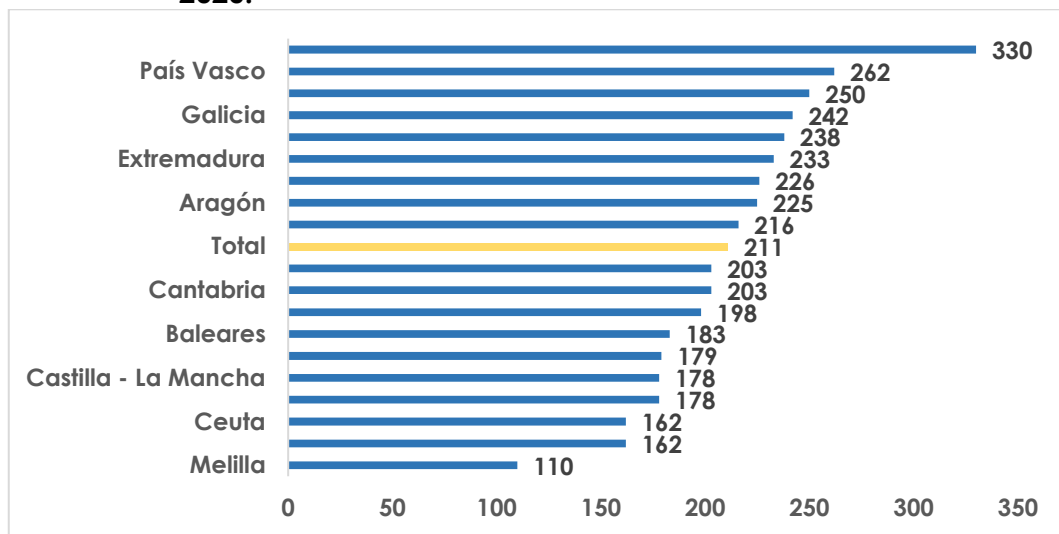
Fuente: Estadística de Defunciones según la Causa de Muerte. Resultados definitivos del año 202, INE.

Distribución territorial de las altas hospitalarias por ACV: en términos absolutos: las cifras más altas por ACV se encuentran en Cataluña (19.117 altas), Andalucía (15.066 altas) y la Comunidad de Madrid (12.097 altas). **Los datos muestran un descenso de las altas hospitalarias en todas las Comunidades Autónomas**, la reducción significativa está en la Comunidad de Madrid donde el número de altas se redujeron en un 14% respecto a 2019. En Andalucía y Cataluña este descenso se

sitúa alrededor del 12%.

En términos relativos, las **Comunidades Autónomas con mayores tasas de altas hospitalarias** por ACV en 2020 fueron **Asturias (330 por 100.000 habitantes)**, **País Vasco (262 por 100.000 habitantes)** y **Cataluña (250 por 100.000 habitantes)**. Las tasas de altas hospitalarias por ACV más bajas se registraron en Melilla, Ceuta y Canarias.

Gráfico 4. Altas hospitalarias por ACV según Comunidad y Ciudad Autónoma de hospitalización. Tasas por 100.000 habitantes. Año 2020.



Fuente: Encuesta de morbilidad hospitalaria 2020, INE.

Tabla 3. Altas hospitalarias por ACV según el sexo y Comunidad Autónoma de hospitalización. Año 2020. Total casos y tasas por 100.000 habitantes.

Comunidad Autónoma	Total casos			Casos por 100.000 habitantes		
	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos
Andalucía	8.552	6.514	15.066	205	152	204
Aragón	1.578	1.413	2.991	241	210	249
Asturias	1.633	1.718	3.351	336	322	373
Baleares (Islas)	1.252	974	2.226	214	166	219
Canarias	2.030	1.609	3.639	189	146	175
Cantabria	594	587	1.181	210	195	223
Castilla y León	3.099	2.586	5.685	263	213	270
Castilla - La Mancha	2.011	1.630	3.641	196	160	201
Cataluña	10.268	8.849	19.117	268	224	286

	Total casos			Casos por 100.000 habitantes		
Co. Valenciana	6.084	4.798	10.882	244	187	245
Extremadura	1.424	1.044	2.468	271	194	255
Galicia	3.332	3.211	6.543	256	229	255
Madrid	6.258	5.839	12.097	193	165	211
Murcia (Región de)	1.736	1.334	3.070	229	177	205
Navarra	717	581	1.298	219	174	208
País Vasco	3.028	2.713	5.741	281	238	271
La Rioja	417	299	716	264	184	256
Ceuta	75	61	136	176	146	148
Melilla	56	37	93	127	86	141
Total	54.143	45.796	99.940	233	190	237

Fuente: Encuesta de morbilidad hospitalaria 2020, INE.

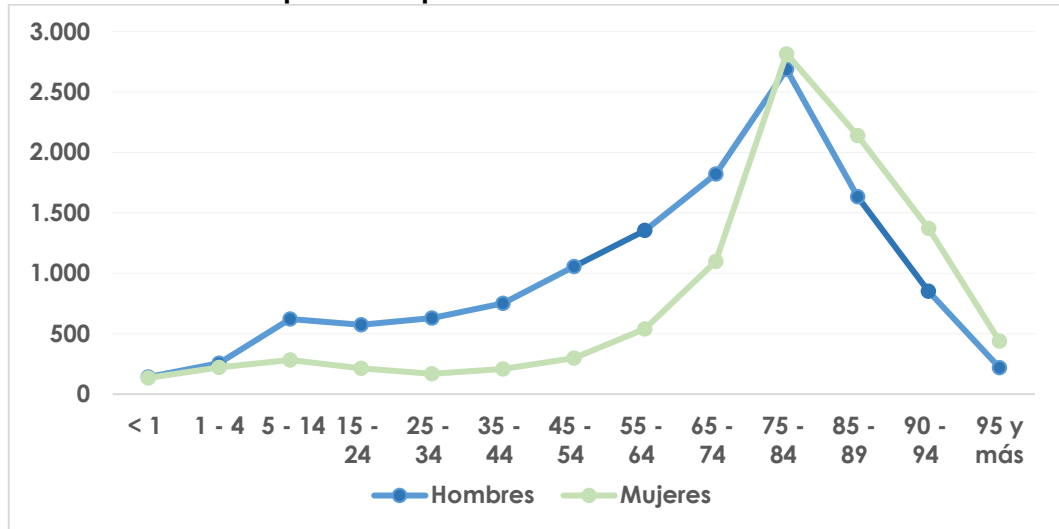
Traumatismos intracraneales

De acuerdo con el INE, en el año 2020 se registraron en España **22.510 altas hospitalarias por traumatismos intracraneales²**. Un 12,6% menos que en 2019. **El 77% de estas altas se produjeron en hospitales públicos** y un 23% en hospitales privados.

Las mujeres suponen un 44% del total de estas altas hospitalarias y los hombres un 56%. El **promedio de edad es de 66,92 años**. Por sexo este promedio es de 62,10 años en los varones y de 73,04 en las mujeres. **El 33% de estas altas hospitalarias se produce en menores de 64 años, mayoritariamente varones**. El 79% de las altas hospitalarias por traumatismos intracraneales en el tramo de edad de 25 a 34 años corresponde a varones.

² Los datos que se detallan corresponde a la explotación de los datos disponibles en la EMH (INE-2020) referidos a las **altas que tienen como código principal el de Traumatismo intracraneal S06** de la Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª revisión, modificación clínica para diagnósticos (CIE10ES- diagnósticos).

Gráfico 5. Altas hospitalarias por traumatismos intracraneales. Año 2020.



Fuente: Encuesta de morbilidad hospitalaria 2020, INE.

Tabla 4. Altas hospitalarias por lesiones cerebrales traumáticas según grupo de edad y sexo. Año 2020. Total casos y tasas por 100.000 habitantes.

Grupo de edad	Total casos			Total tasas hospitalarias		
	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Varones	Mujeres	Ambos sexos
< 1	141	134	276	91	65	78
1 - 4	256	222	477	35	27	31
5 - 14	621	282	903	29	14	22
15 - 24	573	213	786	31	9	20
25 - 34	628	169	797	28	8	18
35 - 44	750	207	956	26	6	16
45 - 54	1.055	299	1.354	33	11	22
55 - 64	1.353	538	1.890	52	19	35
65 - 74	1.820	1.098	2.918	91	59	74
75 - 84	2.687	2.816	5.503	244	186	211
85 - 89	1.633	2.138	3.770	497	381	423
90 - 94	850	1.372	2.221	653	491	541
95 y más	218	439	656	706	536	578
Total	12.584	9.925	22.510	62	47	55

Fuente: Encuesta de morbilidad hospitalaria 2020, INE.

En el caso de los traumatismos intracraneales es preciso atender al **coeficiente de variación poblacional**, que indica el grado de homogeneidad de la variable edad de las personas dadas de alta. En el caso de las personas dadas de alta con este tipo de daño cerebral, este coeficiente señala que estas lesiones se producen a distintas edades. Por el contrario, el coeficiente de variación de las enfermedades cerebrovasculares es mucho más pequeño, lo que supone que la población con ACV es más homogénea en cuanto a edad respecto a las personas con traumatismos intracraneales³.

Tabla 5. Edad media y coeficiente de variación de las altas hospitalarias lesiones cerebrales traumáticas y ACV según el sexo. Año 2020.

	Traumatismo intracraneal		Enfermedades cerebrovasculares	
	Edad media	Coeficiente de variación	Edad media	Coeficiente de variación
Ambos sexos	66,92	38,37	72,79	19,82
Hombres	62,10	42,70	70,62	19,40
Mujeres	73,04	32,93	75,35	19,69

Fuente: Encuesta de morbilidad hospitalaria 2020, INE.

Los coeficientes de variación que figuran en esta tabla son poblacionales.

El 90% de las altas hospitalarias por traumatismos intracraneales ingresaron con carácter urgente. El número total de días que permanecieron ingresadas las personas con traumatismos intracraneales ascendió a 224.216 días, esto supone un **promedio de 10 días de ingreso por persona** (12,48 días en 2019). La estancia media varía al considerar el tipo de hospital, en los públicos la estancia media fue de 9,6 días por persona y en los privados de 11,2 días por persona.

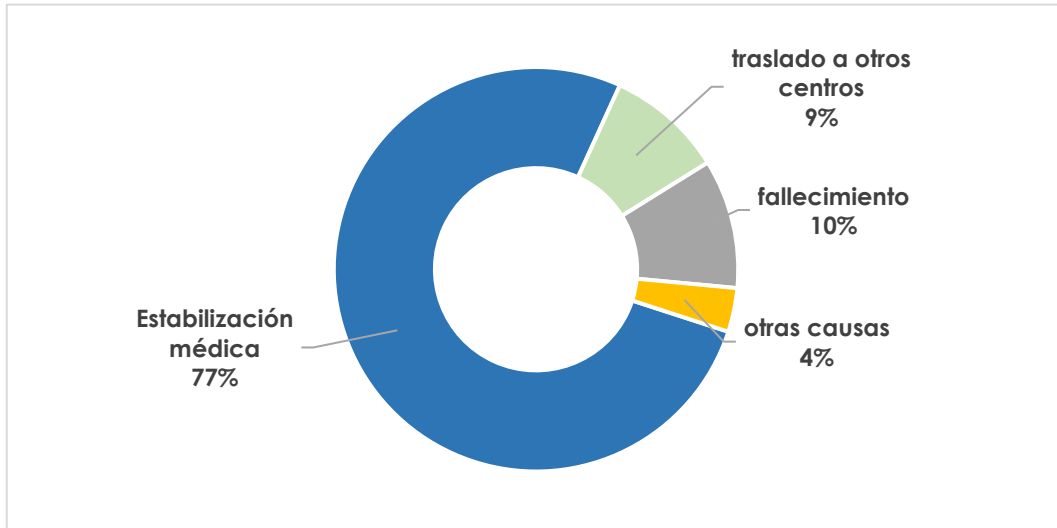
Respecto al **motivo del alta**: destaca el porcentaje de las altas que tienen como motivo de alta estabilización médica⁴ (77%), en un porcentaje mucho menor le sigue el traslado a otros centros (9%) y el fallecimiento (10%).

