

Trabajo Fin de Grado

Título:

***Estudio experimental sobre la
recuperación del paciente geriátrico
hospitalizado que dispone de salas
comunes en la planta, respecto del
paciente geriátrico hospitalizado en
soledad.***

Alumno: Paula Requena Navas

Director: Antonio Ramos Sánchez

Madrid, abril de 2023

ÍNDICE

1. Resumen.....	3
2. Abstract	4
3. Presentación	5
4. Estado de la cuestión	6
4.1. Fundamentación	6
4.1.1. Introducción	6
4.1.1. Concepto de geriatría y envejecimiento	7
4.1.2. Necesidad de socialización del anciano.....	9
4.1.3. Soledad en la vejez.....	9
Qué es la soledad y su incidencia en la vejez y el paciente geriátrico.	9
Repercusiones de la soledad en la salud del paciente geriátrico	12
Prevención de la soledad durante la hospitalización	16
4.1.4. Deterioro cognitivo en el paciente geriátrico durante la hospitalización.....	16
Qué es el deterioro cognitivo. Características en el paciente geriátrico hospitalizado y su prevalencia	16
Valoración rápida del deterioro cognitivo durante la hospitalización	17
4.1.5. Deterioro funcional en el paciente geriátrico y sus características	18
Qué es el deterioro funcional. Características en el paciente geriátrico hospitalizado y su prevalencia	18
Valoración del deterioro funcional durante la hospitalización.....	18
4.2. Justificación	20
5. Objetivos e hipótesis.....	21
5.1. Objetivos.....	21
Objetivo general	21
Objetivos específicos.....	21
5.2. Hipótesis.....	21
6. Metodología.....	22
6.1. Diseño del estudio	22
6.2. Sujetos de estudio	22

Población diana.....	22
Criterios de inclusión	22
Criterios de exclusión	22
Tamaño de la muestra.....	23
6.3. Variables.....	23
Variables independientes	23
Variables dependientes	23
6.4. Intervención a evaluar.....	25
6.5. Procedimiento de recogida de datos.....	26
6.6. Fases del estudio, cronograma.....	27
Fase conceptual:	27
Fase metodológica	27
Fase empírica.....	28
Cronograma	28
6.7. Análisis de datos.....	30
7. Aspectos éticos	31
8. Limitaciones del estudio	32
9. Aplicación a la práctica clínica	33
10. Bibliografía.....	34
Anexos.....	40
Anexo 1. Mini – Mental State Examination (MMSE)/Test de Lobo	40
Anexo 2. Test del Reloj	41
Anexo 3. Mini – Cog	42
Anexo 4. Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA)	43
Anexo 5. Índice de Barthel.....	44
Anexo 6. Índice de Katz.....	45
Anexo 7. Escala de Lawton y Brody	46
Anexo 8. Escala ESTE – R.....	47
Anexo 9. Hoja de recogida de datos.....	52
Anexo 10. Consentimiento informado.....	53

1. Resumen

Introducción: la soledad percibida por el paciente geriátrico hospitalizado produce graves repercusiones en su salud que pueden concluir en deterioro cognitivo y funcional, síndromes geriátricos e incluso ser un factor de riesgo de mortalidad. La disponibilidad de salas comunes en las plantas de hospitalización geriátrica supondría un recurso favorable para su recuperación precoz.

Objetivo: evaluar la eficacia del empleo de salas comunes como método de prevención de la soledad en las plantas de hospitalización geriátrica.

Metodología: se trata de un estudio experimental. La población diana incluye aquellos pacientes geriátricos mayores de 65 años que se encuentran hospitalizados en una planta geriátrica. Serán seleccionados en base a una serie de criterios de inclusión y de exclusión.

Resultados esperados: este estudio pretende mejorar la calidad de vida de los pacientes geriátricos durante la hospitalización, disminuyendo así su deterioro durante el ingreso y permitiendo ofrecer una atención integral geriátrica de calidad por parte del equipo de enfermería.

Palabras clave: vejez, deterioro, soledad, socialización, hospitalización, geriatría.

2. Abstract

Introduction: the perceived loneliness by geriatric in – patients produce serious health problems which could unlock cognitive and functional impairment, geriatric syndromes or even it could be treated as a risk of death. If patients could have the opportunity to go to a living room while they are in – patients in a geriatric floor, it could be a favourable appeal for their early recovery.

Objective: to evaluate how effective it is to use living rooms as a loneliness preventive method in hospitalization geriatric floors.

Methodology: it is an experimental study where the subjects of the study are geriatric patients older than 65 years old who are in – patients in a geriatric floor. The selection of the patients will be based on a several inclusion and exclusion criteria.

Expected results: the study aims to improve the quality of life of geriatric patients while they are in hospital as the same time as it decreases their impairment and offering a comprehensive geriatric quality care by the nursing team.

Key words: old age, impairment, loneliness, socialization, hospitalization, geriatrics.

