

Soledad en personas atendidas de urgencias a domicilio y uso de servicios sanitarios

Concepción *Canillas Rico*, Juan *Pérez Díaz*, Carmen *Canillas Rico*, Susana *Martín Caravante*, Cecilio *Linares Rodríguez*, Sergio R. *López Alonso*
Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias, Rincón de la Victoria, Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce, Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud (Málaga, España)

Correspondencia: sergiolopezalonso@gmail.com (Sergio R. López Alonso)

Introducción

La soledad ha sido identificada como la epidemia del siglo XXI,¹ desencadenando grandes problemas de salud, que acompañan a un deterioro generalizado y progresivo que acaba, con frecuencia, en la muerte del sujeto. En muchas ocasiones, la soledad puede manifestarse a través de la demanda reiterada de servicios sanitarios, que debería entenderse como signo de alarma social.

Acorde a los últimos datos del Instituto Nacional de Estadística, en su Encuesta Continua de Hogares 2017,² el número de hogares en los que reside una única persona mayor de 18 años ha ido aumentando en los últimos años situándose en el 25,4%. Porcentaje que aumenta directamente conforme lo hace la edad de los sujetos, ya que el 41,8% de estos hogares unifamiliares están formados por personas mayores de 65 años. Estas cifras vienen a superar las series previas de esta encuesta u otros estudios similares, como puede ser el 23,3% o el 24,95% ambos en poblaciones mayores de 65 años.^{3,4}

A este respecto, en España existen estudios donde se ha identificado una prevalencia del sentimiento de soledad que oscila sobre el 13,1% en la población general,⁵ mientras que aumenta considerablemente desde el 60% hasta el 66% en personas mayores de 65 años.^{3,6} A nivel internacional, la prevalencia de Soledad en los países europeos del entorno fluctúa entre el 10% de los países noroccidentales hasta el 55% en el este de Europa.⁷

Este sentimiento de soledad se han relacionado con múltiples y diversas problemas de salud, incluso con una mayor mortalidad. En este sentido, una reciente revisión sistemática con meta-análisis ha mostrado que la soledad se comporta como un factor de riesgo para la mortalidad general, aunque también específica para cáncer, enfermedad cardiovascular y respiratoria.⁸ Este riesgo ha llegado a cuantificarse a través de otra revisión sistemática, otorgándole una mortalidad similar a la del tabaquismo.⁹ Además, se ha observado que este efecto es ligeramente más fuerte en los hombres que en las mujeres.⁸

En consonancia, se espera que la asociación de la soledad con los problemas de salud, genere una mayor demanda de los servicios sanitarios, especialmente por personas mayores

frágiles. A este respecto, la bibliografía existente es escasa y obsoleta, aunque confirma dicha relación limitada a los servicios hospitalarios, incluyendo urgencias.^{10,11}

Por todo ello, sería importante actualizar el conocimiento al respecto de la relación entre la soledad y el uso de todos los servicios sanitarios tanto hospitalarios como de Atención Primaria (objetivo de la fase 2), tras determinar las propiedades métricas de la Escala de Soledad de UCLA vía telefónica (objetivo de la fase 1), partiendo de una población mayormente frágil y poco explorada como es aquella que utiliza los servicios de urgencias a domicilio, examinando posibles diferencias por sexo.

Metodología

Diseño

Estudio observacional descriptivo transversal (Fase 1) y retrospectivo (Fase 2).

Sujetos

Se realizará un muestreo sistemático consecutivo de todas las personas atendidas por el Servicio de Urgencias de Atención Primaria, pertenecientes a la zona básica de salud del Rincón de la Victoria, del Distrito Sanitario Málaga.

Se plantea obtener un tamaño de muestra de 100 sujetos que vivan solos, lo que supone una muestra total de sujetos que vivan solos o acompañados de 350 sujetos. Esta estimación se realiza en base a la prevalencia de personas que viven solas en España es de 25,4% para la población general,¹ aunque se espera un ascenso dado que la población esperada puede rondar los 72 años de media conforme a estudios en poblaciones similares.¹²

Instrumentos

Se elaborará una encuesta *ad hoc* para reclutar los datos sociodemográficos y clínicos. Además, se pasará la Escala de Soledad de UCLA³. Dicha escala presenta una validez de

constructo con altas correlaciones entre ítems; se confirma su validez discriminante respecto a los ancianos que no viven solos con un alfa de Cronbach de 0,95, y es un instrumento sensible al cambio.

La escala de Soledad de UCLA se presenta en la tabla 1.