³ INE. Encuesta de Morbilidad Hospitalaria. Metodología. Año 2015 y anteriores.

<https://www.ine.es/daco/daco42/sanitarias/notaemh.pdf>

⁴ El INE clasifica esta variable como "curación o mejoría".

Gráfico 6. Altas hospitalarias por lesiones cerebrales traumáticas según motivo del alta. Año 2020.

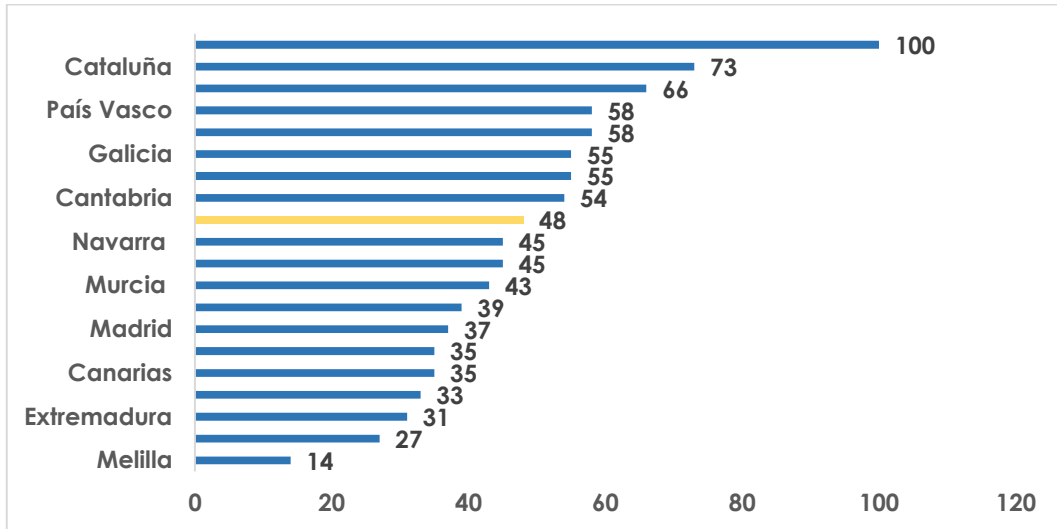


Fuente: Encuesta de morbilidad hospitalaria 2020, INE.

Distribución territorial: en términos absolutos, destaca la cifra de **Cataluña** con 5.589 altas, la **Comunidad Valenciana** (2.906 altas) y la **Comunidad de Madrid** (2.477 altas). **Todas las Comunidad Autónomas experimentaron reducción en el número de altas hospitalarias, excepto La Rioja.** Los descensos más pronunciados están en las Islas Baleares y Canarias donde las altas hospitalarias se han reducido respecto a 2019 en un 23-24%, respectivamente.

En términos relativos las mayores **tasas de altas hospitalarias** por 100.000 habitantes debido a traumatismos intracraneales están en La Rioja (100 por 100.000 habitantes), Cataluña (73 por 100.000 habitantes) e Islas Baleares (66 por 100.000 habitantes).

Gráfico 7. Altas hospitalarias por traumatismo intracraneales según Comunidad y Ciudad Autónoma de hospitalización. Tasas por 100.000 habitantes. Año 2020.



Fuente: Encuesta de morbilidad hospitalaria 2020, INE.

Tabla 6. Altas hospitalarias por traumatismos intracraneales según el sexo y Comunidad Autónoma de hospitalización. Año 2020. Total casos y tasas por 100.000 habitantes.

	Total Casos			Tasas por 100.000 habitantes		
	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos
Andalucía	1.376	892	2.268	33	21	27
Aragón	278	237	515	42	35	39
Asturias	245	213	458	50	40	45
Balears (Islas)	452	349	801	77	59	66
Canarias	493	283	777	46	26	35
Cantabria	180	132	312	64	44	54
Castilla y León	740	581	1.321	63	48	55
Castilla - La Mancha	429	291	720	42	28	35
Cataluña	2.909	2.680	5.589	76	68	73
Co. Valenciana	1.588	1.318	2.906	64	51	58
Extremadura	179	148	327	34	28	31
Galicia	873	611	1.484	67	44	55
Madrid	1.323	1.154	2.477	41	33	37
Murcia (Región de)	402	240	642	53	32	43

	Total Casos			Tasas por 100.000 habitantes		
Navarra	173	120	293	53	36	45
País Vasco	749	513	1.262	69	45	58
La Rioja	173	144	317	110	89	100
Ceuta	12	16	28	28	38	33
Melilla	10	2	12	23	5	14
Total	12.584	9.925	22.510	62	47	55

Fuente: Encuesta de morbilidad hospitalaria 2020, INE.

2. Prevalencia del Daño Cerebral Adquirido según estadísticas oficiales

La prevalencia nos indica la proporción de la población afectada por una enfermedad, en un momento determinado. Para el caso del Daño Cerebral Adquirido en España, la fuente más actualizada es la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD-2020) del INE cuyos datos actualizados se publicaron en abril de 2022.

La EDAD 2020 es la cuarta macro-encuesta sobre discapacidad en España elaborada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) (1986,1999, 2008). Su objetivo es atender la demanda de información por parte de las Administraciones Públicas y del Tercer Sector de Acción Social, proporcionando una base estadística para la planificación de políticas públicas en este campo.

Desde la edición de 1999, estas macro-encuestas incluyen una pregunta dirigida a las personas con discapacidad sobre un conjunto de enfermedades diagnosticadas. En la Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud de 1999 (**EDDES 1999**), se incluía el accidente cerebrovascular (ACV) y el Traumatismo Craneoencefálico (TCE) entre estas enfermedades. En la **EDAD- 2008**, se incluía de nuevo en el conjunto de enfermedades el ACV y el “Daño Cerebral Adquirido” (DCA). En la **EDAD-2020** se pregunta por **daño cerebral por accidente cerebrovascular** (ictus, derrame cerebral, etc.) y por **daño cerebral por traumatismo craneoencefálico**.

En este apartado se presentan los datos que resultan del análisis de

estas dos categorías. Conviene tener en consideración algunos aspectos:

- Los datos se refieren a personas de seis y más años.
- El tamaño de muestra es inferior al de la EDAD-hogares 2008: 11.840 personas en 2020 frente a 23.176 en 2008. Esto supone que no se pueda realizar una desagregación alta de los datos en tanto que supone errores importantes de muestro.
- Está previsto complementar la EDAD 2020 con otra encuesta dirigida a establecimientos colectivos (que previsiblemente se denominará EDAD-centros 2020), cuya fase de campo está prevista para finales de 2022.

Personas con Daño Cerebral Adquirido en España, según la EDAD-2020

De acuerdo con los datos en bruto de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD) (INE, 2020), en España residen **435.400 personas con Daño Cerebral Adquirido**⁵ de seis años y más. De estas personas, el 83% ha señalado como causa del daño cerebral un accidente cerebrovascular (361.503 personas), el 17% un traumatismo craneoencefálico (TCE) (73.915 personas). 20.739 personas han indicado ambas causas como origen del daño cerebral.

Tabla 7. Personas con daño cerebral según la causa por la que se produce. España. 2020.

Enfermedad crónica diagnosticada	Números absolutos	Tasas de prevalencia del DCA por 1.000 habitantes
Daño cerebral por accidente cerebrovascular (ictus, derrame cerebral, etc.)	361.503	7,7
Daño cerebral por traumatismo craneoencefálico	73.915	1,7
Ambas causas	20.739	0,5
Total	414.679	9,4

⁵ 20.739 personas han indicado ambas causas como origen del daño cerebral.

Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia 2020. INE.

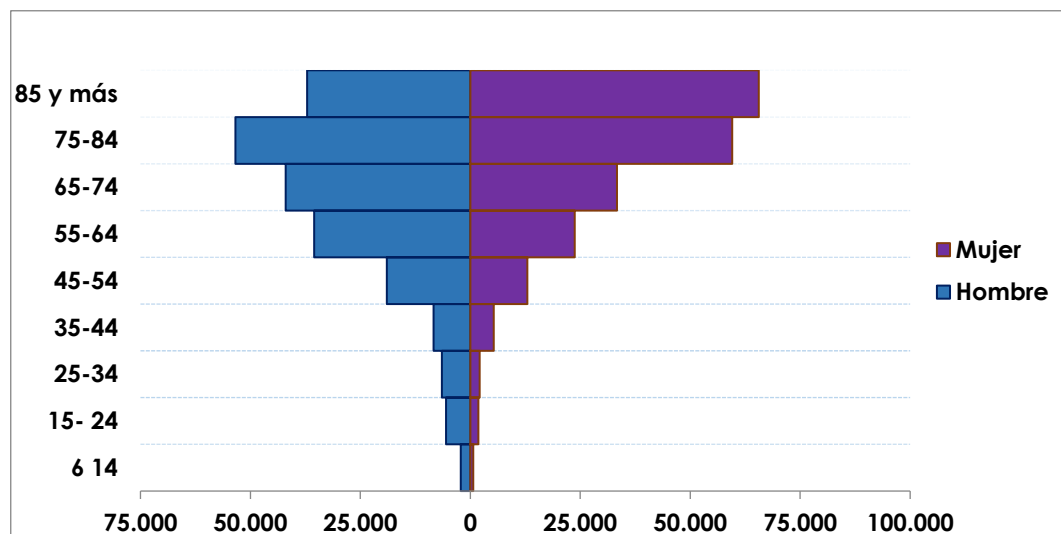
Edad y sexo

El **promedio de edad** de las personas con DCA se sitúa en los **71,3 años**. En el caso de las **personas con daño cerebral por ACV** el promedio de edad es de **72,5 años** y para aquellas con **daño cerebral por TCE** la media de edad se encuentra en los **61,5 años**. En esta población el 35% está entre los 45 y 64 años.

En relación con la distribución por sexo, **los varones representan el 50,5% del total de las personas con Daño Cerebral Adquirido**, mientras que las mujeres suponen el 49,5%. Esta distribución por sexo cambia según el grupo de edad: **en la población menor de 44 años las mujeres suponen el 31%** del colectivo mientras que **en el grupo de 80 años y más, este porcentaje pasa al 61%**.

Por otra parte, **al considerar la causa del daño cerebral, la distribución por sexo también cambia**. En las personas con daño cerebral por ACV, las mujeres suponen el 51,1% y los varones el 48,9%. En el caso del TCE, los hombres representan el 62% de las personas con daño cerebral por esta causa, frente a las mujeres que suponen el 38% de este colectivo específico.

Gráfico 8. Pirámide poblacional de personas con daño cerebral. España 2020.



Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de

Dependencia 2020. INE.

Tabla 8. Personas con daño cerebral según grupo de edad. España. 2020.

