



---

# Universidad de Valladolid

## Facultad de Medicina

TRABAJO DE FIN DE GRADO DE MEDICINA

Curso 2019 – 2020

### SOLEDAD Y AISLAMIENTO SOCIAL EN LA POBLACIÓN ANCIANA DE UN BARRIO PERIFÉRICO DE VALLADOLID

**Autor:** Jacobo Martín Sanz

**Tutor:** Daniel Arauzo Palacios

Centro de Salud Delicias II

Unidad docente de Medicina Familiar y Comunitaria

Valladolid, Mayo 2020

## RESUMEN

*Introducción:* La soledad y el aislamiento social en la población anciana se han convertido en un asunto de creciente importancia debido a su relación con diversas patologías y el progresivo envejecimiento de la población.

*Objetivo:* Conocer la prevalencia y características de la soledad en pacientes mayores de 65 años adscritos al Área Básica de Salud Delicias II y analizar la posible relación con su pluripatología.

*Material y métodos:* Mediante la cumplimentación de una encuesta y la historia clínica electrónica de 50 pacientes, se calcula la prevalencia de soledad, aislamiento social y la relación entre ellas y con el resto de variables recopiladas. Para ello, se aplican los análisis estadísticos más adecuados para cada parámetro con el programa IBM® SPSS® versión 24.

*Resultados:* La prevalencia de soledad es del 44% (IC 95% 30 – 58) y de aislamiento social del 20% (IC 95% 8,6 – 31,4). Tanto el grado de soledad como el aislamiento social se relacionan entre sí y con el deterioro cognitivo, asistencia de servicios sociales y atención domiciliaria. El aislamiento social también se relaciona el test Minimental. Un 25% de los cambios en la escala UCLA se deben a cambios en la escala Lubben reducida.

*Conclusiones:* La prevalencia de soledad obtenida es mayor que la esperada en países desarrollados para este grupo de edad. Pese a la significación estadística de algunas variables, no se ha demostrado relación con la pluripatología. Por tanto, son necesarios más estudios para caracterizar cómo influyen estos parámetros en el grado de soledad y aislamiento social.

## **ABSTRACT**

*Introduction:* Loneliness and social isolation in elderly people has become an important issue due to its relationship with different pathologies and the progressive population's aging.

*Objective:* Evaluate loneliness' prevalence and characteristics in patients over 65 year old who are assigned to Área Básica de Salud Delicias II and analyse its possible connection with their pluripathology.

*Material and methods:* Through the completion of a survey and the electronic clinic history of 50 patients, the prevalence of loneliness, social isolation, and the relationship between them and the rest of variables collected has been calculated. For that use, we applicate the best statistical test for each parameter in the IBM® SPSS® 24 version program.

*Results:* Loneliness prevalence is 44% (95% CI 30 – 58) and social isolation prevalence is 20% (95% CI 8,6 – 31,4). Both loneliness degree and social isolation are related between them and with cognitive decline, social services assistance and home care. Social isolation is also related with Minimental test. 25% of the changes in UCLA scale are caused by changes in Lubben reduced scale.

*Conclusions:* Observed loneliness prevalence is higher than the expected for developed countries at this age range. Besides the statistical signification of some variables it has not been demonstrated association with individual's pluripathology. Therefore, more studies are needed to characterize how this parameters influence loneliness degree and social isolation.

## **PALABRAS CLAVE**

Soledad, Aislamiento social, Pluripatología, Anciano.

## **KEYWORDS**

Loneliness, Social isolation, Pluripathology, Elderly.

## ÍNDICE

<b>Resumen .....</b>	<b>2</b>
<b>Abstract.....</b>	<b>3</b>
<b>Introducción.....</b>	<b>5</b>
<b>Justificación.....</b>	<b>7</b>
<b>Objetivos e hipótesis de trabajo.....</b>	<b>7</b>
<b>Material y métodos .....</b>	<b>8</b>
<b>Resultados .....</b>	<b>10</b>
<b>Discusión .....</b>	<b>16</b>
<b>Limitaciones del estudio.....</b>	<b>17</b>
<b>Conclusión .....</b>	<b>18</b>
<b>Aplicabilidad práctica de los resultados.....</b>	<b>18</b>
<b>Conflicto de intereses .....</b>	<b>18</b>
<b>Agradecimientos.....</b>	<b>18</b>
<b>Bibliografía.....</b>	<b>19</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>21</b>
<b>Póster .....</b>	<b>27</b>

## INTRODUCCIÓN

Cuando hablamos de soledad, el primer concepto que nos sugiere es el componente objetivo de la misma o aislamiento social, definido como la falta de compañía, aquella situación en la que el soporte social no es suficiente para que el individuo mantenga una buena calidad de vida (1, 2). Esta situación tiene como inconvenientes la exclusión, la atención deficiente o la mayor facilidad para sufrir situaciones de malos tratos como abandono y negligencia (3).

Sin embargo, existe otro componente de la soledad denominada soledad subjetiva, que se define como la sensación de sentirse solo, el malestar emocional que surge cuando una persona percibe que no tiene el soporte social adecuado para realizar las actividades que desea, independientemente de la calidad de las interacciones sociales que le soporten (1, 2). En este caso, produce sensaciones de inquietud y miedo (1).

Por tanto, el término soledad engloba dos aspectos diferentes que son importantes a la hora de valorar la situación global en un individuo. No son elementos aislados, si no que a menudo ambos pueden coexistir, y de mantenerse en el tiempo pueden desembocar en la pérdida del sistema de soporte individual y de bienestar mental que conlleva situaciones de baja autoestima, higiene deficiente o alcoholismo (1).

Se ha identificado una serie de factores que favorecen esta situación, entre los que se encuentran (1):

- Cambios en los modelos familiares: comprenden algunos como el síndrome del nido vacío, viudez, crisis dentro del sistema de cuidados, etc. Cualquier situación en la que se produzca una alteración significativa en el hogar del paciente y sus componentes.
- Cambios en las relaciones del individuo con el entorno: sobre todo referentes al proceso de jubilación y la consecuente reducción de las interacciones sociales en muchos casos.
- Cambios en la sociedad: los nuevos modelos urbanísticos así como la principal oferta cultural están destinados fundamentalmente a un público más joven.

Para poder valorar la soledad existen diferentes escalas desarrolladas específicamente para evaluar cada uno de los aspectos de la misma. Las más utilizadas para identificar la soledad subjetiva emocional son la escala de Jong Gierveld (*Jong Gierveld loneliness scale*) (4) y la de soledad de UCLA (*University of California at Los Angeles loneliness scale*) en su formato de 10 preguntas (versión 3, Russell 1996) (5). Mientras que para medir el aislamiento social se utilizan otras como la ESTE II (6) y la

Escala de red social de Lubben (*Lubben Social Network Scale*), en sus dos versiones, una amplia de 18 preguntas y otra reducida de 6 (7).

La prevalencia de la soledad en la población mayor de 65 años en los países desarrollados es de entre el 20% y 30% (8), esto se convierte en un problema emergente especialmente en España, y en concreto en nuestra comunidad, ya que se está produciendo un drástico cambio demográfico hacia una sociedad mayor (9), siendo el 19,4% de la población a nivel nacional personas de 65 años o más (10). En la Encuesta Continua de Hogares de 2019, se publica que en 2.009.100 viviendas, reside una persona mayor de 65 años sola, un 17,5 % más respecto a los datos recopilados en el censo de población y vivienda en 2011, convirtiéndose los individuos de esta franja de edad en el 41,9% de los hogares unipersonales en nuestro país (11, 12).

Es importante destacar que, además de las propias consecuencias negativas que conlleva la soledad ya comentadas, se ha demostrado relación con múltiples patologías. Entre ellas destacamos las enfermedades cardiovasculares como hipertensión (13), alteraciones en la salud mental como depresión, trastornos de ansiedad generalizada e ideas suicidas, incremento en el consumo de tabaco (14), malnutrición, deterioro físico y mental (1), y en definitiva, un aumento generalizado de la morbilidad y mortalidad por todas las causas, convirtiéndose en un importante indicador de salud de la población en general (2).

En concreto, en la población mayor de 65 años existen muchos pacientes que sufren diversas enfermedades coincidentes y que les condicionan una mayor morbimortalidad (15). La Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) junto a la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) y la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP) recomiendan instaurar índices para la estratificación de estos pacientes y así poder llevar a cabo una atención integrada y adaptada a las necesidades individuales (16). Uno de los clasificadores más utilizados en este aspecto, es el Paciente Crónico Pluripatológico Complejo (16), definiendo pluripatológico como aquel paciente que padece dos o más enfermedades de distintas categorías clínicas predeterminadas, y como complejo, al que presente gravedad de la patología señalada en las clases anteriores, o porque coincidan a su vez factores de riesgo sociosanitarios (**Anexo 1**).