Procedimientos

- *Procedimiento de actuación con cada sujeto*: un profesional, Investigador colaborador, tras la atención urgente domiciliaria, solicitará el consentimiento informado al sujeto de estudio. Asimismo, le preguntará sobre convivencia habitual y el tiempo en esa condición. A continuación, el investigador valorará los criterios de elección. En caso de ser susceptible de inclusión en el estudio, en las dos semanas siguientes a la asistencia, se realizará la llamada telefónica a aquellas personas que vivan solas por un miembro del equipo investigador.

- *Procedimiento de recogida de datos*. Los datos de las encuestas serán recogidos, vía telefónica, por algún miembro del equipo investigador y realizará el volcado de información en una base de datos elaborada para tal efecto. Además, se recuperará las asistencias sanitarias recibidas por el paciente durante el último año a partir de la historia de salud digital, que también se volcará en la base de datos.

La recogida de datos se realizará durante días laborables de periodos no vacacionales, ni en fines de semana.

Variables principales

Convivencia, tiempo viviendo en esa situación, accesibilidad familiar, relación vecinal, ayuda domiciliaria, teleasistencia, consultas y visitas por profesionales de Atención Primaria, admisiones en urgencias de Atención Primaria u hospital, ingresos hospitalarios, y visitas por equipos de urgencias o emergencias a domicilio.

Análisis

Análisis descriptivo mediante medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas, así como tablas de frecuencia para las variables cualitativas.

- *Fase 1*: Fiabilidad: coeficiente α de Cronbach. Validez de contenido: frecuencia de endose para cada ítem. Validez de constructo: análisis factorial exploratorio por componentes principales.

- *Fase 2*: Análisis inferencial mediante la T-Student o U de Mann Whitney, así como la correlación entre variables cuantitativas, a través de r de Pearson o Spearman. La normalidad de variables se comprobará con el test de Kolmogorov-Smirnov. Además, se estratificará por sexo y se analizarán diferencias según T-Student o U de Mann Whitney.

Aspectos éticos

Esta Investigación requiere la aprobación de la Portal de Ética de la Investigación Biomédica de Andalucía <https://www.juntadeandalucia.es/salud/portaldeetica/>. Los

datos obtenidos de los pacientes, enfermeras y médicos tendrán un tratamiento estrictamente confidencial, según la normativa legal vigente en materia de protección de datos de carácter personal.

Se contemplarán todos los aspectos éticos en relación a las Normas de Buena Práctica Clínica (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1997) y a la Declaración de Helsinki (Versión revisada en Brasil, 2013)

A los participantes del estudio se les informará verbalmente y por escrito de la identificación de los autores del estudio, del carácter voluntario en la participación, de los objetivos del estudio así como de la confidencialidad de los datos que suministran, solicitándoles su consentimiento informado para utilizar sus datos. De este modo, se siguen las indicaciones de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

La creación de un fichero informático donde se recogerá la información aportada por los entrevistados se realizará siguiendo las indicaciones del Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.

Finalmente, los resultados no serán utilizados para otras cuestiones ajenas a la investigación, tal y como se expone en el artículo 11 de la Ley mencionada con anterioridad.

Plan de trabajo

Fases del estudio

La duración total del estudio será de 24 meses, siguiendo varias fases bien diferenciadas que conforman el siguiente cronograma de planificación. Asumiendo que se empezara en enero de 2019, la planificación se puede observar en la tabla 2.

Equipo de trabajo. Dedicación y actividades

Los miembros del equipo de investigación se presentan en la tabla 3.

Medios y recursos para realizar el proyecto

A) Material inventariable:

Disponemos de ordenador portátil del Servicio de Urgencias de Atención Primaria.

Se utilizará el teléfono del Servicio de Urgencias de Atención Primaria, del Rincón de la Victoria, para realizar las llamadas.

Se requerirá material de papelería.

B) Material bibliográfico:

Disponemos de los artículos de revistas científicas necesarios a través de la Biblioteca Virtual del Sistema Sanitario Público Andaluz

C) Personal:

El equipo investigador realizará todas las tareas necesarias para llevar a cabo la investigación