Grupo de edad	Números absolutos			Tasas por mil habitantes		
	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Varones	Mujeres	Ambos sexos
6-44 años	22.512	9.972	32.484	2,11	0,96	1,54
45-64 años	54.494	36.710	91.204	7,85	5,19	6,51
65-79 años	69.453	60.267	129.720	23,42	17,54	20,27
80 y más años	63.068	98.202	161.270	62,94	60,76	61,60
Total	209.528	205.151	414.679	9,72	9,10	9,40

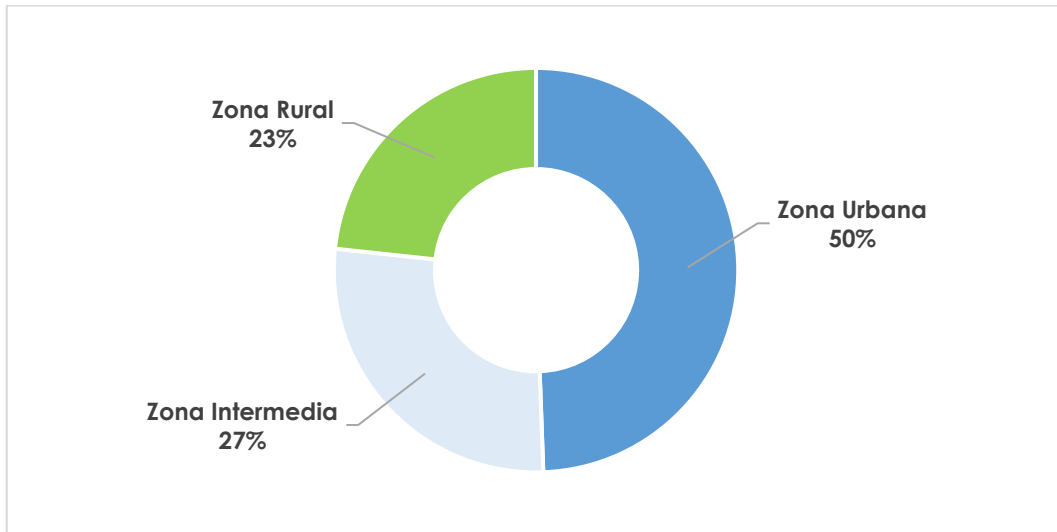
Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia 2020. INE.

Zona de residencia

Los datos por zona de residencia indican que el **23%** de las personas con Daño Cerebral Adquirido vive en zonas rurales (municipios de menos de 10.000 habitantes), un 27% en zonas intermedias (municipios de entre 10.000 y 50.000 habitantes) y **un 50% en zonas urbanas** (municipios de más de 50.000 habitantes).

Las mujeres suponen el **55,2%** de la población con daño cerebral que reside en zonas rurales, frente a los varones que representan el 44,8%. El promedio de edad es de **74,8 años**, 3,5 años más que la población total con daño cerebral.

Gráfico 9. Población con daño cerebral según zona de residencia. España. 2020 (porcentajes).



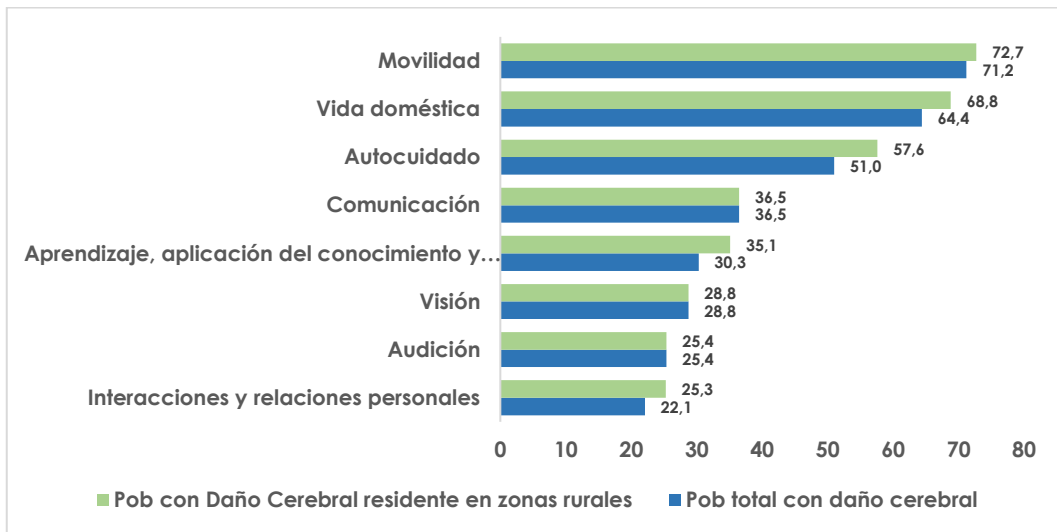
Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia 2020. INE.

Perfil de discapacidad

En relación con el perfil de discapacidad, las personas con Daño Cerebral Adquirido presentan mayoritariamente problemas de **movilidad** (71,2%), seguidas por las **dificultades en la realización de tareas domésticas** (64,4%) y el **autocuidado**.

Al considerar el **tipo de discapacidad para las personas que residen en el ámbito rural**, destacan las diferencias porcentuales respecto al total de las personas con DCA en las discapacidades relacionadas con: el autocuidado, la vida doméstica, el aprendizaje, aplicación del conocimiento y desarrollo de tareas y la movilidad.

Gráfico 10 Personas con DCA según tipo de discapacidad. Población total con DCA y población con DCA residente en zonas rurales (porcentajes). España. 2020.

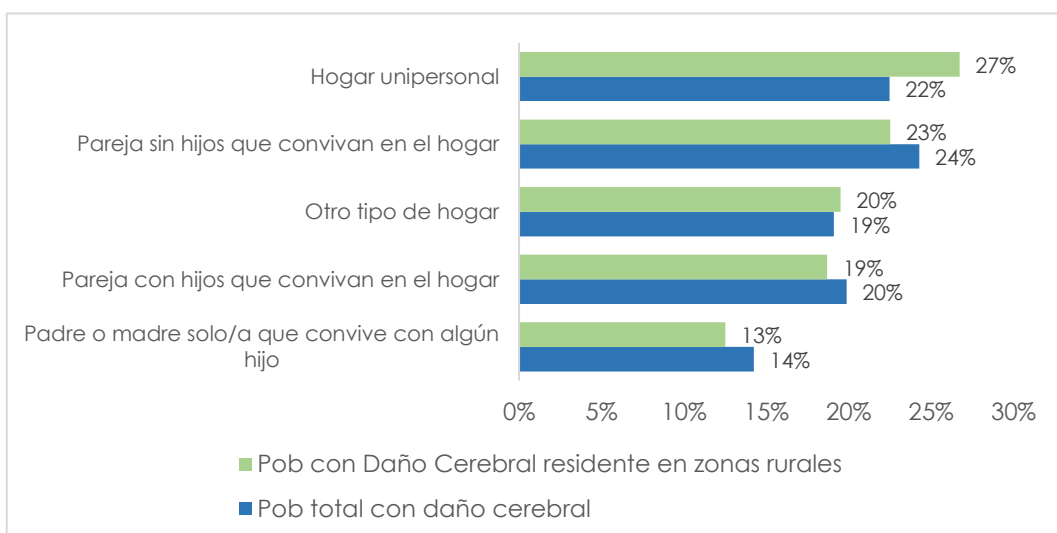


Nota: Una misma persona puede estar en más de una categoría de discapacidad.
Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia 2020. INE.

Tipo de hogar

El 22% de las personas con Daño Cerebral Adquirido viven solas. Un 24% en pareja sin hijos. En las zonas rurales, el 27% de estas personas vive en hogares unipersonales.

Gráfico 11 Personas con daño cerebral residentes en viviendas familiares según tipo de hogar y zona de residencia (porcentajes). España. 2020.



Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia 2020. INE.

Comunidades Autónomas

Asturias, Galicia, Islas Baleares y la Comunidad Valenciana presentan las tasas de prevalencia más altas (tasas por 1.000 habitantes). En términos absolutos, estarían Andalucía (68.571 personas), Cataluña (64.955 personas), Comunidad Valenciana (52.451 personas) y Comunidad de Madrid (48.452).

Respecto a la población rural por Comunidad Autónoma, las **Comunidades con porcentajes más altos de personas con Daño Cerebral Adquirido en el medio rural** en relación con el total del colectivo son: **Castilla y León, Castilla –La Mancha, Andalucía y Galicia.**

Tabla 9. Personas con DCA por Comunidad Autónoma. Total de casos y tasas por mil habitantes España. 2020.

Comunidad Autónoma	Números absolutos			Tasas por 1.000 habitantes		
	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Varones	Mujeres	Ambos sexos
Andalucía	42.896	25.676	68.572	11,04	6,40	8,68
Aragón	4.684	3.870	8.554	7,71	6,20	6,95
Asturias	6.115	5.660	11.775	13,36	11,29	12,28
Balears (Islas)	6.572	6.274	12.846	11,56	10,99	11,28
Canarias	12.623	10.590	23.213	12,08	9,91	10,98
Cantabria	2.835	2.813	5.648	10,61	10,02	10,31
Castilla y León	8.644	11.795	20.439	7,89	10,50	9,22
Castilla - La Mancha	10.071	9.448	19.519	10,59	10,01	10,30
Cataluña	30.374	34.582	64.956	8,73	9,51	9,13
Co. Valenciana	23.727	28.725	52.452	10,26	11,97	11,13
Extremadura	2.931	4.236	7.167	6,00	8,49	7,25
Galicia	15.108	15.926	31.034	12,34	12,05	12,19
Madrid	24.411	24.041	48.452	8,19	7,35	7,75
Murcia (Región de)	5.482	5.755	11.237	7,87	8,23	8,05
Navarra	3.418	2.854	6.272	11,39	9,28	10,32
País Vasco	6.962	10.134	17.096	7,08	9,62	8,39
La Rioja	2.265	2.409	4.674	15,66	16,12	15,90
Ceuta	257	48	305	8,45	1,65	5,13
Melilla	153	315	468	3,40	6,77	5,11
Total	209.528	205.151	414.679	9,72	9,10	9,40

Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia 2020. INE. Los datos correspondientes a celdas con menos de 5 mil

personas han de ser tomados con precaución, ya que pueden estar afectados de elevados errores de muestreo.

3. Acercamiento cualitativo a la situación y necesidades de las personas con Daño Cerebral Adquirido en el medio rural en España

Este apartado presenta los resultados de la consulta *online* dirigida a personas con Daño Cerebral Adquirido (DCA) residentes en municipios de menos de 2.000 habitantes y de municipios de entre 2.000 y 10.000 habitantes. Los resultados no pretenden una representatividad estadística como tal; ahora bien, la respuesta obtenida a través de la consulta ofrece un panorama de distintas situaciones indicativas de la realidad de las personas con DCA en el medio rural. En este sentido, constituye una base que apunta claves para un mejor conocimiento y comprensión de las barreras que afronta este colectivo.

Por otra parte, se presenta también el análisis de las entrevistas a profesionales de entidades asociativas del Daño Cerebral en aquellas Comunidades Autónomas donde la población rural con DCA tiene una presencia significativa (Andalucía, Castilla y León, Castilla –La Mancha, Extremadura y Galicia).

Sobre los **datos de la consulta**, se ha recibido un total de 48 cuestionarios con información sobre personas con DCA residentes en municipios de menos de 2.000 habitantes y de municipios de entre 2.000 y 10.000 habitantes, cuyas características son las siguientes: **sexo**: 22 mujeres, 26 hombres, 2 personas no han respondido sobre esta cuestión. Promedio de **edad**: 52,7 años. Este promedio de edad no coincide con los datos que se observan en las encuestas oficiales donde el perfil de la población rural es más envejecido.