Existen otras formas de identificar y clasificar a los pacientes según su patología. Uno de los sistemas más utilizados es la filiación de los mismos según su Grupo de Riesgo Clínico (CRG), esta categorización divide a los pacientes en 9 grupos excluyentes entre sí. Para ello, se basa en su patología y características demográficas,

con el objetivo fundamental de identificar el consumo que hacen del sistema sanitario, tanto a nivel de atención médica como de gasto farmacéutico (17). Sin embargo, este sistema también ha demostrado ser útil en la previsión de la evolución clínica de los pacientes y en especial, en la población mayor de 65 años ha manifestado ser de gran utilidad para identificar a aquellos individuos con gran comorbilidad según el grupo asignado, siendo las enfermedades más frecuentes en este contexto la HTA, DM, depresión e insuficiencia renal (18). En el caso del sistema sanitario de nuestra comunidad, se ha optado por simplificar esta clasificación a 4 grupos según los datos obtenidos de las historias clínicas tanto a nivel de Atención Primaria como de Atención Hospitalaria, identificando como G0 los pacientes sanos, G1 aquellos con patología estable o en fase inicial, G2 los crónicos o pluripatológicos que se encuentran en un estadio avanzado de su enfermedad y G3 los considerados crónicos o pluripatológicos complejos (19).

## **JUSTIFICACIÓN**

En base a los datos expuestos, se refleja que la existencia de soledad puede estar en sí misma relacionada con diferentes enfermedades de índole tanto biológica como psíquica. Sin embargo, apenas hay estudios que traten de relacionar esta situación con el estado de salud general de los pacientes, y es por ello que en este trabajo además de analizar las características de los individuos en función de su grado de soledad, vamos a comparar esta con los principales índices utilizados para valorar su grado de pluripatología.

Además, coincide que el grupo de edad que presenta una mayor prevalencia de patología crónica y compleja, y a la vez gran carga de soledad, es el de las personas mayores de 65 años (8, 15). Como en nuestro país, y en concreto en nuestra comunidad, se está produciendo un envejecimiento progresivo de la población, se hace necesario tener un conocimiento de la prevalencia y características de la soledad en Atención Primaria dentro de este grupo de edad, para así poder establecer medidas que puedan detectar esta situación de forma temprana y prevenir las consecuencias derivadas de la misma.

## **OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE TRABAJO**

1. Determinar la prevalencia de la soledad y aislamiento social en la población mayor de 65 años en un barrio periférico de Valladolid.
2. Analizar las características de la soledad en la población mayor de 65 años de un barrio periférico de Valladolid, mediante la determinación de relación entre las diferentes variables y los parámetros Soledad y Aislamiento social:

- a. Hipótesis nula: no existe relación.
  - b. Hipótesis alternativa: sí existe relación.
3. Analizar la relación entre Soledad y Aislamiento social y entre cada una de ellas y los principales índices de pluripatología de los pacientes.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional descriptivo transversal emplazado en el Área Básica de Salud Delicias II, cuya población diana son los pacientes mayores de 65 años de la misma.

En un primer momento, antes de elaborar el diseño de este trabajo, se realizó una búsqueda de información en diferentes bases de datos, como Pubmed o UptoDate, utilizando las palabras clave *soledad / loneliness / UCLA / Lubben / mayores de 65 años / elderly people / illness / pluripatología / comorbilidad / Paciente Crónico Pluripatológico Complejo (PCPPC) y Clinical Risk Groups (CRG)*. También se recurrió a publicaciones realizadas en la página web del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), Instituto Nacional de Estadística (INE) y guías incluidas en las sociedades de medicina de familia y medicina interna, para poder conocer la situación actual del tema a analizar y plantear las variables a recoger en la población objetivo.

Se incluyó en el estudio a aquellos pacientes de 65 años o más que eran titulares de tarjeta sanitaria y estaban adscritos al Área Básica de Salud Delicias II. Excluyéndose del análisis de resultados a aquellos que se negaron a participar en el estudio, y a los que no acudieron al centro de salud para poder completar la encuesta.

Se obtuvo a partir de la base de datos de tarjeta sanitaria de la historia clínica electrónica una población mayor de 65 años de 4.206 individuos, a partir de la que se calculó mediante aleatorización simple un tamaño muestral de 270 participantes para un intervalo de confianza del 95%, con una precisión del 5%, teniendo en cuenta un porcentaje poblacional de soledad que se prevé en torno al 22% (8) y una proporción esperada de no participación del 10%.

Para relacionar las variables de soledad con la patología de los pacientes, se utilizó el nivel de complejidad medido por CRG, con la estratificación más reciente realizada en 2017, y el diagnóstico de Paciente Crónico Pluripatológico Complejo (PCPPC). Estos elementos, al igual que el valor del test de Barthel y del test de Minimental, se obtuvieron de los datos explotados en el registro de la tarjeta sanitaria en la historia clínica electrónica. Además, se elaboró un cuestionario (**Anexo 2**) con las variables edad, sexo, país de nacimiento, estudios superiores, estado civil, número de hijos, número de

personas con las que convive, lugar de residencia, presencia de problemas de movilidad, vista u oído, deterioro cognitivo, asistencia de los servicios sociales y atención domiciliaria para completar el estudio (20). En el mismo cuestionario se utilizó la escala de UCLA y de Lubben reducida para valorar, según la puntuación obtenida, el grado de soledad y aislamiento social respectivamente, ya que son las que se han validado en España y Europa, evitando un exceso de preguntas que dificultaría la participación (5, 7).

Con estos datos, el Comité de Ética de la Investigación con medicamentos del Área de Salud Valladolid Oeste aprobó la realización del estudio a fecha 13 de Diciembre de 2019.

En el momento de que cada participante completase la encuesta, se facilitó una hoja de información en relación a la investigación, y el consentimiento informado que debían firmar previa inclusión en el estudio, con posibilidad de revocación.

Los datos de las variables incluidas en el cuestionario se obtuvieron mediante la cumplimentación del mismo por los propios pacientes en sus visitas al centro de salud entre Febrero y Abril de 2020, con la colaboración del personal sanitario médico y de enfermería de Atención Primaria. Debido a la situación excepcional del estado de emergencia en relación a la epidemia del Covid-19, sólo se pudo contactar con 53 pacientes de la muestra, de los cuales en 28 se había valorado el test de Barthel, en 10 el Minimal y 3 rechazaron su participación.

Con toda la información obtenida se elaboró una hoja de Excel con contraseña, esta contenía la relación de los nombres de los pacientes con un código tipo CSD000, que aseguraba el anonimato de los mismos durante el análisis de los datos.

Una vez recopiladas, se introdujeron las variables en el programa IBM® SPSS® (Statistical Package for the Social Sciences) versión 24 para su análisis, predefiniendo antes de iniciar el estudio un nivel de significación estadística  $\alpha$  del 0.05 para todas las pruebas. En primer lugar, se realiza un análisis descriptivo de las distintas variables. Las cualitativas se representan mediante tablas de frecuencias absolutas y sus porcentajes correspondientes. Las cuantitativas, se someten a la prueba de Kolmogorov-Smirnov para determinar su normalidad, aquellas de distribución normal se representan mediante media  $\pm$  desviación estándar, y las no normales mediante mediana y rango intercuartílico (RIC). Se estima además el valor poblacional con el Intervalo de Confianza al 95%.

Para establecer la posible relación entre soledad y aislamiento social, se aplica el test de Chi cuadrado de Pearson en los grupos obtenidos. También se relaciona la

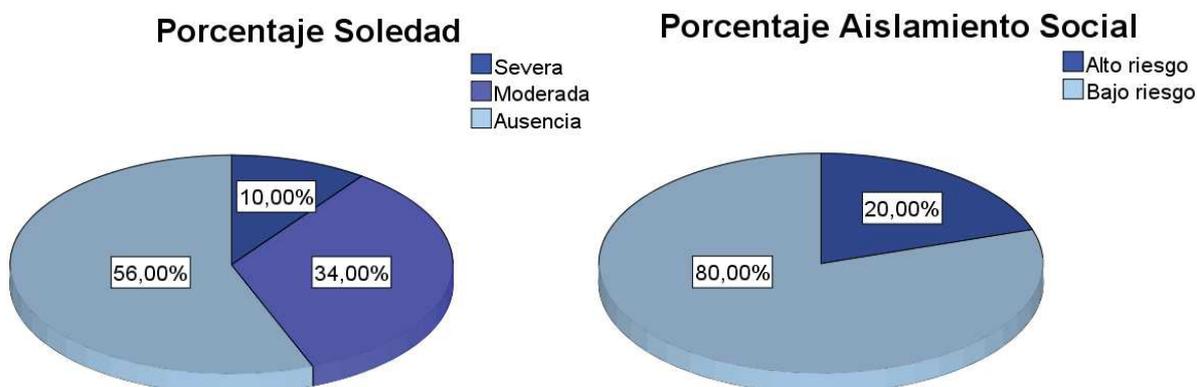
puntuación obtenida en la escala de UCLA y el test de Lubben reducido mediante la prueba de ANOVA, dado que a pesar de no seguir una distribución normal ambas tienen una  $n > 30$ , se obtiene el grado de correlación y, mediante una regresión lineal univariante, los valores de la recta, que se interpreta junto a un gráfico de dispersión de puntos.

