



537 - SOLEDAD EN EL PACIENTE FRÁGIL: LA IMPORTANCIA DEL CRIBADO

Ana Lozano Miñana¹, M. Carme Planes Olives¹, Roberto Gumucio Sanguino¹, Montserrat Cantero Cano¹, Raúl Martínez Rodríguez¹ y Nuria Parra Macías^{1,2}

¹Hospital Universitari Sagrat Cor, Barcelona. ²RedMaze - Asociación Española Contra la Soledad, Barcelona.

Resumen

Objetivos: Caracterizar el sentimiento de soledad y aislamiento social en el paciente con criterios de fragilidad.

Métodos: Estudio descriptivo de casos y controles a partir de una muestra de pacientes ingresados en la Unidad de Fragilidad de un hospital universitario de Barcelona ciudad. Registramos variables demográficas, clínicas y derivadas de una batería de valoración geriátrica integral (índice de Barthel modificado, Escala de Gijón -versión de Barcelona-, índice de Charlson abreviado, cuestionario de Barber, índice de Tilburg, Fototest, Escala de Yesavage). Se determinó calidad de vida mediante EuroQoL-5D y soledad no deseada mediante la escala de soledad de UCLA. Se consideraron casos los pacientes con cribado positivo para soledad en UCLA, y controles, los cribados negativos. Se realizó un análisis de estadística descriptiva para todas las variables y estadística inferencial para el estudio de asociaciones según naturaleza y normalidad, fijando $p < 0,05$.

Resultados: De los 32 pacientes de la muestra, 17 (53,1%) era hombre. Destaca: edad media 81,7 años (DE 7,6), 20 (62,5%) con criterios de fragilidad, 11 (34,4%) vivía solo. Barthel 82,9 puntos (DE 19,0), Charlson 1,7 (DE 1,5), Fototest 29,1 (DE 5,9), índice EuroQoL-5D 0,8 (DE 0,2), Barber 2,2 (DE 1,8), Yesavage 3,5 (DE 2,5), Gijón 6,8 (DE 3,7), Tilburg 7,1 (DE 2,3). La puntuación media en UCLA fue de 30,3 (DE 3,7), con 24 pacientes (75%) que mostraron un grado moderado de soledad, y de ellos 13 (65%), eran frágiles. Su relación significativa se dio con la escala de Gijón: 3,7 puntos en la escala de Gijón (DE 0,5) en controles vs. 7,8 (DE 3,8) en casos ($p < 0,05$). Sin alcanzar la significación, se observaron tendencias de asociación para controles vs. casos entre soledad y fragilidad (Tilburg: 6,5 [DE 2,3] vs. 7,3 [DE 2,3]; Barthel: 71,9 [DE 18,8] vs. 84,1 [19,2]), deterioro cognitivo (Fototest 31,1 [DE 4,0] vs. 28,4 [DE 6,4]) y calidad de vida (escala analógica visual EuroQoL-5D: 60,9 [DE 22,8] vs. 56,1 [DE 23,1]).

Discusión: La génesis del concepto de fragilidad se fundamenta en principios esencialmente biológicos. Diversos estudios indican la importancia de los factores sociales y ambientales en cuanto al desarrollo de la fragilidad, como la participación en actividades sociales, lo cual parece tener un efecto protector en el desarrollo de la fragilidad. Sabemos que la soledad está asociada a una peor autopercepción de la salud, a síntomas depresivos o a cambios en la red social y el estado civil. Las personas mayores que experimentan altos niveles de soledad tienen un riesgo más elevado de ser y permanecer frágiles. Nuestros datos apuntan en esta dirección, pero aún no se conocen en profundidad cuáles son los factores mediadores que intervienen en la relación entre la soledad y la

fragilidad. Se necesitan nuevos estudios potentes dirigidos a esta cuestión.

Conclusiones: El 65% de los pacientes con criterios de fragilidad experimenta soledad no deseada. Este sentimiento de soledad se asocia con una peor valoración del estado sociofamiliar de manera significativa y tiende a asociarse con peores resultados cognitivos, funcionales y de calidad de vida.

Bibliografía

1. Parra-Macias N, Lozano-Minana A. Should Loneliness be a Criterion for Frailty? Biomed J Sci & Tech Res. 2022;44(2).