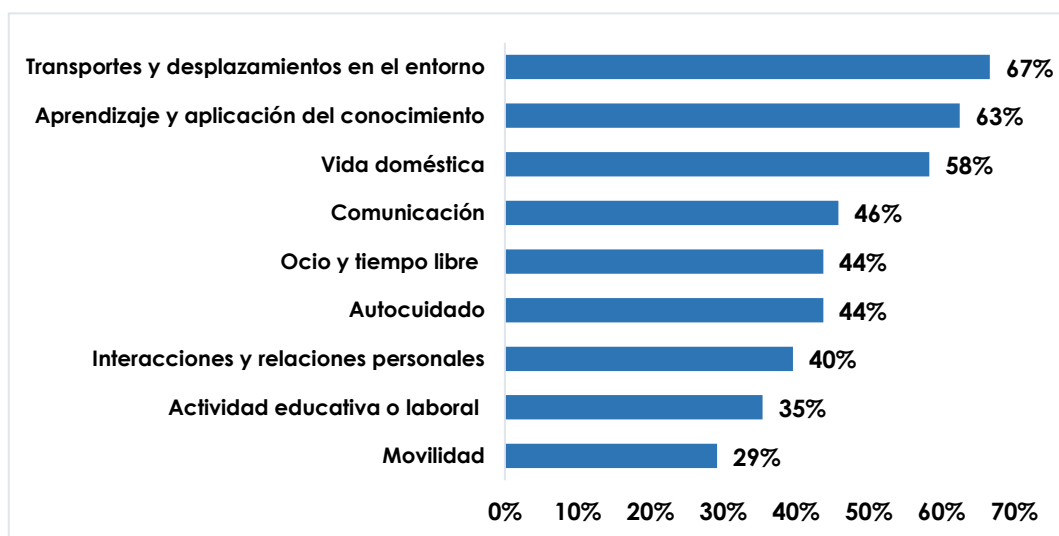
Debe tenerse en cuenta que estas respuestas provienen de personas que participan en entidades asociativas donde el perfil podría ser relativamente más joven que el de la población total con DCA y, por otra parte, también están las dificultades que suelen tener las personas mayores con discapacidad para el manejo Tecnologías de la

Información y Comunicación (TIC). **Según la EDAD-2020, el 51,8% de las personas con Daño Cerebral Adquirido presenta dificultades para poder utilizar con normalidad las TIC a causa de su discapacidad** que, además, se incrementa según la edad de las personas y su hábitat, llegando hasta el 80% en el caso de las personas con DCA que residen en municipios de menos de 10.000 habitantes.

Tipo de lesión: 22 personas han tenido un ACV, 13 personas un TCE, 8 personas un tumor cerebral, 3 personas tienen daño cerebral por otras causas. En promedio, las personas que han participado en la consulta tienen 6,7 años de lesión. Como se observa en otros estudios sobre el colectivo, **las personas presentan una multiplicidad de limitaciones funcionales, lo que supone que necesiten ayuda de manera frecuente para distintas actividades.** Especialmente para el transporte y los desplazamientos en el entorno, también necesitan ayuda para aquellas actividades vinculadas con el aprendizaje y la aplicación del conocimiento y para actividades de la vida doméstica (cocinar, limpiar, ...).

El **apoyo para las actividades cotidianas** proviene mayoritariamente de familiares (40 de las 48 personas encuestadas). El tiempo promedio que la familia (básicamente mujeres) dedica al cuidado y/o apoyo de estas personas es de 8,9 horas al día.

Gráfico 12 Personas encuestadas según las actividades para las que necesita ayuda frecuentemente, como consecuencia del daño cerebral.



Fuente: Elaboración propia a partir de la consulta a personas con daño cerebral.

30 de las 48 personas que respondieron a la consulta cuentan con certificado de discapacidad y 27 de las 48 personas cuentan con la valoración de dependencia. Buena parte de estas personas han sido valoradas con dependencia severa y con gran dependencia. De estas 27 personas, 17 tienen que desplazarse fuera de su localidad de residencia para recibir estos servicios, en promedio, 34,7 kilómetros.

Respecto a la atención sanitaria especializada, el acceso a la rehabilitación y servicios de atención, buena parte de las personas que participaron en la consulta perciben como principales barreras: la **falta de recursos especializados próximos a sus lugares de residencia**, la **necesidad de desplazamiento** para poder acceder a la atención especializada, en este sentido, la **necesidad del transporte** y la **falta de ayudas y orientación para atender las secuelas del Daño Cerebral Adquirido**.

*“Para recibir atención integral específica de daño cerebral me tengo que desplazar. Creo que estoy un poco desatendida... **me provoca muchos gastos de desplazamiento y no se adaptan a las secuelas**”.*

*“Estoy contento en general, pero **es lamentable que tenga que hacer tantos kilómetros todos los días**”.*

*“Las sesiones de rehabilitación de fisio y terapeuta ocupacional no son suficientes y no se trata la recuperación de la parte cognitiva que hay que hacerla de forma particular y además **no existe un equipo multidisciplinar que estudie lo mejor en cada caso** y siga su evolución y de pautas a seguir a las familias incluidos los posibles recursos y ayudas a los que podríamos tener acceso. En una palabra,*

nos dejan solos y son los familiares los que tienen que investigar y moverse para conseguir con su esfuerzo, dinero y tiempo los recursos y medios para la mejor recuperación de la persona en todos sus aspectos”.

*“Porque no atienden a lo que mis familiares solicitan. **Tenemos que estar constantemente pidiendo los informes para poder tramitar las ayudas a la dependencia y nos quieren dar el alta en el hospital sin haber recibido el diagnóstico específico ni haber prescrito las necesidades que han de ser cubiertas”.***

*“Únicamente **el mayor problema con el que nos encontramos es el transporte** para llevarlos al centro de día porque para él es muy necesario”.*

*“**Vivir en una isla menor y en zona rural es como estar enterrado en vida cuando tienes una discapacidad”.***

*"Ahora que cumpla 65, en mi entorno tengo 4 centros de día, pero todos son de grado I de dependencia, **si quisiera ir a un centro de día debo recorrer 45 km o más** porque si recogen a otra persona me recorro muchos más. Ahora voy 2 veces a la semana al CAP y siempre vuelvo con dolor de cabeza. En mi pueblo también hay residencia, pero es de grado uno. ¿No se pueden poner plazas en residencia o centro de día para grado 2 y no movernos de nuestro entorno?"*

Respuestas al cuestionario

En las entrevistas a las profesionales de las entidades asociativas también se apuntaron como principales dificultades la falta de recursos próximos especializados y la necesidad de desplazarse para recibir atención. Las profesionales consideran que **la disposición básicamente urbana de los recursos especializados** en Daño Cerebral Adquirido repercute en la calidad de vida de las personas con DCA que residen en municipios pequeños y alejados de los centros urbanos.

“Las que están más lejos están más abandonadas, precisamente por ese déficit de recursos. Porque los recursos... los pocos que somos específicos y especializados **estamos muy ubicados en las ciudades más céntricas...** cuando reciben el alta y se van para sus casas, es como, ahí te quedas. ..., los que viven más cerca tienen esa ventaja que si eres una persona que **encima de vivir lejos no tienes a una persona que te traiga,** no tienes transporte ni medios de cómo llegar. Sarela (Galicia).

En Badajoz capital sí que hay recursos, la mayoría a nivel privado... a través del servicio de atención a la dependencia reciben una ayuda económica para las terapias. Con esa ayuda ellos pueden recibir las terapias en centros específicos, ... Pero te estoy hablando siempre de Badajoz capital, porque **saliendo de ahí no hay recursos específicos.** Las personas tienen el mismo acceso a esa ayuda, pero ya tendrían que desplazarse... depende de dónde vivan, pero una media de **50 y 80 km para recibir tratamiento** o continuar el tratamiento rehabilitador. Asociación Caminar (Extremadura).

Hay pueblos en los que no hay ni un fisioterapeuta, ni una clínica ni nada. En otros hay, pero no son específicos para daño cerebral. Logopedia... nada, el que quiere logopedia o necesita algo tiene que ir a la ciudad. **Si quieren seguir con la rehabilitación tienen que ir a la ciudad.** Asociación Caminar (Extremadura).

Estamos en Cuenca capital, **la gente de los pueblos, si quiere rehabilitación tiene que desplazarse.** Nosotros no tenemos servicios de transporte. Les sumas el hándicap de que tienen que organizarse a nivel de horarios de autobuses y trenes cuando hay, contando con que haya. Y bueno, si tiene capacidad de conducir su propio coche bien, pero también es un gasto económico, y si no tienes que movilizar a un familiar. ADACE-CLM.

En general, las profesionales perciben que **la ruralidad supone un factor de discriminación** para la inclusión de las personas con DCA. No solo por la falta de recursos especializados sino también por la falta de información sobre qué es el Daño Cerebral Adquirido y sus secuelas, en especial aquellas de carácter invisible.

Hay un escalón muy grande entre las personas que viven aquí en Jaén y las personas que viven en el medio rural... Una persona que viva a dos horas de aquí, porque vive en la sierra, se quedará sin atención, porque ni nosotros podemos ir ni ellos podrán venir por el tiempo, a nivel económico, por la situación de salud que tenga... hay muchísima diferencia. Hay personas que se quedan totalmente aisladas. ADACEA Jaén.

Las profesionales reconocen, por otra parte, que la atención en la fase aguda del Daño Cerebral Adquirido es adecuada y valoran positivamente la existencia del Código Ictus.

Cuando una persona llama a emergencias desde el hospital se activa el código ictus y ya va todo enfocado a eso, a reducir los tiempos, a la atención más pronta posible, que con la llamada ya se puede visualizar que es un ictus. Asociación Caminar (Extremadura).

En Burgos si se traslada a los hospitales cuando hay mucha urgencia, hay un helicóptero sí que se traslada a las zonas rurales. El hospital de Aranda está en contacto con la unidad de ictus del Hospital de Burgos, pero si te pilla muy lejos el tiempo vuela con el daño cerebral. Asociación de Daño Cerebral Adquirido de Burgos.

Sin embargo, también se percibe que, una vez recibida el alta hospitalaria, el acceso a servicios de rehabilitación especializada no siempre está garantizado y las dificultades se multiplican para aquellas personas que residen en zonas rurales. Se apunta también la ausencia

de atención neuropsicológica que resulta primordial para la atención de las secuelas invisibles del Daño Cerebral Adquirido.

Según el dinero que tengas podrás pagarte una buena rehabilitación o no, si tienen que acercarse hasta la ciudad pues ya tienen que añadir el transporte o alquilarse un piso mientras recibe la rehabilitación. Asociación de Daño Cerebral Adquirido de Burgos.

La edad aparece también como un factor que determina la posibilidad de acceso a la rehabilitación. Las personas mayores parece que tienen menos recursos sociales y económicos para desplazarse.

Cuando son personas más jóvenes pues vendrían más, pero cuando son personas de una edad avanzada no se lían para venir a Burgos todos los días para recibir una rehabilitación. Asociación de Daño Cerebral Adquirido de Burgos.

También es verdad que la gente mayor que vive en el entorno rural quizás no ha llegado a la asociación, o les cuesta mucho más venir. Pero la gente joven que vive en los pueblos tiene más... al final quiere rehabilitar y quiere mejorar, y quiere hacer esa rehabilitación. ADACE CLM.

Se apuntan también dificultades relacionadas accesibilidad en el entorno y en las viviendas de las personas con DCA.

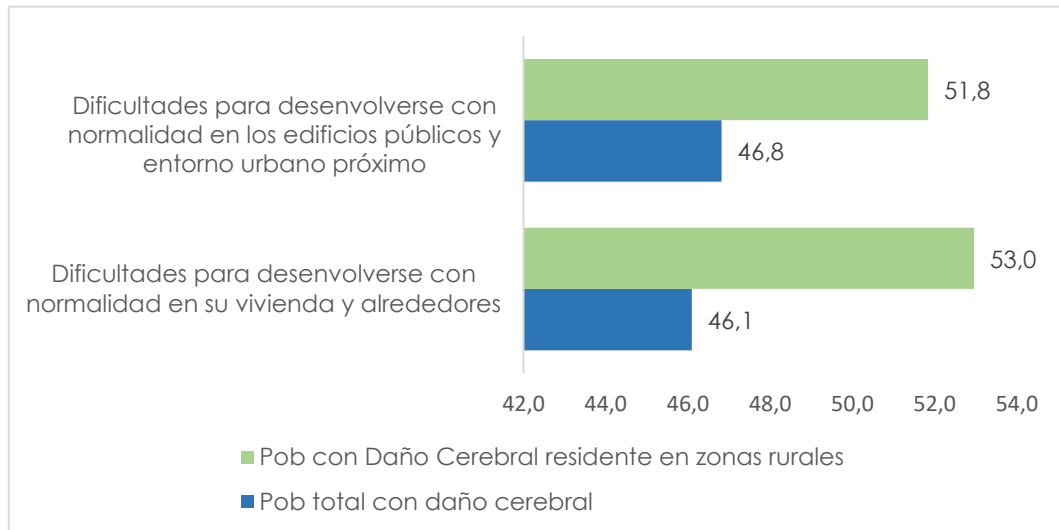
Evidentemente en la zona rural hay muchas más casas con escaleras, no es como en la ciudad, que viven más en pisos con ascensor. Eso ya es una barrera y una limitación. SARELA (Galicia).