A continuación se analiza la existencia de relación entre las diferentes variables y los tres grupos de soledad obtenidos mediante el cuestionario de UCLA. Las cualitativas categóricas se analizan mediante el test de Chi cuadrado de Pearson, las cuantitativas de distribución no normal y cualitativas ordinales con el test de Kruskal-Wallis, y las cuantitativas de distribución normal mediante el test ANOVA. Por último, para valorar si se pueden predecir los cambios en la variable Grado de Soledad en función del resto de parámetros, se realiza una regresión logística multinomial múltiple, teniendo en cuenta como variable dependiente respecto al resto, el grado de soledad.

De forma similar se analiza la relación existente entre los grupos obtenidos de aislamiento social mediante la escala de Lubben reducida y el resto de parámetros. Se aplica la prueba de Chi cuadrado de Pearson a las variables cualitativas categóricas, la U de Mann-Whitney a las cualitativas ordinales y a aquellas cuantitativas de distribución no normal, y por último, con la t de Student se evalúan las variables cuantitativas de distribución normal. En este caso, aplicamos la regresión logística binomial múltiple para completar el análisis.

## RESULTADOS

En primer lugar, tras reconvertir los resultados de la escala de UCLA y Lubben reducida en las variables soledad y aislamiento social, se elabora una tabla de frecuencias de cada una obteniendo una prevalencia de soledad del 44% (IC al 95% 30 – 58), siendo soledad de grado severo un 10% y de grado moderado un 34%. En cuanto al aislamiento social se obtiene una prevalencia del 20% (IC al 95% 8,6 – 31,4).



**Figura 1.** Gráficos circulares de los porcentajes de Soledad y Aislamiento social en la muestra.

Respecto al resto de variables, cabe destacar por su importancia en el estudio, que la prevalencia de PCPPC es del 26% (IC al 95% 13,6 – 38,4) y que en cuanto al nivel de CRG, la prevalencia de G0 es del 26% (IC al 95% 13,6 – 38,4), la de G1 es del 42% (IC al 95% 28 – 56), la de G2 es del 14% (IC al 95% 4,2 – 23,8) y la de G3 es del 18% (IC al 95% 7,2 – 28,8) (**Anexo 3**).

Para describir cómo se distribuyen y relacionan las variables grado de soledad y aislamiento social, se elabora una tabla de contingencia (**Tabla 1**), y aplicando el test de Chi cuadrado se obtiene un p valor de 0,003. Por tanto se puede rechazar la hipótesis nula de no relación y aceptar la hipótesis alternativa de relación.

**Tabla 1.** Tabla cruzada entre aislamiento social y grado de soledad con el valor de significancia obtenido.

			Grado de Soledad			Total	p valor
			Severa (< 20 UCLA)	Moderada (20 - 30 UCLA)	Ausencia (> 30 UCLA)		
<b>Aislamiento social</b>	Alto riesgo	Recuento	2	7	1	10	0,003 <sup>a</sup>
		% dentro de Aislamiento ( $\leq 12$ Lubben)	20,0%	70,0%	10,0%	100,0%	
		% dentro de Soledad	40,0%	41,2%	3,6%	20,0%	
		% del total	4,0%	14,0%	2,0%	20,0%	
	Bajo riesgo	Recuento	3	10	27	40	
		% dentro de Aislamiento ( $> 12$ Lubben)	7,5%	25,0%	67,5%	100,0%	
	% dentro de Soledad	60,0%	58,8%	96,4%	80,0%		
	% del total	6,0%	20,0%	54,0%	80,0%		
Total	Recuento	5	17	28	50		
	% dentro de Aislamiento	10,0%	34,0%	56,0%	100,0%		
	% dentro de Soledad	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		
	% del total	10,0%	34,0%	56,0%	100,0%		

Valores obtenidos mediante:

a. Razón de verosimilitud del test de Chi cuadrado de Pearson.

También se analiza la asociación entre la puntuación obtenida en la escala de UCLA y la de Lubben reducida mediante el test de ANOVA, obteniendo un p valor de 0,000, por lo que se acepta que existe relación entre ellas. Considerando la variable soledad dependiente al aislamiento social, se aplica el coeficiente Rho de Spearman teniendo en cuenta la escala de UCLA como variable dependiente y la de Lubben reducida como independiente, obteniendo un valor de 0,500 con una significación bilateral de 0,000.

Se representan ambas variables en un gráfico de dispersión de puntos y se calcula mediante una regresión lineal univariante la ecuación de la recta, obteniendo un valor de la ordenada en el origen de 20,372 y un valor de pendiente o coeficiente de regresión de 0,6 con un p valor de 0,000 (**Anexo 4**).

A continuación, y para describir las características de la soledad, se determina la existencia de relación entre los grados de soledad y las variables cualitativas categóricas mediante el test de Chi cuadrado de Pearson. Utilizando cuando existe una frecuencia esperada menor de 5 en más del 20% de las casillas la razón de verosimilitud, por ser un análisis de más de 2 categorías, ya que en estas condiciones el parámetro obtenido con el test de Chi cuadrado sobreestima la existencia de asociación.

También se utiliza el test de Kruskal-Wallis para identificar la relación entre soledad y CRG, por ser esta última una variable cualitativa ordinal, y entre soledad y las variables cuantitativas no normales: número de hijos, número de convivientes, valor del test de Barthel y del test de Minimental. Para la variable edad al ser cuantitativa de distribución normal se utiliza el test de ANOVA.

En base a los datos obtenidos (**Tabla 2**), se rechaza la hipótesis nula de no relación y acepta la hipótesis alternativa de relación entre aquellas variables que reflejan un p valor menor de 0,05, estableciendo así que existe asociación de la variable grado de soledad con las variables deterioro cognitivo (p valor 0,011), servicios sociales (p valor 0,011) y atención domiciliaria (p valor 0,011). En cuanto al análisis realizado mediante regresión logística multinomial múltiple, se obtiene un p valor mayor de 0,05 en todos los casos.

**Tabla 2.** Análisis de relación entre el grado de soledad (UCLA) y el resto de variables.

			Grado de Soledad (UCLA)				
			Severa (<20 UCLA)	Moderada (20 - 30 UCLA)	Ausencia (>30 UCLA)	Total	p valor
Edad (años)		Media ± DE	81,2 ± 5,8	76,9 ± 7,2	74,5 ± 6,4		0,101 <sup>a</sup>
Sexo	Hombre	Recuento	2	6	14	22	0,615 <sup>b</sup>
		% dentro de Soledad	40,0%	35,3%	50,0%	44,0%	
	Mujer	Recuento	3	11	14	28	
		% dentro de Soledad	60,0%	64,7%	50,0%	56,0%	
Estado Civil	Soltero	Recuento	0	2	1	3	0,663 <sup>b</sup>
		% dentro de Soledad	0,0%	11,8%	3,6%	6,0%	
	Casado	Recuento	4	11	21	36	
		% dentro de Soledad	80,0%	64,7%	75,0%	72,0%	
	Divorciado	Recuento	0	1	0	1	
		% dentro de Soledad	0,0%	5,9%	0,0%	2,0%	
	Viudo	Recuento	1	3	6	10	
		% dentro de Soledad	20,0%	17,6%	21,4%	20,0%	
País de Nacimiento	Cuba	Recuento	1	0	0	1	0,091 <sup>b</sup>
		% dentro de Soledad	20,0%	0,0%	0,0%	2,0%	
	España	Recuento	4	17	28	49	
		% dentro de Soledad	80,0%	100,0%	100,0%	98,0%	