Bibliografía

1. Díez Nicolás J, Morenos Paez M. La soledad en España. Madrid: Fundación ONCE; 2015.
2. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Continua de Hogares. Año 2017. Notas de prensa. 12 de abril de 2018. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/ech_2017.pdf [acceso: 16/09/18].
3. Velarde-Mayol C, Fragua-Gil S, García-de-Cecilia J. Validación de la escala de soledad de UCLA y perfil social en la población anciana que vive sola. *Semergen*. 2016; 42(3): 177-83.
4. Ayala A, Rodríguez-Blázquez C, Frades-Payo B, Forjaz M, Martínez-Martín P, et al. Propiedades psicométricas del Cuestionario de Apoyo Social Funcional y de la Escala de Soledad en adultos mayores no institucionalizados en España. *Gaceta Sanitaria*. 2012; 26(4):317-24.
5. Domènech-Abella J, Lara E, Rubio-Valera M, Olaya B, Moneta MV, Rico-Uribe L A, et al. Loneliness and depression in the elderly: the role of social network. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2017; 52(4), 381–390.
6. Del Barrio É, Castejón, P, Sancho Castiello M, Tortosa M Á, Sundström G & Malmberg B. La soledad de las personas mayores en España y Suecia: contexto y cultura. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 2010;45(4):189–195. doi:10.1016/j.regg.2010.02.010
7. Hansen T, Slagsvold B. Late-Life Loneliness in 11 European Countries: Results from the Generations and Gender Survey. *Social Indicators Research*. 2016:445–64
8. Rico-Uribe L, Caballero F, Martín-María N, Cabello M, Ayuso-Mateos J, et al. . Association of loneliness with all-cause mortality: A meta-analysis. *PLoS One*. 2018 Jan 4;13(1):e0190033.
9. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Med* 2010; 7: e1000316
10. Taube E, Kristensson J, Sandberg M, Midlöv P, Jakobsson U. Loneliness and health care consumption among older people. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2015; 29(3):435-43.
11. Geller J, Janson P, McGovern E, Valdini A. Loneliness as a predictor of hospital emergency department use. *J Fam Pract*. 1999 Oct;48(10):801-4. Erratum in: *J Fam Pract* 1999 Dec;48(12):100
12. López Alonso SR, Martín Caravante S, Rivero Sánchez C, Linares Rodríguez C, García González JA, Martínez García AI. Casuística, farmacología y juicio clínico de la enfermera de urgencias a domicilio. *Index Enferm*. 2016; 25(1-2): 9-13.

Tablas

Tabla 1. Escala de Soledad de UCLA

Instrucciones	
"Indique en qué grado le describen a usted cada una de las afirmaciones siguientes. Señale con un número del 1 al 4 cada una de ellas.	
1. Indica: Me siento así siempre	
2. Indica: Me siento así a menudo	
3. Indica: Me siento así raramente	
4. Indica: Nunca me siento de ese modo	
Ítems	1-4
1. Con qué frecuencia se siente infeliz haciendo tantas cosas solo	
2. Con qué frecuencia siente que no tiene nadie con quien hablar	
3. Con qué frecuencia siente que no puede tolerar sentirse solo	
4. Con qué frecuencia siente que nadie le entiende	
5. Con qué frecuencia se encuentra a sí mismo esperando que alguien le llame o le escriba	
6. Con qué frecuencia se siente completamente solo	
7. Con qué frecuencia se siente incapaz de llegar a los que le rodean	
8. Con qué frecuencia se siente hambriento de compañía	
9. Con qué frecuencia siente que es difícil para usted hacer amigos	
10. Con qué frecuencia se siente silenciado y excluido por los demás	
TOTAL	

Tabla 2. Cronograma de las fases del estudio

DOS AÑOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Fase 1. -Reuniones, formación y consensos entre investigadores	X	X					X	X								X					X			X
Fase 2. -Creación de aplicación/ base de datos -Autorización (ética) por PEIBA	X	X	X																					
Fase 3. Gestión y recogida de datos				X	X	X				X	X	X	X	X										
Fase 4. Control de calidad de datos				X	X	X				X	X	X	X	X										
Fase 5. Introducir datos en base datos				X	X	X				X	X	X	X	X										
Fase 6. Análisis Piloto							X	X	X															
Fase 7. Comunicación en Congreso									X	X	X													
Fase 8. Análisis de datos															X	X			X	X				
Fase 9. Memoria final																				X	X			
Fase 10. Comunicaciones y publicaciones																	X	X				X	X	X

Tabla 3. Equipo investigador

Nombre y apellidos	Tipo de investigador	Dedicación semanal	Fases
Sergio R. López Alonso	IP	6 h	1, 2, 4, 6, 7, 8, 9, 10
Carmen Canillas Rico	IC	4 h	1, 3, 4, 5, 7, 9, 10
Concepción Canillas Rico	IC	4 h	1, 3, 4, 5, 7, 9, 10
Juan Perez Díaz	IC	4h	1, 3, 4, 5, 7, 9, 10
Susana Martín Caravante	IC	4 h	1, 3, 4, 5, 7, 9, 10
Cecilio Linares Rodríguez	IC	3 h	1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9,10.