... en las zonas rurales son cuartos de baño que no existían en un principio en las casas, igual se han hecho uno en la zona de fuera, en el patio. El tema de las barreras

*es fundamental. Luego por ejemplo en los pueblos igual uno tiene muchas cuestas, otro tiene menos, no tienen zonas para salir o ser autónomo. Yo lo que veo es que **suelen necesitar siempre de una persona de apoyo.** Asociación Caminar (Extremadura).*

La EDAD- 2020 corrobora esta percepción respecto a la accesibilidad en la vivienda. Así, **el 53% de las personas con Daño Cerebral Adquirido de seis años y más que residen en zonas rurales tiene dificultad para desenvolverse con normalidad en su vivienda** y alrededores. Por otro lado, **un 51,8% de estas personas también tiene dificultades para desenvolverse con normalidad en los edificios públicos** y el entorno urbano próximo.

Gráfico 13 Dificultades para desenvolverse con normalidad en su vivienda y en el entorno urbano próximo a causa de su discapacidad.



Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia 2020. INE.

Respecto al transporte, los datos de la EDAD- 2020 indican que **el 54% de las personas con Daño Cerebral Adquirido de seis años y más presenta dificultades para poder desenvolverse en medios de transporte** a causa de su discapacidad. En el medio rural este porcentaje es del 57%.

Las profesionales también perciben el impacto de la **perdida de servicios y de oportunidades para inclusión en las zonas rurales** que contribuye, por un lado, a la dinámica de despoblación de estas zonas y por otro, al aislamiento de las personas con DCA.

Antes la gente vivía en los pueblos porque había un médico, un colegio... y ahora los servicios se desmantelan todos. No debemos perder eso...La persona, además de tener que irse para una residencia y modificar toda su vida, tiene que irse a una residencia de otra provincia, que está a dos horas de su familia, entonces su familia tiene que desplazarse esas dos horas para poder estar solo 40 minutos de visita. SARELA.

En el entorno rural tienen menos recursos, hay menos trabajos específicos o generales incluso, y al final si quieren hacer una inserción laboral muchas veces hay que cambiarnos de pueblo, cambiarnos de ciudad... es más difícil. ADACE-CLM.

Jaén en este caso es una ciudad pequeña, es una ciudad sin empleo, sin comercio, sin recursos. Entonces, por ejemplo, nosotros a nivel social trabajamos con las personas en sus entornos comunitarios, en búsqueda de recursos, y nos quedamos muy muy limitados. También trabajamos el ocio, llevamos un grupo de ocio que ya a veces nos quedamos sin recursos porque no sabemos a dónde podemos ir, porque es que nos hemos visto todos los museos, todos los cines, todas las películas, entonces ahí sí es verdad que estamos muy muy limitados, muchísimo, respecto a un Málaga, a Granada o Sevilla. ADACEA Jaén.

En este sentido, **las entidades asociativas de Daño Cerebral Adquirido cumplen una función primordial** al paliar, en parte, las carencias que afronta el colectivo que reside en zonas alejadas de los núcleos urbanos.

Tenemos diferentes puntos de atención, en concreto en cuatro concellos... Es una atención muy básica, de información sobre derechos, información sobre daño cerebral, sobre recursos, ayudas... es algo muy muy básico. SARELA (Galicia).

Nosotros ofrecemos neuropsicología, psicología, fisioterapia, logopedia, terapia ocupacional, lo ofrecemos tanto a nivel individual como grupal... necesitamos centros especializados en las provincias de Castilla y León. Las plazas con el CEADAC son escasas, limitadas y a partir de los 55 años ya no puedes entrar. Tenemos personas en lista de espera para entrar al CEADAC con secuelas muy graves, estamos hablando de cuatro meses de espera... Tenemos ahora un usuario que va a venir desde 80 kilómetros.

A modo de síntesis

De acuerdo con los datos en bruto de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD) (INE, 2020), en España residen **435.400 personas con Daño Cerebral Adquirido de seis años y más**⁶. De estas personas, el 83% ha señalado como causa del daño cerebral un accidente cerebrovascular (361.503 personas), el 17% un traumatismo craneoencefálico (TCE) (73.915 personas).

La población de seis años y más con Daño Cerebral Adquirido que reside en zonas rurales asciende a 96.637 personas, esto supone el 23% del total de las personas con DCA, según la EDAD-2020. **Por sexo**, las mujeres suponen el 55,2% de estas personas, mientras los varones representan el 44,8%. El promedio de edad es de 74,8 años, 3,5 años más que la población total con daño cerebral. **Por perfil de discapacidad**, destacan las diferencias porcentuales respecto al total de las personas con daño cerebral en las discapacidades relacionadas con el autocuidado, la vida doméstica, el aprendizaje, aplicación del conocimiento y desarrollo de tareas y la movilidad, que afecta en mayor medida a la población rural. **El 27% de las personas con Daño Cerebral Adquirido en zonas rurales vive sola.**

Según la EDAD-2020, **el 53% de las personas con Daño Cerebral Adquirido que residen en zonas rurales tiene dificultad para desenvolverse con normalidad en su vivienda y alrededores**. Por otro lado, un 51,8% de estas personas también tiene dificultades para desenvolverse con normalidad en los edificios públicos y el entorno urbano próximo.

El 52% de las personas con Daño Cerebral Adquirido presenta dificultades para poder utilizar con normalidad las TIC a causa de su discapacidad que, además, se incrementa según la edad de las personas y su hábitat, llegando hasta el 80% en el caso de las personas con DCA que residen en municipios de menos de 10.000 habitantes.

Los datos de la EDAD- 2020 indican también que el 57% de las personas con DCA residente en zonas rurales presenta dificultades para poder

⁶ 20.739 personas han indicado ambas causas como origen del daño cerebral.

desenvolverse en medios de transporte a causa de su discapacidad, 4 puntos más que el total del colectivo.

Respecto a la población rural por Comunidad Autónoma, las **Comunidades con porcentajes más altos de personas con Daño Cerebral Adquirido en el medio rural** en relación con el total del colectivo son: **Castilla y León, Castilla –La Mancha, Andalucía y Galicia.**

La revisión bibliográfica internacional junto con la consulta a personas con Daño Cerebral Adquirido residentes en municipios pequeños y las entrevistas a profesionales de atención en DCA muestran de forma reiterada que la ruralidad puede ser un factor que multiplica las situaciones de discriminación que afrontan las personas con DCA debido, entre otras cuestiones, a:

- La **falta de recursos especializados próximos a sus lugares de residencia.**
- La **necesidad de desplazamiento** para poder acceder a la atención especializada debido a la disposición básicamente urbana de estos recursos.
- La **necesidad del transporte** que es escaso en las zonas rurales, que no siempre es accesible y que requiere de apoyo personal.
- Los **gastos extra** que tienen que asumir las personas con DCA en el medio rural para acceder a recursos y/o servicios. Esto supone que aquellas con bajos ingresos estén excluidas de servicios tan básicos como la rehabilitación, entre otros.

Propuestas

1. El diseño de políticas públicas orientadas a la población rural debe considerar a las personas con discapacidad desde un enfoque de derechos, con una mirada transversal y el propósito de alcanzar un desarrollo rural inclusivo.
2. Formación a profesionales de atención socio-sanitaria sobre el Daño Cerebral Adquirido y sus secuelas.
3. Campañas informativas dirigidas a la población rural sobre Daño Cerebral Adquirido, sus secuelas y sobre los recursos de atención disponibles.
4. Protocolos de colaboración y coordinación entre las asociaciones de Daño Cerebral Adquirido y los servicios de atención sanitaria de las zonas rurales (hospitales comarcales, servicios de atención primaria).
5. Protocolos de colaboración y coordinación entre las asociaciones de Daño Cerebral Adquirido, los Servicios Sociales y las administraciones locales.
6. Creación de programas "itinerantes" de rehabilitación multidisciplinar y mantenimiento dirigidas a personas con Daño Cerebral Adquirido residentes en zonas rurales, especialmente dirigido a las personas mayores con DCA.
7. Mejorar los servicios de transporte y movilidad desde una óptica de accesibilidad universal en los entornos rurales, tanto en espacios públicos como privados y espacios naturales.
8. Avanzar en la reducción de la brecha digital.
9. Ayudas económicas para mejorar la accesibilidad en las viviendas de las personas con DCA en las zonas rurales.
10. Apoyar a las entidades asociativas de Daño Cerebral Adquirido que cumplen una función primordial en la inclusión del colectivo para extender sus redes de apoyo a la población rural.

Anexo I: ampliación de la revisión bibliográfica internacional

Situaciones de especial vulnerabilidad en el medio rural: la infancia, el género y la salud mental

La infancia

Los traumatismos craneoencefálicos son una de las principales causas de mortalidad y comorbilidad en Estados Unidos, y la infancia menor de 4 años o los adolescentes de entre 15 y 19 años presentan una mayor incidencia respecto a otros grupos de población, siendo los más pequeños también los más vulnerables con las mayores tasas de mortalidad (Yue, Upadhyayula, Avalos, & Cage, 2020). Entre otras circunstancias, se detecta una mayor frecuencia de mecanismos de lesión relacionados con los vehículos de motor, que están asociadas a una mayor gravedad de las lesiones en comparación con otros mecanismos, lo que podría ayudar a explicar las diferencias de gravedad y mortalidad entre regiones (Leonhard, Wright, Fu, Lehrfeld, & Carlston, 2015).

Por otro lado, la infancia generalmente corre un mayor riesgo de sufrir lesiones peligrosas y por tanto traumatismos craneoencefálicos de mayor gravedad, en comparación con las zonas urbanas (Yue, Upadhyayula, Avalos, & Cage, 2020). Además, los/as niños/as con traumatismo craneoencefálico que residen en zonas rurales tienen una probabilidad significativamente menor de utilizar servicios de logopedia y salud mental que aquellos de regiones urbanas (Graves, y otros, 2019). Principalmente, las personas que viven en zonas urbanas tienen entornos físicos y socioeconómicos diferentes a los que viven en zonas rurales; por lo tanto, es probable que los factores de riesgo y los resultados negativos derivados sean también muy diferentes, lo que da lugar a diferencias en la epidemiología y resultados de los traumatismos craneoencefálicos que tienen importantes implicaciones para la atención, prevención y provisión de cuidados que pueden concluir en resultados dispares entre los niños de las ciudades y los de las zonas rurales (Leonhard, Wright, Fu, Lehrfeld, & Carlston, 2015).

El género

Los estudios sobre riesgo de ictus en el medio rural muestran mayor presencia de varones que de mujeres y menos niveles de pobreza que las zonas urbanas. También se observa en el medio rural una mayor hipertensión y obesidad abdominal que en los habitantes de zonas urbanas (Nakibuuka, y otros, 2014).