Estudios Superiores	No	Recuento	4	16	26	46	0,652 <sup>b</sup>
		% dentro de Soledad	80,0%	94,1%	92,9%	92,0%	
	Sí	Recuento	1	1	2	4	
		% dentro de Soledad	20,0%	5,9%	7,1%	8,0%	
Número de hijos			3 (RIC 2,5 - 3)	2 (RIC 1,5 - 2,5)	2 (RIC 2 - 2)		0,121 <sup>c</sup>
Número de convivientes			1 (RIC 0,5 - 1,5)	1 (RIC 0 - 1)	1 (RIC 1 - 2)		0,329 <sup>c</sup>
Lugar donde vive	Su casa	Recuento	5	17	26	48	0,304 <sup>b</sup>
		% dentro de Soledad	100,0%	100,0%	92,9%	96,0%	
	Casa de sus hijos	Recuento	0	0	2	2	
		% dentro de Soledad	0,0%	0,0%	7,1%	4,0%	
Problemas de movilidad	No	Recuento	4	11	22	37	0,568 <sup>b</sup>
		% dentro de Soledad	80,0%	64,7%	78,6%	74,0%	
	Sí	Recuento	1	6	6	13	
		% dentro de Soledad	20,0%	35,3%	21,4%	26,0%	
Problemas de oído	No	Recuento	1	12	21	34	0,061 <sup>b</sup>
		% dentro de Soledad	20,0%	70,6%	75,0%	68,0%	
	Si	Recuento	4	5	7	16	
		% dentro de Soledad	80,0%	29,4%	25,0%	32,0%	
Problemas de vista	No	Recuento	3	12	12	27	0,180 <sup>b</sup>
		% dentro de Soledad	60,0%	70,6%	42,9%	54,0%	
	Sí	Recuento	2	5	16	23	
		% dentro de Soledad	40,0%	29,4%	57,1%	46,0%	
Deterioro cognitivo	No	Recuento	2	15	27	44	0,011 <sup>b</sup>
		% dentro de Soledad	40,0%	88,2%	96,4%	88,0%	
	Si	Recuento	3	2	1	6	
		% dentro de Soledad	60,0%	11,8%	3,6%	12,0%	
Servicios sociales	No	Recuento	4	13	28	45	0,011 <sup>b</sup>
		% dentro de Soledad	80,0%	76,5%	100,0%	90,0%	
	Sí	Recuento	1	4	0	5	
		% dentro de Soledad	20,0%	23,5%	0,0%	10,0%	
Atención domiciliaria	No	Recuento	4	13	28	45	0,011 <sup>b</sup>
		% dentro de Soledad	80,0%	76,5%	100,0%	90,0%	
	Sí	Recuento	1	4	0	5	
		% dentro de Soledad	20,0%	23,5%	0,0%	10,0%	
Barthel			70 (RIC 45 - 70)	85 (RIC 40 - 100)	97,5 (RIC 90 - 100)		0,266 <sup>c</sup>
Minimental			18,5 (RIC 15 - 18,5)	17,5 (RIC 14 - 15,5)	27,5 (RIC 24 - 28)		0,077 <sup>c</sup>
PCPPC	No	Recuento	4	12	21	37	0,899 <sup>b</sup>
		% dentro de Soledad	80,0%	70,6%	75,0%	74,0%	
	Sí	Recuento	1	5	7	13	
		% dentro de Soledad	20,0%	29,4%	25,0%	26,0%	
CRG	G0	Recuento	1	3	9	13	0,823 <sup>c</sup>
		% dentro de Soledad	20,0%	17,6%	32,1%	26,0%	
	G1	Recuento	2	9	10	21	
		% dentro de Soledad	40,0%	52,9%	35,7%	42,0%	

G2	Recuento	1	2	4	7
	% dentro de Soledad	20,0%	11,8%	14,3%	14,0%
G3	Recuento	1	3	5	9
	% dentro de Soledad	20,0%	17,6%	17,9%	18,0%

Valores obtenidos mediante:

- Test ANOVA.
- Razón de verosimilitud del test de Chi cuadrado de Pearson.
- Test de Kruskal-Wallis.

Al igual que con el grado de soledad, se analiza la relación existente entre el aislamiento social y las variables cualitativas categóricas utilizando el test de Chi cuadrado de Pearson y aplicando la razón de verosimilitud en las mismas condiciones señaladas, así como el test exacto de Fisher en las tablas cruzadas de 2 x 2 también cuando la frecuencia esperada sea menor de 5 en más del 20% de las casillas.

En este caso se utiliza la U de Mann-Whitney para analizar la relación con el nivel de CRG y las variables cuantitativas no normales en este grupo: número de hijos, número de convivientes, puntuación del test de Barthel y del test de Minimental, así como la t de Student para la variable edad por ser cuantitativa de distribución normal.

Con los resultados obtenidos (**Tabla 3**) se rechaza la hipótesis nula de no relación y acepta la hipótesis alternativa de relación entre aislamiento social y deterioro cognitivo (p valor 0,011), servicios sociales (p valor 0,000), atención domiciliaria (p valor 0,004) y puntuación en el test de Minimental (p valor 0,019), por ser su p valor menor de 0,05. En el análisis de regresión logística binomial múltiple se obtiene un p valor mayor de 0,05 en todos los casos.

**Tabla 3.** Análisis de relación entre aislamiento social (Lubben reducida) y el resto de variables.

			Aislamiento social (Lubben)			
			Alto riesgo (≤12 Lubben)	Bajo riesgo (>12 Lubben)	Total	p valor
Edad (años)		Media ± DE	78,5 ± 7,8	75,4 ± 6,6		0,200 <sup>a</sup>
Sexo	Hombre	Recuento	2	20	22	0,154 <sup>b</sup>
		% dentro de Aislamiento	20,0%	50,0%	44,0%	
	Mujer	Recuento	8	20	28	
		% dentro de Aislamiento	80,0%	50,0%	56,0%	
Estado Civil	Soltero	Recuento	1	2	3	0,287 <sup>c</sup>
		% dentro de Aislamiento	10,0%	5,0%	6,0%	
	Casado	Recuento	6	30	36	
		% dentro de Aislamiento	60,0%	75,0%	72,0%	
	Divorciado	Recuento	1	0	1	
		% dentro de Aislamiento	10,0%	0,0%	2,0%	
	Viudo	Recuento	2	8	10	
		% dentro de Aislamiento	20,0%	20,0%	20,0%	

País de Nacimiento	Cuba	Recuento	0	1	1	1,000 <sup>b</sup>
		% dentro de Aislamiento	0,0%	2,5%	2,0%	
	España	Recuento	10	39	49	
		% dentro de Aislamiento	100,0%	97,5%	98,0%	
Estudios Superiores	No	Recuento	10	36	46	0,571 <sup>b</sup>
		% dentro de Aislamiento	100,0%	90,0%	92,0%	
	Sí	Recuento	0	4	4	
		% dentro de Aislamiento	0,0%	10,0%	8,0%	
Número de hijos			2 (RIC 0,75 - 3)	2 (RIC 2 - 3)		0,296 <sup>d</sup>
Número de convivientes			1 (RIC 0 - 2)	1 (RIC 1 - 2)		0,821 <sup>d</sup>
Lugar donde vive	Su casa	Recuento	10	38	48	1,000 <sup>b</sup>
		% dentro de Aislamiento	100,0%	95,0%	96,0%	
	Casa de sus hijos	Recuento	0	2	2	
		% dentro de Aislamiento	0,0%	5,0%	4,0%	
Problemas de movilidad	No	Recuento	6	31	37	0,420 <sup>b</sup>
		% dentro de Aislamiento	60,0%	77,5%	74,0%	
	Sí	Recuento	4	9	13	
		% dentro de Aislamiento	40,0%	22,5%	26,0%	
Problemas de oído	No	Recuento	5	29	34	0,256 <sup>b</sup>
		% dentro de Aislamiento	50,0%	72,5%	68,0%	
	Si	Recuento	5	11	16	
		% dentro de Aislamiento	50,0%	27,5%	32,0%	
Problemas de vista	No	Recuento	7	20	27	0,308 <sup>b</sup>
		% dentro de Aislamiento	70,0%	50,0%	54,0%	
	Sí	Recuento	3	20	23	
		% dentro de Aislamiento	30,0%	50,0%	46,0%	
Deterioro cognitivo	No	Recuento	6	38	44	0,011 <sup>b</sup>
		% dentro de Aislamiento	60,0%	95,0%	88,0%	
	Si	Recuento	4	2	6	
		% dentro de Aislamiento	40,0%	5,0%	12,0%	
Servicios sociales	No	Recuento	5	40	45	0,000 <sup>b</sup>
		% dentro de Aislamiento	50,0%	100,0%	90,0%	
	Sí	Recuento	5	0	5	
		% dentro de Aislamiento	50,0%	0,0%	10,0%	
Atención domiciliaria	No	Recuento	6	39	45	0,004 <sup>b</sup>
		% dentro de Aislamiento	60,0%	97,5%	90,0%	
	Sí	Recuento	4	1	5	
		% dentro de Aislamiento	40,0%	2,5%	10,0%	
Barthel			70 (RIC 45 - 100)	100 (RIC 90 - 100)		0,071 <sup>d</sup>
Minimental			14,5 (RIC 14 - 20,25)	27 (RIC 22,5 - 28)		0,019 <sup>d</sup>
PCPPC	No	Recuento	6	31	37	0,420 <sup>b</sup>
		% dentro de Aislamiento	60,0%	77,5%	74,0%	
	Sí	Recuento	4	9	13	
		% dentro de Aislamiento	40,0%	22,5%	,0%	
CRG	G0	Recuento	1	12	13	0,542 <sup>d</sup>
		% dentro de Aislamiento	10,0%	30,0%	26,0%	
	G1	Recuento	6	15	21	
		% dentro de Aislamiento	60,0%	37,5%	42,0%	

G2	Recuento	1	6	7
	% dentro de Aislamiento	10,0%	15,0%	14,0%
G3	Recuento	2	7	9
	% dentro de Aislamiento	20,0%	17,5%	18,0%

Valores obtenidos mediante:

- Test de la t de Student.
- Test exacto de Fisher.
- Razón de verosimilitud del test de Chi cuadrado de Pearson.
- Test de la U de Mann-Whitney.