3. Presentación

El hecho de que los ancianos hospitalizados sufran deterioro tanto cognitivo como funcional durante su ingreso se ha normalizado entre los profesionales sanitarios. Cuando una persona encuentra a su familiar desorientado y confuso tras ser ingresado en el hospital se le suele explicar que es normal que esto suceda. Pero según mi punto de vista, esto no debería de ser así; es decir, no se debería asumir que el paciente geriátrico sufrirá algún tipo de deterioro durante el ingreso hospitalario sin posibilidad de evitarlo, sino intentar prevenirlo.

Este deterioro se suele dar con mayor frecuencia en aquellas personas que se encuentran en soledad durante la hospitalización. Yo misma, siendo paciente, he podido presenciar el deterioro que sufren las personas mayores cuando están ingresadas en el hospital, aun teniendo visitas, pero sin recibir estímulos del exterior.

Pero no únicamente los ancianos sufren este deterioro durante la hospitalización, pues incluso durante mi experiencia en el hospital como paciente experimenté cierta confusión al no poder salir de la habitación, y mi recuperación fue más tardía. Yo no soy un anciano, pero mi compañera de habitación sí lo era. Ella llegó a la planta en pleno uso de sus facultades, pero pasada la semana de su ingreso, sin visitas y sin poder moverse de su cama, comenzó a experimentar delirios, a estar confusa y no saber expresarse coherentemente. Estaba agitada la mayor parte del tiempo, y no era capaz de moverse por sí misma, cuando antes de su ingreso en el hospital era capaz de hacerlo. Lo mismo le ocurrió a mi abuelo estando hospitalizado durante unos días. Cuando me permitieron visitarle le encontré desorientado, confuso, apagado. No recordaba en qué día u hora nos encontrábamos y en ocasiones no sabía qué estaba haciendo en el hospital. Mi abuelo llegó a urgencias siendo consciente de sí mismo y del entorno que le rodeaba, y debido al aislamiento al que fue sometido en el hospital sufrió este deterioro que previamente no padecía.

Por todas estas experiencias vividas, decidí llevar a cabo este trabajo de investigación, con el objetivo de revelar los beneficios que tendría la apertura de salas comunes en las plantas de hospitalización geriátrica, donde los pacientes pudieran relacionarse entre ellos, o simplemente salir de su habitación y recibir estímulos externos que ayuden a prevenir el deterioro cognitivo y funcional durante la hospitalización, y a su vez, promover la recuperación precoz del paciente.

4. Estado de la cuestión

4.1. Fundamentación

4.1.1. Introducción

El tema que se va a tratar está enfocado en mostrar los beneficios que supondría para la recuperación del paciente geriátrico la apertura de salas comunes en las plantas de hospitalización de adultos ancianos, al igual que existen aulas de juego en las plantas de hospitalización pediátricas, y exponer la relación que existe entre el deterioro cognitivo y funcional que sufre el anciano durante el ingreso hospitalario y la soledad.

Para tratar esta cuestión, dividiremos la fundamentación en 3 apartados: el primero tratará sobre el concepto de la geriatría y el envejecimiento, el segundo sobre la necesidad de socialización del anciano, y, por último, se hablará sobre el deterioro cognitivo y funcional que sufre el paciente geriátrico durante el ingreso hospitalario.

Para llevar a cabo el desarrollo de los temas que se van a tratar se realizó una revisión de la información existente en bases de datos como PubMed, SciELO, MedlinePlus, Dialnet, incluyendo la revisión de documentos, datos y definiciones encontrados procedentes de la OMS (Organización Mundial de la Salud) (**Tabla 1:** Bases de datos y términos booleanos empleados en la búsqueda. Elaboración propia).

Para delimitar la búsqueda bibliográfica se han empleado términos: **DeCS:** soledad, deterioro, hospitalización, geriatría, anciano, envejecimiento; y los correspondientes términos **MeSH**, respectivamente: loneliness, dysfunction, hospitalization, geriatrics, aged, aging (**Tabla 2:** términos DeCS/MeSH. Elaboración propia)

El límite de año de publicación de los artículos empleados para el desarrollo del trabajo ha sido de 6 años, exceptuando determinados resultados y conceptos encontrados en artículos de años anteriores. Los idiomas en los que se ha realizado la búsqueda han sido en español y en inglés; y para que la búsqueda fuera más precisa se utilizaron los operadores booleanos AND, OR y NOT. (**Tabla 1:** Bases de datos y términos booleanos empleados en la búsqueda. Elaboración propia).

A continuación, se muestran dos tablas que contienen de forma resumida los términos DeCs/Mesh, las bases de datos y los operadores booleanos mencionados anteriormente (**Tabla 1 y Tabla 2**):

Bases de datos	Operadores booleanos
PubMed	AND
SciELO	OR
MedlinePlus	NOT
Dialnet	

Tabla 1: Bases de datos y términos booleanos empleados en la búsqueda. Elaboración propia.

Términos DeCS/MeSH	
DeCS	MeSH
Soledad	Loneliness
Deterioro	Dysfunction
Hospitalización	Hospitalization
Geriatría	Geriatrics
Anciano	Aged
Envejecimiento	Aging

Tabla 2: Términos DeCS/MeSH. Elaboración propia.

4.1.1. Concepto de geriatría y envejecimiento

Entre las diversas definiciones de geriatría, se encuentran:

“La geriatría es la subespecialidad que se encarga de la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades en los viejos” (1).