La oferta laboral y económica para la mujer en el entorno urbano es mayor, lo que hace que esta se sienta más atraída a estos núcleos, más aún cuando la edad es inferior, lo que explicaría el motivo del perfil predominante en las muestras rurales, que reflejarían una falta de acceso a información sobre comportamientos saludables y el riesgo de ictus (Nakibuuka, y otros, 2014).

Respecto al TCE, los estudios indican que los hombres son generalmente 3.4 veces más propensos que las mujeres a sufrir un traumatismo craneoencefálico (Sullivan, Gray, Williams, Green, & Hession, 2014). Algunas investigaciones recientes sobre el medio rural sugieren que generalmente las mujeres experimentan una mejor recuperación cognitiva que los hombres tras un traumatismo craneoencefálico (Sullivan, Gray, Williams, Green, & Hession, 2014). Como resultado, los hombres tienden a necesitar más cantidad de información, apoyos sociales y cuidados y tratamientos que las mujeres, tras sufrir alguna complicación que derive en daño cerebral (Xia, y otros, 2019).

Aunque se reconoce que las necesidades de las mujeres se invisibilizan por el estigma de esta condición, que se corresponde a hombres jóvenes y actividades arriesgadas, lo que, sumado a la falta de atención al medio rural, crea situaciones poco favorecedoras, creando diferencias de género en la forma que reciben cuidados o rehabilitación. (Alston, Jones, & Curtin, 2012). Las mujeres están en desventaja para recibir un tratamiento efectivo, pero las causas difieren a nivel global, por lo tanto, se necesitan diferentes medidas para poner solución a esto casos, aunque predomina una problemática de base a los bajos ingresos y los entornos agrícolas, junto con el rango elevado de edad que se suele dar en estas áreas. (Ennen & Beamon, 2012). Por otro lado, la falta de estudios sobre estas

diferencias hace latente la necesidad de destacar la prevalencia de dificultades cognitivas derivadas en las mujeres y los efectos en su calidad de vida tras un ictus en el medio rural (Deshmukh & Bele, 2021).

La literatura cree que la violencia de género puede dar pie a consecuencias económicas, sociales y de salud que modifiquen de forma determinante la vida de la víctima (Voth Schrag, Robinson, & Ravi, 2019). Como parte del maltrato sufrido por estas mujeres, se puede generar un daño cerebral permanente por la repetición crónica de algunos traumatismos (Edwards, 2014), y en dos estudios se demuestra que entre el 75 y el 87% de las mujeres ha sufrido traumatismos craneoencefálicos debido a la violencia de género (St Ivany, Schminkey, & Munro-Kramer, 2021).

A pesar de esta relación entre violencia de género y daño cerebral adquirido, en el medio rural no existen sistemas de apoyo a víctimas, se dan casos de aislamiento y se burla la seguridad y el anonimato de las mujeres en situaciones de denuncia. (Alston, Jones, & Curtin, 2012).

Salud Mental

La investigación ha comenzado a centrarse especialmente en los traumatismos craneoencefálicos con pérdida de conciencia, y en los problemas de conducta asociados, como el consumo no saludable de alcohol y los problemas de salud mental en general, independientemente del lugar de residencia (Feiss, y otros, 2022).

La depresión es uno de los principales trastornos neuropsiquiátricos y puede ocurrir debido a reacciones psicológicas a consecuencias clínicas de un ictus, cambios en el nivel de neurotransmisores o aislamiento social (Sadanandan, Silva, & Renjith, 2021). Un estudio realizado en Nueva Gales del Sur demostró que los pacientes rurales tenían más probabilidades de padecer una enfermedad mental tras una lesión cerebral; y la prevalencia de la depresión es mayor entre los que viven en zonas rurales en comparación con los que viven en zonas urbanas, en gran parte debido a las mayores tasas de pobreza e inactividad física (Feiss, y otros, 2022). Los pacientes que han sufrido un accidente cerebrovascular en el hemisferio izquierdo suelen sufrir más depresión, ya que tienen más dificultades para realizar actividades del

día a día que aquellos con predominancia del lado derecho (Sadanandan, Silva, & Renjith, 2021).

Además, el hecho de haber sufrido un accidente cerebrovascular es en sí mismo un factor de mayor riesgo de suicidio, así como simplemente el hecho de tener una alta probabilidad de sufrirlo aumenta el riesgo – si a estos factores se le añade la comorbilidad de la diabetes mellitus, el riesgo crece aún más (Dou, Tang, Lu, Jiang, & Wang, 2015). La depresión post ictus es considerada una de las causas de la intención de suicidio (Sadanandan, Silva, & Renjith, 2021). Pese a que en los países desarrollados la tasa de suicidios es mucho menor en las áreas rurales, en China esta cifra es totalmente opuesta, que puede deberse al pobre desarrollo socioeconómico, problemas financieros y una mayor presión psicológica, que podrían incurrir en pensamientos suicidas (Dou, Tang, Lu, Jiang, & Wang, 2015), lo que refuerza la necesidad de abordar los servicios de atención de salud mental después de un traumatismo craneoencefálico (Feiss, y otros, 2022).

La atención al Daño Cerebral Adquirido en el medio rural

La atención sanitaria

Las personas que habitan en el área rural no suelen tener acceso al mismo nivel de recursos que aquellas del área metropolitana, y puede repercutir en los resultados a largo plazo, lo que podría deberse al tiempo de viaje, que puede ser de dos a tres veces mayor para llegar a los especialistas médicos y quirúrgicos en comparación con los pacientes de una ciudad (Yue, Upadhyayula, Avalos, & Cage, 2020). Por otro lado, los costes de la atención sanitaria asociados en pacientes rurales son de especial interés debido a la evidencia de una atención clínica de menor calidad y peores condiciones socioeconómicas (Graves, y otros, 2019).

En el caso del daño cerebral adquirido, la discapacidad sobrevenida puede deberse a los retrasos en el tratamiento, que provocan más complicaciones que podrían haberse evitado: largas distancias a los centros sanitarios, la falta de transporte y las comunicaciones adecuadas, y las creencias culturales sobre las enfermedades y la

discapacidad, que influyen en los comportamientos de estas personas al buscar el mejor tratamiento para su circunstancia de salud (Slivinski, Jones, Whitehead, & Hooper, 2017).

El traumatismo

Los costes generales de cuidados sanitarios derivados de los traumatismos son mucho mayores en el medio rural que en el área metropolitana (Graves, y otros, 2019). En concreto, los resultados adversos asociados a los traumatismos craneoencefálicos incluyen la reducción de la capacidad de comunicación y el autocuidado, la calidad de vida relacionada con la salud, problemas de comportamiento y la carga familiar y económica derivada de la atención sanitaria y el coste después de la lesión (Graves, y otros, 2019).

Los traumatismos craneales "más leves" pueden tener secuelas funcionales, cognitivas y psiquiátricas que duran de meses a años después de la lesión (Yue, Upadhyayula, Avalos, & Cage, 2020). Son hospitalizados con menos frecuencia y a menudo son tratados exclusivamente de forma ambulatoria, pero hasta el 30% experimentan síntomas continuos (por ejemplo, fatiga cognitiva, falta de atención, dificultades de memoria) durante semanas o meses después de la lesión (Graves, y otros, 2019).

Es posible que el traumatismo craneoencefálico leve esté subestimado en las áreas rurales, donde el acceso a la atención médica, incluyendo los servicios de emergencia, es más limitado, lo que puede contribuir a diferentes patrones de uso de los servicios de salud (Graves, y otros, 2019). Se cree que los tiempos de transporte más largos están relacionados con el mayor riesgo de mortalidad por lesiones en esas zonas y los diferentes mecanismos y la gravedad de las lesiones sugieren que los programas de prevención de traumatismo craneoencefálico específicos para cada lugar pueden estar justificados (Leonhard, Wright, Fu, Lehrfeld, & Carlston, 2015).

Los accidentes cerebrovasculares

Después de tener en cuenta los factores conocidos de la mortalidad por accidentes cerebrovasculares en el medio rural, sigue existiendo

una asociación entre la ruralidad y la mortalidad, aunque otros estudios podrían determinar en qué medida la atención prehospitalaria rural contribuye a la disparidad de la mortalidad y qué factores de riesgo modificables pueden abordarse a nivel de los sistemas de emergencias (Georgakakos, Swanson, Ahmed, & Mohr, 2022). En otro estudio, se concluye que la mayoría de las zonas que presentan una tasa elevada de hospitalización por accidente cerebrovascular pertenecen al medio rural, y tienen un nivel socioeconómico y un perfil sanitario menos favorecedor: tienen una distancia mayor y una tasa más baja de admisión a las unidades de ictus (Lachkhem, Minvielle, & Rican, 2018). El triaje prehospitalario de los accidentes cerebrovasculares reduce significativamente el tiempo necesario para el tratamiento, lo que se refleja en la reducción de los traslados secundarios y de los retrasos intrahospitalarios, aumentando así la proporción de pacientes tratados en 3-4,5 horas (Lazarus, y otros, 2020). En los distritos rurales de Sudáfrica no hay unidades de accidentes cerebrovasculares, pero la política sanitaria promueve un enfoque de atención primaria con una serie de medidas de promoción, prevención, rehabilitación y paliación, aunque estos servicios sean poco frecuentes y tengan poca capacidad para hacer frente a la demanda de servicios (Scheffler & Mash, 2020).

La atención especializada e inmediata cuando se sufre un accidente cerebrovascular salva vidas y reduce el riesgo de discapacidad, pero el acceso a la atención especializada suele retrasarse y, en algunos casos, no se produce (Slivinski, Jones, Whitehead, & Hooper, 2017). Peores cuidados y resultados, junto a una mayor probabilidad de experimentar severas complicaciones en el hospital y aún más probabilidad de una dependencia funcional tras su alta, predisponen a estos pacientes a mayor mortalidad, comorbilidad y discapacidad, lo que puede recaer en ictus recurrentes (Bailey & Miner, 2022). Estos se presentan con mayor frecuencia entre los supervivientes de accidente cerebrovascular de medios rurales, con lo cual sugiere que otros factores relacionados con la salud, y específicos de estos entornos, pueden contribuir a estos resultados, aunque no se concluye sus tipos o causas (Nakibuuka, y otros, 2014).

Hay dos puntos a destacar, que serían la difícil estandarización de las

situaciones que se producen en zonas agrícolas, ya que las desventajas que se dan de un caso a otro difieren; y que la accesibilidad a las unidades de accidentes cerebrovasculares en regiones con baja población genera la duda del coste y beneficio de destinar departamentos mayores derivados (Lachkhem, Minvielle, & Rican, 2018). Por ejemplo, en Nueva Zelanda los hospitales más pequeños no están obligados a tener una unidad designada para accidentes cerebrovasculares o un servicio de rehabilitación específico para ictus (Ranta, y otros, 2021).

Aunque se haya sistematizado el uso de la trombólisis para tratar estos casos, la tasa de mortalidad sigue siendo alta, y el uso de equipos de resolución telemática puede suponer un gran avance (Lazarus, y otros, 2020). En Finlandia, solo la mitad de la población reside en un área con este acceso a una trombólisis; concretamente en el norte esta mitad reside a más de 50 km del punto de atención primaria más cercano (Varjoranta, Raatieniemi, Majamaa, Martikainen, & Liisanantii, 2019). Aproximadamente el 20% de los canadienses viven en zonas rurales y los hospitales suelen estar alejados de los centros de referencia para su tratamiento y tienen un acceso limitado a servicios que son fundamentales para el diagnóstico y el tratamiento tempranos del ictus agudo, como un escáner de tomografía computada – del que sólo disponen unos pocos hospitales rurales (Fleet, y otros, 2018).