## DISCUSIÓN

La población de los países desarrollados, y en concreto la del nuestro, está sufriendo un cambio demográfico hacia un modelo más envejecido, con un aumento de la prevalencia de personas mayores de 65 años, siendo este grupo en el que existe un mayor grado de pluripatología y una gran proporción de soledad.

La soledad se compone de un enfoque subjetivo y de uno objetivo denominado aislamiento social, ambos se miden respectivamente mediante la escala de soledad de UCLA y la de aislamiento social de Lubben reducida. En nuestra población mayor de 65 años observamos una prevalencia de soledad del 44% con un IC al 95% 30 – 58, y una prevalencia de aislamiento social del 20% con un IC al 95% 8,6 – 31,4. Conociendo que la prevalencia estimada de soledad en países desarrollados es de entre el 20% y el 30% (8), se observa que el valor en nuestra población es mayor o que como mínimo se encuentra en el límite alto de este intervalo.

En este estudio se ha demostrado que existe relación estadísticamente significativa entre el grado de soledad y la presencia de aislamiento social según las categorías obtenidas en base a las escalas de valoración de cada una de ellas. En cuanto a estas escalas, se concluye que también existe relación entre ellas y, considerando la soledad subjetiva como una variable dependiente del aislamiento social, se obtiene que el grado de correlación existente entre la puntuación de ambas es de 0,5, lo que implica que existe correlación débil y que el porcentaje de los cambios observados en la escala de UCLA que se explican por los cambios en la escala de Lubben reducida es del 25%. La representación de estos datos en un gráfico de dispersión de puntos junto a la recta de regresión lineal calculada, indican no sólo que existe relación entre estas variables, si no que cuantitativamente la puntuación de UCLA aumenta 0,6 puntos por cada aumento en la puntuación de Lubben reducida.

La soledad se ha relacionado con la presencia de enfermedades cardiovasculares y mentales, sin embargo, en base a los resultados obtenidos en el presente análisis, no se puede aceptar que exista relación entre el grado de soledad medido con la escala de

UCLA y el estado de salud global del paciente, reflejado mediante el índice del Paciente Crónico Pluripatológico Complejo (PCPPC) ni medido a través de los Grupos de Riesgo Clínico (CRG). La misma situación se encuentra en el aislamiento social medido con la escala de Lubben reducida, que tampoco ha demostrado tener relación con ninguno de los dos índices utilizados para el grado de patología de los pacientes.

Por otro lado, a la hora de caracterizar la situación de soledad en nuestra población, tanto el grado de soledad como el aislamiento social se han demostrado relacionados con la presencia de deterioro cognitivo, asistencia de los servicios sociales y atención domiciliaria. Además, el aislamiento social también se relaciona con la puntuación obtenida en el test de Minimental. Sin embargo, ninguno de los dos elementos que componen la soledad se relaciona con el resto de parámetros medidos. Por otro lado, en base a los resultados obtenidos en los análisis de regresión logística, no se puede predecir cómo varían los parámetros de soledad y aislamiento social en función de los cambios que se producen en el resto de variables.

Este estudio y sus resultados podrían servir de base para, en un futuro, establecer de entre aquellas variables que se han demostrado relacionadas con los parámetros de soledad, cuáles son factores de riesgo o protectores de la misma, y en qué grado están relacionados con ella. De esta forma se podría realizar una identificación precoz de la situación y establecer medidas que mejoren el entorno de los pacientes, evitando su exclusión a nivel social y facilitando su captación de forma temprana en el sistema sanitario. Parece adecuado contar en futuras investigaciones con la información que se pueda obtener a partir de los Servicios Sociales, ya que los estadísticos referentes a estos se relacionan con el grado de soledad y aislamiento social. De esta forma se puede trabajar de forma conjunta para identificar a estos pacientes y convertir la soledad en un índice importante en Atención Primaria por su relación con algunas patologías.

### **Limitaciones del estudio**

En cuanto a las limitaciones del estudio, destaca el reducido número de participantes en comparación con la selección muestral que se hizo en un primer momento, lo que limita a la hora de extrapolar los resultados a la población de referencia, posiblemente reduciendo la validez externa del estudio. Esta situación ha sido propiciada por el estado de alarma en relación a la pandemia de Covid-19, puesto que se redujo la asistencia presencial de los pacientes en las consultas de Atención Primaria, y con ello la posibilidad de contactar con los individuos para completar el cuestionario.

En segundo lugar, cabe destacar que los participantes son aquellos que han acudido al centro de salud y que posiblemente presenten diferencias significativas en cuanto al

grado de soledad, aislamiento social e incluso patología acompañante respecto a los que no lo han hecho, pudiendo afectar a la validez externa del estudio.

Por último se debe tener en cuenta que parte de los datos utilizados en el estudio como los índices de PCPPC y CGR han sido obtenidos de una base de datos completada previamente por terceros, por lo que también pueden haberse producido errores en la toma de esos datos que afecten a los resultados de este estudio.

## **CONCLUSIÓN**

La prevalencia de soledad en la población mayor de 65 años del Área Básica de Salud analizada es mayor que la esperada en base a otros estudios aplicados en países desarrollados. Este grado de soledad se relaciona con el aislamiento social, la presencia de deterioro cognitivo, la asistencia de los servicios sociales y la atención domiciliaria. El aislamiento social se relaciona con estos mismos parámetros además de con la puntuación obtenida en el test de Minimental. Sin embargo, y a pesar de que diversos estudios demuestran que existe asociación entre soledad y algunas patologías aisladas, no se puede aceptar que exista relación con el grado de pluripatología del individuo medido a través de los principales índices utilizados en la práctica clínica diaria.

Son necesarios más estudios para aclarar cómo se relacionan estas variables con la soledad y si es posible que tengan un papel importante como factores de riesgo o protectores de la misma.

## **APLICABILIDAD PRÁCTICA DE LOS RESULTADOS**

Además de la posible utilidad en futuros estudios, se debe tener en cuenta en la práctica clínica diaria que ante un paciente que presente deterioro cognitivo, asistencia de los servicios sociales, atención domiciliaria o en el que se evalúe el test de Minimental, se debe valorar la presencia de soledad o aislamiento social, y viceversa, con el fin de identificar de forma precoz estas situaciones en los pacientes y adoptar las medidas adecuadas para evitar su exclusión social, la progresión de su patología o las necesidades de atención por parte de los servicios sociales.

## **CONFLICTO DE INTERESES**

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a todo el personal de medicina y enfermería del centro de Salud Delicias II por su enorme colaboración a la hora de contactar con los pacientes y completar las encuestas, y en especial, a mi tutor Daniel Arauzo Palacios por hacerlo posible.