En Estados Unidos casi 800.000 personas sufren un ictus cada año y pese a que las cifras de muerte están disminuyendo, continúa siendo una tasa bastante elevada, que puede deberse a la falta de centros especializados en tratamientos de accidentes cerebrovasculares en zonas rurales, cuya población está más envejecida y cuenta con pocos recursos (Slivinski, Jones, Whitehead, & Hooper, 2017). Los pacientes rurales se ven más afectados, siendo estos un 20% del país, es importante estudiar tanto los factores de riesgos como la administración y atención al paciente (Georgakakos, Swanson, Ahmed, & Mohr, 2022).

Las diferencias educativas y socioeconómicas plantean la posibilidad de que las poblaciones rurales tengan menos conocimientos para reconocer los signos y síntomas del ictus, lo que puede provocar un retraso en la activación de los servicios médicos de emergencia

(Georgakakos, Swanson, Ahmed, & Mohr, 2022).

Por otro lado, las tasas de mortalidad hospitalaria a los 30 días tras un ictus son más altas en los hospitales rurales que en los urbanos y superiores a la media de todos los años, por lo que se sugiere una asociación entre la mayor tasa de mortalidad por ictus en los hospitales rurales y su falta de servicios de urgencias pertinentes para los ictus (Fleet, y otros, 2018).

Para revertir todas estas situaciones se requiere un fuerte enfoque en el abordaje de la atención al ictus desde una perspectiva interdisciplinar y del sistema, manteniendo al paciente en el centro y reconociendo las importantes contribuciones que se hacen a los pacientes en todos los centros implicados, con el objetivo de garantizar que los pacientes reciban una atención óptima y obtengan resultados favorables tras el ictus, independientemente de la etnia o posición geográfica (Ranta, y otros, 2021). Además, la formación de los médicos regionales que no son neurólogos ayudaría a mejorar sus habilidades para realizar diagnósticos y adoptar un tratamiento adecuado, aliviando así la carga de la escasez de neurólogos, que se cree pueda ser mayor próximamente (Lazarus, y otros, 2020).

La infancia

La infancia de regiones agrarias a menudo sufre carencias en la atención sanitaria adecuada, retrasos en el servicio debido a los mayores tiempos de transporte y un menor acceso a los médicos que están capacitados para tratar adecuadamente determinadas condiciones de salud complejas (Yue, Upadhyayula, Avalos, & Cage, 2020). Pero también se enfrentan a obstáculos únicos después de la lesión, como las disparidades relacionadas con la utilización de los servicios de salud y los costes, por lo que es necesario investigar la eficacia de las innovaciones en los servicios para reducir las desigualdades en la atención sanitaria en el medio rural (Graves, y otros, 2019).

La telemedicina

Cuanto más remota es el área donde se encuentra el paciente, más

complicado resulta llegar al hospital y empezar el tratamiento a tiempo, circunstancia que se puede solucionar con la implantación de la telemedicina; en Noruega, con grandes distancias entre muchos hogares y el hospital, este sistema ya ha sido implementado (Kjelle & Myklebust, 2022). Se considera que el uso de esta tecnología puede ser muy útil en los procesos previos a la hospitalización y durante la misma, llevando a mejores resultados y reduciendo la tasa de mortalidad (Lazarus, y otros, 2020). Hablamos de una red muy rentable para la sociedad, con grandes resultados, evitando traslados innecesarios de pacientes, y reduciendo los tiempos de intervención que pueden ser mortales en algunos casos (Kjelle & Myklebust, 2022).

Para erradicar los problemas relacionados con la baja accesibilidad a cuidados en el medio rural debido a problemas de transporte, largos tiempos de espera, distancias, falta de recursos y mejorar el tratamiento se encuentra el sistema de “tele-ictus” que conecta a los pacientes de estos entornos con una unidad adecuada, con la posibilidad de realizar videoconferencias para el diagnóstico y radiologías a distancia para analizar los escáneres cerebrales (Richard, y otros, 2014). Las técnicas de salud telemática son una solución innovadora para patologías crónicas (como el ictus) en poblaciones rurales, ya que integran múltiples tecnologías para cubrir atención sanitaria sin necesidad de encuentros presenciales entre médicos y pacientes (Cherry, y otros, 2015). En Francia, se ha probado una red de “tele-ictus” en 3 regiones piloto, y parece ser efectiva y segura con un aumento de proporción de pacientes que pueden acceder a la trombólisis (Lachkhem, Minvielle, & Rican, 2018).

En España, 13 de las Comunidades Autónomas cuentan con el sistema Tele-ictus. Por otro lado, además de este sistema, algunas Comunidades Autónomas utilizan medios específicos para atender a pacientes de zonas alejadas (Telemedicina, UVIS móviles con neurólogo, videoconferencias), (Ministerios de Sanidad, 2022).

La rehabilitación

La terapia ocupacional es uno de los factores clave en la rehabilitación de los supervivientes de un ictus y su función principal es lograr la independencia en las actividades de la vida diaria (Mkhize,

Phehlukmayo, & Mpanza, 2022). Los servicios de atención a los pacientes con ictus deben tener en cuenta las necesidades de atención psicológica y física de cada paciente en lo que se refiere a los cuidados psíquicos y físicos, desde el inicio de los síntomas hasta la rehabilitación y la reintegración en la comunidad, lo que requiere un enfoque más eficiente entre los especialistas de las unidades de ictus, las comunidades y los apoyos sociales (Xia, y otros, 2019). En estas regiones, con mayor ruralidad, los pacientes permanecen menos tiempo del adecuado en el hospital, para ser enviados a sus casas, donde reciben un tratamiento de rehabilitación inadecuado y quizás poco accesible (Maleka, Stewart, & Hale, 2012).

No obstante, los pacientes ingresados en hospitales rurales con un ictus reciente no recibían necesariamente menos terapia ocupacional o física que los pacientes ingresados en un hospital metropolitano, en ambos casos son necesarias la terapia ocupacional (que se centra en la función sensoriomotora, la participación en actividades de la vida diaria y la adaptación al entorno) y la fisioterapia (que se centra en los patrones de movimientos, resiliencia cardiovascular, movilidad, equilibrio y los pasos (Merchant, Kitsos, Ashby, Kitsos, & Hubbart, 2016).

La terapia ocupacional permite a los supervivientes de accidentes cerebrovasculares volver a aprender sus actividades cotidianas para llevar una vida plena e independiente, al mismo tiempo que evalúan las dificultades a las que se enfrentan, adaptan las actividades (de cuidado personal, sociales o de ocio) y les ayudan a practicar para recuperar sus capacidades (Mkhize, Phehlukmayo, & Mpanza, 2022). A pesar de esto, en los países de ingresos bajos y medios, los servicios de rehabilitación a menudo no están disponibles o son inaccesibles, y los supervivientes de accidentes cerebrovasculares son dados de alta directamente desde los cuidados intensivos sin ninguna formación de los cuidadores, lo que pone de manifiesto la necesidad de modelos de atención que incorporen explícitamente a los cuidadores (Scheffler & Mash, 2020), por lo que existe una necesidad de orientación y apoyo para esta función, que capacite para ayudar en el proceso de rehabilitación de las personas de edad avanzada (Santos, Tavares, & Dias, 2014).

En relación con la capacidad de caminar, vivir en el área rural de un

país en desarrollo puede requerir una menor capacidad de paseo para poder ser incluido en una comunidad que la requerida en un área más desarrollada, por lo que participar en la comunidad en el medio rural, en términos de capacidad de independencia para caminar, es menos costoso (Amatachaya, Chuadthong, Thaweewannaku, Srisim, & Phonthee, 2015). Por eso, muchos pacientes que han sufrido ictus, quedan relegados a una posición más distantes y apartada de la vida social, las reuniones familiares, perdiendo su independencia y calidad de vida (Maleka, Stewart, & Hale, 2012). Las personas mayores que han sufrido un ictus y residen en el área rural manifiestan una salud mejor que aquellos de zonas metropolitanas, aunque se puedan enfrentar a mayores dificultades por temas de infraestructura y espacios, y su calidad de vida respecto al dominio físico sea menor, su vida social sí que es mayor (Santos, Tavares, & Dias, 2014). La mayoría de los supervivientes de accidentes cerebrovasculares también señalaron que eran necesarios más conocimientos sobre la enfermedad para entender mejor la patología, lo que les ayudaría a rehabilitarse y a prevenir su repetición (Xia, y otros, 2019).

Por ejemplo, el deterioro crónico de las extremidades superiores es demasiado común entre los más de 7 millones de supervivientes de accidentes cerebrovasculares en los Estados Unidos (Triandafilou, y otros, 2018). Esto apoya la literatura sobre las desigualdades relacionadas con la salud que se influyen por factores geográficos, destacando que el uso de terapias es mayor en terrenos agrícolas, al destacar que las disparidades en el tratamiento de traumatismo craneoencefálico entre zonas rurales y urbanas incluyen problemas de acceso y de coste (Graves, y otros, 2019). En el caso de la terapia ocupacional, según el estudio llevado a cabo por Merchant y otros, los pacientes obtuvieron más sesiones en los hospitales de áreas rurales que otros en hospitales metropolitanos, y las sesiones presenciales se alargaron más en el tiempo, que no la sesión; sin embargo, respecto a la fisioterapia sucede justo lo contrario, en las zonas urbanas incluso se triplican las sesiones y duración (Merchant, Kitsos, Ashby, Kitsos, & Hubbart, 2016).

Bibliografía

Alston, M., Jones, J., & Curtin, M. (2012, March). Women and Traumatic Brain Injury: 'It's not visible damage'. *Australian Social Work*, 39-53.

Amatachaya, S., Chuadthong, J., Thaweewannaku, T., Srisim, K., & Phonthee, S. (2015). Levels of Community Ambulation Ability in Patients with Stroke Who Live in a Rural Area. *Malaysia Journal of Medicine and Science*, 8.

Anderson, M. C., Evans, E., Zonfrillo, M. R., & Thomas, K. S. (2021). Rural/urban differences in discharge from rehabilitation in older adults with traumatic brain injury. *Journal of the American Geriatrics Society*, 1601-1608.

Andrew, N. E., Kilkenny, M., & Naylor, R. (2014). Understanding longterm unmet needs in Australian survivors of stroke. *International Journal of Stroke*, 106-112.

Bailey, R. R., & Miner, N. (2022). *Differences in health characteristics and health behaviors between rural and non-rural community-dwelling stroke survivors aged ≥65 years in the USA*. Salt Lake City: Cambridge UNiversity Press.

Bowman, D. L. (2017). Case studies demonstrating stroke telemedicine in the rural emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 70-73.

Camarero, L. & Sampedro, R. (2008). ¿Por qué se van las mujeres? El continuum de movilidad como hipótesis explicativa de la masculinización rural. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas (REIS)*, 124

Cherry, C. O., Chumbler, N. R., Richards, K., Huff, A., Wu, D., Tilghman, L., & Butler, A. (2015). Expanding stroke telerehabilitation services to rural veterans: a qualitative study on patient experiences using the robotic stroke therapy delivery and monitoring system program. *Disability and Rehabilitation Assistive Technology: Informa Healthcare*, 21-28.

Daugherty, J., Waltzman, D., Popat, S., Groenendaal, A. H., Cherney,

M., & Knudson, A. (2021). Rural Primary Care Providers' Experience and Usage of Clinical Recommendations in the CDC Pediatric Mild Traumatic Brain Injury Guideline: A Qualitative Study. *The Journal of Rural Health*, 487-494.

Deshmukh, N. S., & Bele, A. (2021). Cognitive Impairment and Its Impact on Quality of Life in Rural Indian Female after Stroke: A Cross Sectional Study. *Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology*, 556-560.

Dou, J., Tang, J., Lu, C.-H., Jiang, E.-S., & Wang, P.-X. (2015). A study of suicidal ideation in acute ischemic stroke patients. Health and Quality of Life Outcomes.

Edwards, K. M. (2014). Intimate Partner Violence and the Rural–Urban–Suburban Divide: Myth or Reality? A Critical Review of the Literature. *Journal of Trauma, Violence and Abuse*, 359-373.