## BIBLIOGRAFÍA

1. López Bermejo L. La soledad en los mayores. En: Propuestas para el desarrollo de las orientaciones del Consejo de la Unión Europea relativas a las personas mayores. Madrid 29 abr 2014. Disponible en: [https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/3j\\_20140429\\_lauralopez.pdf](https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/3j_20140429_lauralopez.pdf)
2. Taylor HO, Taylor RJ, Nguyen AW, Chatters L. Social Isolation, Depression, and Psychological Distress Among Older Adults. J Aging Health [Internet]. 2018 [citado el 27 de abril 2020]. 30(2):229-246. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5449253/pdf/nihms833037.pdf>
3. Sánchez del Corral F, Sancho Castiello MT, García Armesto S, Pajares Carbajal G, Aranda Jaquotot M. Negligencia, abuso y maltrato. En: Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología, editor. Vejez, negligencia, abuso y maltrato: la perspectiva de los mayores y de los profesionales. 1. ed. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad, IMSERSO; 2004. p. 141-178 Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/imserso-vejeznegligencia-01.pdf>
4. De Jong Gierveld J, Van Tilburg T. The De Jong Gierveld short scales for emotional and social loneliness: tested on data from 7 countries in the UN generations and gender surveys. Eur J Ageing [Internet]. Junio de 2010 [citado el 10 de enero 2020]; 7(2):121-30. Disponible en: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2921057/pdf/10433\\_2010\\_Article\\_144.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2921057/pdf/10433_2010_Article_144.pdf)
5. Velarde-Mayol C, Fragua-Gil S, García-de-Cecilia JM. Validación de la escala de soledad de UCLA y perfil social en la población anciana que vive sola. SEMERGEN - Med Fam [Internet]. Abril de 2016 [citado el 10 de enero 2020]; 42(3):177-83. Disponible en: <https://3datos.es/content/uploads/2016/06/201606-UCLA-1.pdf>
6. Rubio Herrera R, Pinel Zafra M, Rubio Rubio L. La soledad en los mayores: una alternativa de medición a través de la escala Este. Univ. de Granada [Internet]. [Citado el 10 de enero 2020]. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/rubio-soledad-02.pdf>
7. Lubben J, Blozik E, Gillmann G, Iliffe S, von Renteln Kruse W, Beck JC, et al. Performance of an Abbreviated Version of the Lubben Social Network Scale Among Three European Community-Dwelling Older Adult Populations. The Gerontologist [Internet]. Agosto de 2006 [citado el 10 de enero 2020]; 46(4):503-13. Disponible en: <https://academic.oup.com/gerontologist/article/46/4/503/623897>
8. Ong AD, Uchino BN, Wethington E. Loneliness and Health in Older Adults: A Mini-Review and Synthesis. Gerontology [Internet]. 2016 [citado el 10 de enero 2020]; 62(4):443-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6162046/pdf/nihms-989604.pdf>
9. Ine.es [Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; [2019; actualizado 11 dic 2019; citado el 10 de mayo 2020]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1418#!tabs-grafico>
10. Instituto Nacional de Estadística. Avance de la Estadística del Padrón Continuo a 1 de Enero de 2020. INE Notas de Prensa [Internet]. 21 abr 2020 [citado el de 10 mayo 2020]. Disponible en: [https://www.ine.es/prensa/pad\\_2020\\_p.pdf](https://www.ine.es/prensa/pad_2020_p.pdf)

11. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Continua de Hogares 2019. INE Notas de Prensa [Internet]. 2 abr 2020 [citado el 10 de mayo 2020]. Disponible en: [https://www.ine.es/prensa/ech\\_2019.pdf](https://www.ine.es/prensa/ech_2019.pdf)
12. Instituto Nacional de Estadística. Censos de Población y Viviendas 2011. INE Notas de Prensa [Internet]. 12 dic 2013 [citado el 15 de mayo 2020]. Disponible en: <https://www.ine.es/prensa/np824.pdf>
13. Leigh-Hunt N, Baguley D, Bash K, Turner V, Turnbull S, Valtorta N, et al. An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. Public Health [Internet]. 1 nov 2017 [citado el 12 de marzo 2020]; 152:157-71. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.07.035>
14. Beutel ME, Klein EM, Brähler E, Reiner I, Jünger C, Michal M, et al. Loneliness in the general population: prevalence, determinants and relations to mental health. BMC Psychiatry [Internet]. 20 mar 2017 [citado el 12 de marzo 2020]; 17(1):97. Disponible en: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12888-017-1262-x>
15. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Encuesta nacional de salud. España 2017. Gobierno de España, Nota técnica [Internet]. 26 jun 2018 [citado el 17 de febrero 2020]. Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE2017\\_notatecnica.pdf](https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE2017_notatecnica.pdf)
16. Sociedad Española de Medicina Interna, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria. Proceso asistencial de pacientes con enfermedades crónicas complejas y pluripatológicas [Internet]. Madrid: Multimédica Proyectos, S. L.; oct 2013 [citado 14 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.semfyec.es/wp-content/uploads/2016/05/ProcesoAsistenciaPluripatologicas.pdf>
17. de Toledo P, Pérez-Rodríguez R, de Miguel P, Sanchis A, Serrano P. Prediction of patient evolution in terms of Clinical Risk Groups from routinely collected data using machine learning. En: 2019 41st Annual International Conference of the IEEE Engineering in Medicine and Biology Society (EMBC). Berlin: IEEE; 2019. pp. 1721-1724. Disponible en: <https://doi.org/10.1109/EMBC.2019.8857625>
18. Lozano-Vidal R, López-Pisa RM, Boyero-Granados A, Recio-Ramos S, Padín-Minaya C, Garzón-Quiñones M, et al. Estratificación de la población mayor de 65 años en grupos de riesgo clínico: características y valoración enfermera. Enferm Clínica [Internet]. 1 sept 2014 [citado el 14 de mayo 2020]; 24(5):290-5. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-estratificacion-poblacion-mayor-65-anos-S1130862114000849>
19. Portal de Salud de la Junta de Castilla y León [Internet]. Valladolid: Consejería de Sanidad - Junta de Castilla y León; 2018 [citado 14 de mayo de 2020]. Estratificación de pacientes: Clasificación por grado de complejidad; [aprox. 2 p.] Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/transparencia/es/transparencia/informacion-datos-publicos/datos-interes/estratificacion-pacientes-clasificacion-grado-complejidad>
20. Gené-Badia J, Comice P, Belchín A, Erdozain MÁ, Cáliz L, Torres S, et al. Perfiles de soledad y aislamiento social en población urbana. Aten Primaria [Internet]. 1 abr 2020 [citado el 20 de febrero 2020]; 52(4):224-32. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.09.012>

## ANEXOS

### Anexo 1: Paciente Crónico Pluripatológico Complejo.

Se define como Pluripatológico a aquel que presenta enfermedades crónicas definidas en dos o más del siguiente conjunto de categorías clínicas determinadas:

<b>CATEGORÍA A</b>
<input type="checkbox"/> A.1. Insuficiencia cardíaca que en situación de estabilidad clínica haya estado en grado II de la NYHA <sup>1</sup> (síntomas con actividad física habitual)
<input type="checkbox"/> A.2. Cardiopatía isquémica
<b>CATEGORÍA B</b>
<input type="checkbox"/> B.1. Vasculitis y enfermedades autoinmunes sistémicas
<input type="checkbox"/> B.2. Enfermedad renal crónica definida por filtrado glomerular < 60 ml/m o proteinuria <sup>2</sup> , mantenidos durante tres meses
<b>CATEGORÍA C</b>
<input type="checkbox"/> C.1. Enfermedad respiratoria crónica que en situación de estabilidad clínica haya estado con disnea grado II de la MRC <sup>3</sup> (disnea a paso habitual en llano), FEV <sub>1</sub> < 65 %, o Sat O <sub>2</sub> ≤ 90 %
<b>CATEGORÍA D</b>
<input type="checkbox"/> D.1. Enfermedad inflamatoria crónica intestinal
<input type="checkbox"/> D.2. Hepatopatía crónica con datos de insuficiencia hepatocelular <sup>4</sup> o hipertensión portal <sup>5</sup>
<b>CATEGORÍA E</b>
<input type="checkbox"/> E.1. Ataque cerebrovascular
<input type="checkbox"/> E.2. Enfermedad neurológica con déficit motor permanente que provoque una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (índice de Barthel < 60)
<input type="checkbox"/> E.3. Enfermedad neurológica con deterioro cognitivo permanente, al menos moderado (Pfeiffer con cinco o más errores)
<b>CATEGORÍA F</b>
<input type="checkbox"/> F.1. Arteriopatía periférica sintomática
<input type="checkbox"/> F.2. Diabetes mellitus con retinopatía proliferativa o neuropatía sintomática
<b>CATEGORÍA G</b>
<input type="checkbox"/> G.1. Anemia crónica por pérdidas digestivas o hemopatía adquirida no subsidiaria de tratamiento curativo que presente hemoglobina < 10 mg/dl en dos determinaciones separadas entre sí más de tres meses
<input type="checkbox"/> G.2. Neoplasia sólida o hematológica activa no subsidiaria de tratamiento con intención curativa
<b>CATEGORÍA H</b>
<input type="checkbox"/> H.1. Enfermedad osteoarticular crónica que provoque por sí misma una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (índice de Barthel < 60)
NÚMERO DE CATEGORÍAS DE INCLUSIÓN: 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8

<sup>1</sup> Ligera limitación de la actividad física. La actividad física habitual le produce disnea, angina, cansancio o palpitaciones.

<sup>2</sup> Índice albúmina/creatinina > 300 mg/g, microalbuminuria > 3 mg/dl en muestra de orina, o albúmina > 300 mg/día en orina de 24 horas o > 200 µg/min.

<sup>3</sup> Incapacidad de mantener el paso de otra persona de la misma edad, caminando en llano, debido a la dificultad respiratoria, o tener que parar a descansar al andar en llano al propio paso.

<sup>4</sup> INR > 1,7, albúmina < 3,5 g/dl, y bilirrubina > 2 mg/dl.

<sup>5</sup> Definida por la presencia de datos clínicos, analíticos, ecográficos o endoscópicos.

*Anexo1: "Proceso asistencial de pacientes con enfermedades crónicas complejas y pluripatológicos(16)".*

Se define como Complejo a aquel que cumpla alguna de las siguientes:

- Al menos un ingreso hospitalario en el último año.
- Al menos una caída en el último año.
- Desnutrición (IMC < 18,5).
- Polimedicación extrema (10 o más principios activos de prescripción crónica).
- Barthel inferior a 60 o reconocimiento de dependencia II o III y sin cuidador o con cuidador vulnerable:
  - Cuidador de 80 años o más.
  - Enfermedad o incapacidad del cuidador.
  - Cuidador con dependencia reconocida.
  - Cuidador con varios dependientes a su cargo.

**Anexo 2:** Cuestionario “Soledad y asilamiento social en la población anciana de una zona básica de salud de Valladolid”.

Responda brevemente a las siguientes preguntas:

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Género (M o F): \_\_\_\_\_ País de nacimiento: \_\_\_\_\_

Estudios superiores (Si o no): \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

Número de hijos: \_\_\_\_\_ Número de personas con las que convive: \_\_\_\_\_

¿Tiene problemas para andar? (Si o no) \_\_\_\_\_

¿Tiene problemas de vista? (Si o no) \_\_\_\_\_ ¿Tiene problemas de oído? (Si o no) \_\_\_\_\_

¿Tiene deterioro cognitivo? (Si o no) \_\_\_\_\_

¿Recibe ayuda de los servicios sociales? (Si o no) \_\_\_\_\_

¿Recibe atención domiciliaria (persona que le ayude con las tareas del hogar)? (Si o no)  
\_\_\_\_\_

Rodee con un círculo la respuesta a las siguientes preguntas:

**Lugar donde vive:**

Su casa                      Casa de sus hijos                      Residencia                      Otro: \_\_\_\_\_

**¿Con qué frecuencia se siente infeliz haciendo cosas solo?<sup>1</sup>**

Muchas veces                      Algunas veces                      Pocas veces                      Nunca

**¿Con qué frecuencia siente que no tiene a nadie con quien hablar?<sup>1</sup>**

Muchas veces                      Algunas veces                      Pocas veces                      Nunca

**¿Con qué frecuencia siente que no quiere estar solo?<sup>1</sup>**

Muchas veces                      Algunas veces                      Pocas veces                      Nunca

**¿Con qué frecuencia siente que nadie le entiende?<sup>1</sup>**

Muchas veces                      Algunas veces                      Pocas veces                      Nunca

**¿Con qué frecuencia se encuentra esperando que alguien le llame o escriba?<sup>1</sup>**

Muchas veces                  Algunas veces                  Pocas veces                  Nunca

**¿Con qué frecuencia se siente completamente solo?<sup>1</sup>**

Muchas veces                  Algunas veces                  Pocas veces                  Nunca

**¿Con qué frecuencia se siente incapaz de llegar a los que le rodean y comunicarse con ellos?<sup>1</sup>**

Muchas veces                  Algunas veces                  Pocas veces                  Nunca

**¿Con qué frecuencia se encuentra necesitado de compañía?<sup>1</sup>**

Muchas veces                  Algunas veces                  Pocas veces                  Nunca

**¿Con qué frecuencia siente que es difícil para usted hacer amigos?<sup>1</sup>**

Muchas veces                  Algunas veces                  Pocas veces                  Nunca

**¿Con qué frecuencia se siente silenciado y excluido por los demás?<sup>1</sup>**

Muchas veces                  Algunas veces                  Pocas veces                  Nunca

Rodee con un círculo la respuesta a las siguientes preguntas sobre sus **FAMILIARES**, que incluyen a personas con las que usted está relacionado ya sea por nacimiento, casamiento, adopción, etc.

**¿Con cuántos parientes se encuentra o tiene noticias de ellos, por lo menos, una vez por mes?<sup>2</sup>**

Ninguno                  1                  2                  3                  5 a 8                  9 o más

**¿Con cuántos parientes se siente lo suficientemente cómodo para conversar sobre sus asuntos personales?<sup>2</sup>**

Ninguno                  1                  2                  3                  5 a 8                  9 o más

**¿A cuántos parientes siente lo suficientemente cercanos como para llamarlos cuando necesita ayuda?<sup>2</sup>**

Ninguno                  1                  2                  3                  5 a 8                  9 o más

Rodee con un círculo la respuesta a las siguientes preguntas sobre sus **AMISTADES**, que incluyen a todos sus amigos, incluso a aquellos que viven en su entorno (vecinos):

**¿Con cuántos amigos se encuentra o tiene noticias de ellos, por lo menos, una vez por mes?<sup>2</sup>**

Ninguno                  1                  2                  3                  5 a 8                  9 o más

**¿Con cuántos amigos se siente lo suficientemente cómodo como para conversar sobre sus asuntos personales?<sup>2</sup>**

Ninguno                  1                  2                  3                  5 a 8                  9 o más

**¿A cuántos amigos siente lo suficientemente cercanos como para llamarlos cuando necesita ayuda?<sup>2</sup>**

Ninguno                  1                  2                  3                  5 a 8                  9 o más

Muchas gracias por participar en el cuestionario, sus datos serán tratados de manera confidencial y sólo compartidos con otros profesionales para la elaboración del estudio.

<sup>1</sup> **Escala de UCLA:** Muchas veces (1 punto), Algunas veces (2 puntos), Pocas veces (3 puntos) y Nunca (4 puntos).

- Soledad severa 0 – 20 puntos.
- Soledad moderada 20 – 30 puntos.
- Ausencia de soledad 30 – 40 puntos.

<sup>2</sup> **Escala de Lubben reducida:** Ninguno (0 puntos), 1 (1 punto), 2 (2 puntos), 3 (3 puntos), 5 a 8 (4 puntos) y 9 o más (5 puntos).

- Alto riesgo de aislamiento social 0 – 12 puntos.
- Bajo riesgo de aislamiento social 12 – 30 puntos.

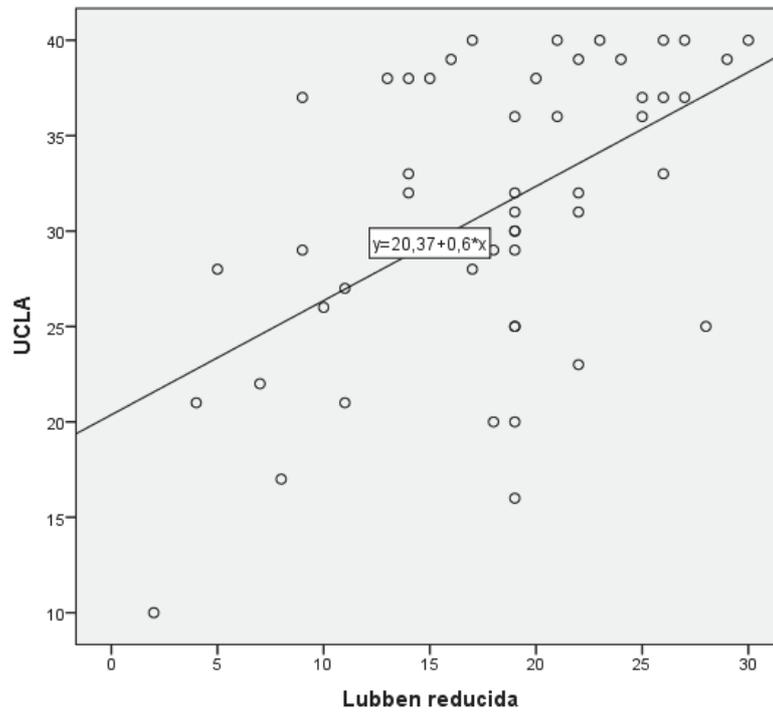
### Anexo 3: Características en la muestra e inferencia poblacional.