Ennen, K. A., & Beamon, E. R. (2012). Women and Stroke Knowledge: Influence of Age, Race, Residence Location, and Marital Status. *Health Care for Women International*, 922-942.

Feiss, R., Corrigan, J. D., Ding, K., Beaulieu, C. L., Bogner, J., & Yang, J. (2022). Rural–Urban Differences in Behavioral Outcomes among Adults with Lifetime History of Traumatic Brain Injury with Loss of Consciousness: 2016–2019 Ohio BRFSS. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2-12.

Fleet, R., Bussi eres, S., Tounkara, F. K., Turcotte, S., L egar e, F., Plant, J., Dupuis, G. (2018). Rural versus urban academic hospital mortality following stroke in Canada. *PLoS ONE*, 1-11.

Georgakakos, P. K., Swanson, M. B., Ahmed, A., & Mohr, N. M. (2022). Rural Stroke Patients Have Higher Mortality: An Improvement Opportunity for Rural Emergency Medical Services Systems. *The Journal of Rural Health*, 217-227.

Graves, J. M., Mackelprang, J. L., Moore, M., Abshire, D. A., Rivara, F. P., Jimenez, N., Vavilala, M. S. (2019). Rural-urban disparities in health care costs and health service utilization following pediatric mild traumatic brain injury. *Health Services Research*, 337-345.

Jacoby, M., Albright, K., Schott, T., Jafari, N., & Finnerty, E. (2003). Tissue plasminogen activator utilization in rural Iowa. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 246.

Joubert, J., Prentice, L. F., Moulin, T., Liaw, S.-T., Joubert, L. B., Preux, P. M., & McLean, A. (2008, April 17). *Stroke in rural areas and small communities*. Retrieved from Stroke:

Kjelle, E., & Myklebust, M. (2022). Implementation of a telemedicine, stroke evaluation service; a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 2-10.

Lachkhem, Y., Minvielle, É., & Rican, S. (2018). Geographic Variations of Stroke Hospitalization across France: A Diachronic Cluster Analysis. *Hindawi: Stroke Research and treatment*, 6.

Lazarus, G., Permana, A. P., Nugroho, S. W., Audrey, J., Wijaya, D. N., & Widyahening, I. S. (2020). Telestroke strategies to enhance acute stroke management in rural settings: A systematic review and meta-analysis. *Wiley: Brain and Behaviour*, 1-10.

Leonhard, M. J., Wright, D. A., Fu, R., Lehrfeld, D. P., & Carlston, K. F. (2015). Urban/Rural disparities in Oregon pediatric traumatic brain injury. *Injury Epidemiology*, 2:32.

Maleka, M., Stewart, A. S., & Hale, L. (2012). The experience of living with stroke in low urban and rural socioeconomic areas of South Africa. *South African Journal of Physiotherapy*, 5.

Merchant, J., Kitsos, G., Ashby, S., Kitsos, A., & Hubbart, I. J. (2016). Occupational Therapy and Physiotherapy in Acute Stroke: Do Rural Patients Receive Less Therapy? *Hindawi: Stroke research and Treatment*, 5.

Mkhize, P. Z., Phehlukmayo, S. M., & Mpanza, D. M. (2022). Health seeking pathways for stroke survivors in a rural setting: Optimising early intervention for stroke rehabilitation in occupational therapy. *South African Journal of Occupational Therapy*, 24-33.

Moyano, L. M., Montano, S. ;., Barreto, P. V., Reto, N., Larrauri, L., Mori,

N., . . . García, H. H. (2021). Prevalence of stroke survival in rural communities living in northern Peru. *PLoS ONE*, 16(7).

Nakibuuka, J., Sajatovic, M., Nankabirwa, J., Furlan, A. J., Kayima, J., Ddumba, E., . . . Byakika-Tusiime, J. (2014). *Stroke-Risk Factors Differ between Rural and Urban Communities: Population Survey in Central Uganda*. Kampala: Neuroepidemiology.

Padilla, C. M., Foucault, A., Grimaud, O., Nowak, E., & Timsit, S. (2021). Gender difference of geographic distribution of the stroke incidence affected by socioeconomic, clinical and urban-rural by socioeconomic, clinical and urban-rural from the Brest stroke registry in France. *BMC Public Health*, 11.

Ranta, A., Thompson, S., Ngaroa Harwood, M. L., Cadilhac, D. A.-M., Barber, P. A., Davis, A. J., . . . Wilson, A. (2021). Reducing Ethnic and Geographic Inequities to Optimise New Zealand Stroke Care (REGIONS Care): Protocol for a Nationwide Observational Study. *JMIR Research Protocols*, 9.

Reyes, A. J., & Ramcharan, K. (2016). Remote care of a patient with stroke in rural Trinidad: use of telemedicine to optimise global neurological care. *BMJ Case Report*, 6.

Richard, S., Lavandier, K., Zioueche, Y., Pelletier, S., Vezain, A., & Ducrocq, X. (2014). Use of telemedicine to manage severe ischaemic strokes in a rural area with an elderly population. *Journal of Neurology and Science*, 683-685.

Ru, X., Wang, W., Sun, H., Sun, D., Ge, S., Wang, L., Jiang, B. (2019). *Geographical Difference, Rural-urban Transition and Trend in Stroke Prevalence in China: Findings from a National Epidemiological Survey of Stroke in China*. Beijing: Scientific Reports.

Sadanandan, S., Silva, F. D., & Renjith, V. (2021). Depression among Rural Stroke Survivors: A Cross-Sectional Study. *Indian Journal of Community Medicine*, 309-312.

Santos, N. M., Tavares, D. M., & Dias, F. A. (2014). Quality of life comparasion of elderly urban and rural stroke victims. *Journal of*

Research of Fundamental Care Online, 387-397.

Scheffler, E., & Mash, R. (2020). Figuring it out by yourself: Perceptions of home-based care of stroke survivors, family caregivers and community health workers in a low-resourced setting, South Africa. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 12.

Shuaib, A., & Jeerakathil, T. (2018). The mobile stroke unit and management of acute stroke in rural settings. *CMAJ*, 855-858.

Slivinski, A., Jones, R., Whitehead, H., & Hooper, V. (2017). Improving access to stroke care in the rural setting: the journey to acute stroke ready designation. *Journal of Emergency Nursing*, 24-34.

St Ivany, A., Schminkey, D. L., & Munro-Kramer, M. L. (2021). Acquired Brain Injuries and Intimate Partner Violence: A Situational Analysis of Help Seeking Barriers in Rural Northern New England. *Global Qualitative Nursing Research*, 1-11.

Sullivan, C. T., Gray, M. A., Williams, G. P., Green, D. J., & Hession, C. A. (2014). *The use of real life activities in rehabilitation: The experience of young men with traumatic brain injuries from regional, rural and remote areas in Australia*. Foundation of Rehabilitation Information.: *Journal of Rehabilitation Medicine*.

Triandafilou, K. M., Tsoupikova, D., Barry, A. J., Thielbar, K. N., Stoykov, N., & Kamper, D. G. (2018). Development of a 3D, networked multi-user virtual reality environment for home therapy after stroke. *Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation*, 2-13.

Varjoranta, T., Raatieniemi, L., Majamaa, K., Martikainen, M., & Liisanantii, J. H. (2019). Prehospital and hospital delays for stroke patients treated with thrombolysis: A retrospective study from mixed rural urban area in Northern Finland. *Australasian Emergency Care* , 76-80.

Voth Schrag, R. J., Robinson, S. R., & Ravi, K. (2019). Understanding Pathways within Intimate Partner Violence: Economic Abuse, Economic Hardship, and Mental Health. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 222-242.

Wang, Q., Liu, H., Lu, Z. X., Luo, Q., & Liu, J. A. (2014). Role of the new rural cooperative medical system in alleviating catastrophic medical payments for hypertension, stroke and coronary heart disease in poor rural areas of China. *BMC Public Health*, 10.

Wu, N., Gong, E., Wang, B., Gu, W., Ding, N., Zhang, Z., . . . Xu, L.-Q. (2019). A Smart and Multifaceted Mobile Health System for Delivering Evidence-Based Secondary Prevention of Stroke in Rural China: Design, Development, and Feasibility Study. *Journal of Medical Internet Research mHealth and uHealth*, 7.

Xia, X., Tian, X., Zhang, T., Wang, P., Du, Y., Wang, C., . . . Li, X. (2019). Needs and rights awareness of stroke survivors and caregivers in urban and rural China: a cross-sectional, multiple-centre questionnaire survey. *BMJ Open*, 1-8.

Yue, J. K., Upadhyayula, P. S., Avalos, L. N., & Cage, T. A. (2020). Pediatric Traumatic Brain Injury in the United States: Rural-Urban Disparities and Considerations. *Brain Sciences: MDPI*, 2-11.

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Altas hospitalarias por ACV según el sexo y grupo de edad. Año 2020.	18
Gráfico 2. Altas hospitalarias por ACV según el motivo de alta. Año 2020.	19
Gráfico 3 Defunciones por enfermedades cerebrovasculares, según tamaño de municipio de residencia. 2021. España (porcentajes)	20
Gráfico 4. Altas hospitalarias por ACV según Comunidad y Ciudad Autónoma de hospitalización. Tasas por 100.000 habitantes. Año 2020.	21
Gráfico 5. Altas hospitalarias por traumatismos intracraneales. Año 2020.	23
Gráfico 6. Altas hospitalarias por lesiones cerebrales traumáticas según motivo del alta. Año 2020.	25
Gráfico 7. Altas hospitalarias por traumatismo intracraneales según Comunidad y Ciudad Autónoma de hospitalización. Tasas por 100.000 habitantes. Año 2020.	26
Gráfico 8. Pirámide poblacional de personas con daño cerebral. España 2020.	29
Gráfico 9. Población con daño cerebral según zona de residencia. España. 2020 (porcentajes).	30
Gráfico 10 Personas con daño cerebral según tipo de discapacidad. Población total con daño cerebral y población con daño cerebral residente en zonas rurales (porcentajes). España. 2020.	31
Gráfico 11 Personas con daño cerebral residentes en viviendas familiares según tipo de hogar y zona de residencia (porcentajes). España. 2020.	32
Gráfico 12 Personas encuestadas según las actividades para las que necesita ayuda frecuentemente, como consecuencia del daño cerebral.	35
Gráfico 13 Dificultades para desenvolverse con normalidad en su vivienda y en el entorno urbano próximo a causa de su discapacidad.	42

Índice de Tablas

Tabla 1.	Estrategia de búsqueda para la revisión bibliográfica.	6
Tabla 2.	Altas hospitalarias por ACV según grupo de edad y sexo. Año 2020. Total casos y tasas por 100.000 habitantes.	18
Tabla 3.	Altas hospitalarias por ACV según el sexo y Comunidad Autónoma de hospitalización. Año 2020. Total casos y tasas por 100.000 habitantes.	21
Tabla 4.	Altas hospitalarias por lesiones cerebrales traumáticas según grupo de edad y sexo. Año 2020. Total casos y tasas por 100.000 habitantes.	23
Tabla 5.	Edad media y coeficiente de variación de las altas hospitalarias lesiones cerebrales traumáticas y ACV según el sexo. Año 2020.	24
Tabla 6.	Altas hospitalarias por traumatismos intracraneales según el sexo y Comunidad Autónoma de hospitalización. Año 2020. Total casos y tasas por 100.000 habitantes.	26
Tabla 7.	Personas con daño cerebral según la causa por la que se produce. España. 2020.	28
Tabla 8.	Personas con daño cerebral según grupo de edad. España. 2020.	30
Tabla 9.	Personas con daño cerebral por Comunidad Autónoma. Total de casos y tasas por mil habitantes España. 2020.	33