Variable	N	%	IC 95%
Soledad	50		
Ausencia	28	56	42 - 70
Moderada	17	34	20,6 - 47,4
Severa	5	10	1,6 - 18,4
Aislamiento social	50		
Alto riesgo	10	20	8,6 - 31,4
Bajo riesgo	40	80	68,6 - 91,4
Sexo	50		
Hombre	22	44	28,8 - 59,2
Mujer	28	56	40,8 - 71,2
País de nacimiento	50		
España	49	98	94 - 100
Otro	1	2	0 - 6
Estado civil	50		
Soltero	3	6	0 - 12,8
Casado	36	72	59,4 - 84,6
Divorciado	1	2	0 - 6
Viudo	10	20	8,6 - 31,4
Estudios superiores	50		
Sí	4	8	0,4 - 15,6
No	46	92	84,4 - 99,6
Lugar donde vive	50		
Su casa	48	96	90,4 - 100
Casa de sus hijos	2	4	0 - 9,6
Residencia	0	0	

Problemas de movilidad	50		
Sí	13	26	13,6 - 38,4
No	37	74	61,6 - 86,4
Problemas de oído	50		
Sí	16	32	18,8 - 45,2
No	34	68	54,8 - 81,2
Problemas de vista	50		
Sí	23	46	32 - 60
No	27	54	40 - 68
Deterioro cognitivo	50		
Sí	6	12	2,8 - 21,2
No	44	88	78,8 - 97,2
Servicios sociales	50		
Sí	5	10	1,6 - 18,4
No	45	90	81,6 - 98,4
Atención domiciliaria	50		
Sí	5	10	1,6 - 18,4
No	45	90	81,6 - 98,4
Nivel CRG	50		
G0	13	26	13,6 - 38,4
G1	21	42	28 - 56
G2	7	14	4,2 - 23,8
G3	9	18	7,2 - 28,8
PCPPC	50		
Sí	13	26	13,6 - 38,4
No	37	74	61,6 - 86,4

Variable	N	Media ± DE
Edad	50	76 ± 6,845
Minimental	10	21,9 ± 5,782
Variable	N	Mediana (RIC)
Número de hijos	50	2 (2 - 3)
Personas con las que convive	50	1 (1 - 2)
Puntuación UCLA	50	32 (25,75 - 38)
Puntuación Lubben reducida	50	19 (13,75 - 22,25)
Índice de Barthel	28	95 (81,25 - 100)

**Anexo 4:** Gráfico de puntos variable UCLA y Lubben reducida con recta de regresión lineal.



*Anexo 4. Gráfico de dispersión de puntos de los resultados obtenidos en la escala de UCLA y Lubben reducida representados con la ecuación de la recta de regresión lineal.*



# SOLEDAD Y AISLAMIENTO SOCIAL EN LA POBLACIÓN ANCIANA DE UN BARRIO PERIFÉRICO DE VALLADOLID



Universidad de Valladolid

Facultad de Medicina

Trabajo de Fin de Grado Medicina 2019/2020  
 Autor: Jacobo Martín Sanz Tutor: Daniel Arauzo Palacios  
 Departamento de Medicina, Dermatología y Toxicología

## INTRODUCCIÓN

La soledad se compone de soledad subjetiva y aislamiento social, y está relacionada con la presencia de algunas patologías como enfermedades cardiovasculares y mentales.

Su prevalencia en la población mayor de 65 años es de entorno al 20 – 30% en los países desarrollados, coincidiendo a su vez en este grupo de pacientes, una gran carga de enfermedades.

Dado que la población de nuestro país, y en concreto de nuestra comunidad, está sufriendo un envejecimiento progresivo, es interesante conocer la situación de soledad en nuestros mayores y su posible relación con la pluripatología de estos.

## OBJETIVOS

- Determinar la prevalencia de la soledad y aislamiento social en la población mayor de 65 años en un barrio periférico de Valladolid.
- Analizar las características de la soledad mediante la determinación de relación entre las diferentes variables y los parámetros de soledad y aislamiento social:
  - Hipótesis nula: no existe relación.
  - Hipótesis alternativa: sí existe relación.
- Analizar la relación entre soledad y aislamiento social y entre cada una de ellas y los principales índices de pluripatología.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo transversal

4.206 individuos ≥ 65 años

Muestra 270 individuos

50 participantes

Área Básica de Salud Delicias II

Febrero 2020

Historia clínica electrónica

- CRG
- PCPPC
- Puntuación Barthel
- Puntuación Minimental

Cuestionario

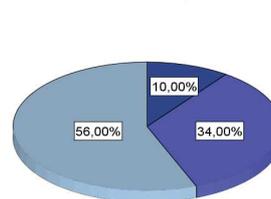
- Edad
- Sexo
- E. Civil
- País de nacimiento
- Estudios superiores
- N° hijos
- N° Convivientes
- Lugar donde vive
- Problemas de movilidad
- Problemas de oído
- Problemas de vista
- Deterioro cognitivo
- Servicios sociales
- Atención domiciliaria
- Escala de UCLA
- Escala de Lubben reducida

Abril 2020

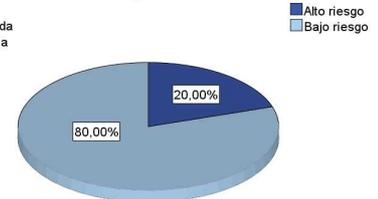
Análisis estadístico en IBM® SPSS® (Statistical Package for the Social Sciences) versión 24

## RESULTADOS

Soledad y aislamiento social:  
 Porcentaje Soledad



Porcentaje Aislamiento Social



Soledad 44% (IC 95% 30 – 58)

Aislamiento social 20% (IC 95% 8,6 – 31,4)

Figura 1. Gráficos circulares de los porcentajes de Soledad y Aislamiento social en la muestra.

Existe relación entre las categorías obtenidas (p 0,003) y entre la escala de UCLA y Lubben reducida (correlación 0,5 y recta de regresión  $y=20,37+0,6x$ )

Características de la soledad y el aislamiento social:

Tabla 1. Análisis de relación entre el grado de soledad (UCLA) y el resto de variables.

Grado de Soledad (UCLA)	p valor de cada variable					
	Edad (Años)	Sexo	Estado Civil	País de Nacimiento	Estudios superiores	N° hijos
	0,101 <sup>a</sup>	0,615 <sup>b</sup>	0,663 <sup>b</sup>	0,091 <sup>b</sup>	0,652 <sup>b</sup>	0,121 <sup>c</sup>
N° convivientes	0,329 <sup>c</sup>	0,304 <sup>b</sup>	0,568 <sup>b</sup>	0,061 <sup>b</sup>	0,180 <sup>b</sup>	0,011 <sup>b</sup>
Servicios sociales	0,011 <sup>b</sup>	0,011 <sup>b</sup>	0,266 <sup>c</sup>	0,077 <sup>c</sup>	0,899 <sup>b</sup>	0,823 <sup>c</sup>

Valores obtenidos mediante:

- Test ANOVA.
- Razón de verosimilitud del test de Chi cuadrado de Pearson.
- Test de Kruskal-Wallis.

Tabla 2. Análisis de relación entre aislamiento social (Lubben reducida) y el resto de variables.

Aislamiento social (Lubben reducida)	p valor de cada variable					
	Edad (Años)	Sexo	Estado Civil	País de Nacimiento	Estudios superiores	N° hijos
	0,200 <sup>a</sup>	0,154 <sup>b</sup>	0,287 <sup>c</sup>	1,000 <sup>b</sup>	0,571 <sup>b</sup>	0,296 <sup>d</sup>
N° convivientes	0,821 <sup>d</sup>	1,000 <sup>b</sup>	0,420 <sup>b</sup>	0,256 <sup>b</sup>	0,308 <sup>b</sup>	0,011 <sup>b</sup>
Servicios sociales	0,000 <sup>b</sup>	0,004 <sup>b</sup>	0,071 <sup>d</sup>	0,019 <sup>d</sup>	0,420 <sup>b</sup>	0,542 <sup>d</sup>

Valores obtenidos mediante:

- Test de la t de Student.
- Test exacto de Fisher.
- Razón de verosimilitud del test de Chi cuadrado de Pearson.
- Test de la U de Mann-Whitney.

## CONCLUSIONES

- La prevalencia de soledad es mayor que la esperada en países desarrollados para este grupo de edad.
- El grado de soledad y el aislamiento social se relacionan entre sí y con el deterioro cognitivo, asistencia de servicios sociales y atención domiciliaria. El aislamiento social se relaciona también con la puntuación Minimental.
- No existe relación de la soledad ni el aislamiento social con el grado de pluripatología medido a través de diferentes índices.

## BIBLIOGRAFÍA

- Gené-Badia J, Comice P, Belchín A, Erdozain MÁ, Cáliz L, Torres S, et al. Perfiles de soledad y aislamiento social en población urbana. Aten Primaria [Internet]. 1 abr 2020 [citado el 20 de mayo 2020]; 52(4):224-32. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.09.012>
- Taylor HO, Taylor RJ, Nguyen AW, Chatters L. Social Isolation, Depression, and Psychological Distress Among Older Adults. J Aging Health [Internet]. 2018 [citado el 20 de mayo de 2020]; 30(2):229-246. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5449253/pdf/nihms833037.pdf>
- Leigh-Hunt N, Bagguley D, Bash K, Turner V, Turnbull S, Valtorta N, et al. An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. Public Health [Internet]. 1 nov 2017 [citado el 20 de mayo de 2020]; 152:157-71. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.07.035>