Según la RAE: *“La geriatría es la rama de la medicina que se ocupa de las enfermedades de la vejez y de su tratamiento” (2)*

El envejecimiento es considerado un problema de salud en la sociedad, a pesar de que es un proceso permanente e irrefrenable que comienza desde el mismo momento en que nacemos. Desde el primer instante en que una célula comienza a desarrollarse, empieza a su vez el proceso de envejecimiento (3).

Según algunos autores como Lehr, Laforest, Gómez y Curcio el envejecimiento es *“un proceso dinámico, multifactorial e inherente a todos los seres humanos” (3).*

La OMS (Organización Mundial de la Salud) define envejecimiento como: *“Proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida; esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Los ritmos a que estos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos no son iguales” (3).*

El concepto de anciano se ve influenciado por el factor social, de manera que es subjetivo. Por ello es necesario establecer la edad efectiva de una persona para determinar si se puede incluir dentro de la población anciana. Para establecer la edad efectiva es necesario tener en cuenta 4 tipos de edades (3):

1. Edad cronológica: es el total de años transcurridos tras el nacimiento.
2. Edad biológica: relacionada con el estado de los órganos.
3. Edad psicológica: depende de la conducta y el comportamiento.
4. Edad social: relacionada con el papel del individuo en la sociedad.

El envejecimiento es estudiado por una rama de la Ciencia llamada gerontología. Esta rama estudia el proceso de envejecimiento en todos sus aspectos, desde el deterioro del organismo que sufre el individuo y que se ve acentuado en este periodo del desarrollo, hasta las necesidades de la persona en esta etapa de la vida. Este deterioro del organismo implica una mayor predisposición a sufrir enfermedades, ya que el sistema inmunitario se debilita (1).

La fase final de este proceso se denomina “vejez”, que implica vivir muchos años, comparado con el resto de la población (3).

La fase final de la vida, la vejez, el envejecimiento, se ven condicionados por factores internos, propios de cada persona, pero también por el entorno que rodea al individuo, factores externos (3), que hacen que el proceso sea más rápido y sus células se deterioren con mayor rapidez. Uno de estos factores, y al que no se le suele dar la importancia que merece, es la soledad que puede sufrir el anciano durante la vejez, sobre todo durante un proceso de hospitalización (4).

Por ello, se debe diferenciar el concepto “anciano” de “paciente geriátrico”: *“aquel sujeto de edad avanzada con pluripatología y polifarmacia y que además presente cierto grado de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria. Es frecuente que asocie problemas cognitivos o afectivos y la necesidad de recursos socio – sanitarios”* (5).

Vivimos en una sociedad envejecida, la cual se prevé que seguirá creciendo rápidamente, llegando a duplicarse en poco tiempo, ya que la esperanza de vida aumenta como consecuencia de los avances médicos, que permiten que las personas sean cada vez más longevas, acarreando consecuencias sociales y económicas (6).

Existen diversos tipos de envejecimiento dependiendo de la cultura y la sociedad en la que se viva, y dependiendo de estos aspectos, la soledad experimentada en esta etapa de la vida será percibida positiva o negativamente, ya que los medios y la forma de entender este proceso es diferente dependiendo del lugar, así como de los medios de que se dispongan para una vivencia positiva del envejecimiento, ya sea en soledad o en compañía (6), aunque

es cierto que el envejecimiento en solitario es considerado un factor de riesgo para la salud, ya que el ser humano es un ser social que precisa de la relación de los demás para vivir (7).

4.1.2. Necesidad de socialización del anciano

Las personas somos seres sociales, y como tal, precisamos de las relaciones con los demás para poder vivir (7).

En nuestra sociedad, las personas mayores tienen un concepto de ocio diferente al de las personas jóvenes (7), pues cuando ellos lo eran el único lugar de ocio que conocían era el lugar de trabajo; por lo tanto, cuando estas personas se jubilan pierden ese espacio de ocio. De igual modo ocurre durante la hospitalización. El anciano se encuentra sin ocupación alguna y siendo dependiente de otras personas (7).

Tener cubierta esta necesidad de socialización implica mayor calidad de vida y un entorno comunicativo estimula las capacidades cognitivas y funcionales de las personas mayores (7), las cuales se suelen ver afectadas durante el ingreso hospitalario, desembocando en síndromes geriátricos (8).

4.1.3. Soledad en la vejez

Qué es la soledad y su incidencia en la vejez y el paciente geriátrico.

La soledad social se define como *“la experiencia subjetiva de insatisfacción frente a la sociedad en la que se vive; en términos de estilos de vida, de valores y de uso de nuevas tecnologías, entre otros aspectos”* (4).

En términos objetivos, la soledad se define como *“aquella situación objetiva en la que la persona carece de la compañía o apoyo de otras personas, pero también puede ser una percepción subjetiva sujeta a un sentimiento o emoción relacionada con la percepción de sentirse solo, aun pudiendo estar acompañado”* (4).

Este sentimiento de soledad se ha visto incrementado en los adultos mayores, aun cuando viven acompañados (9).

En un estudio sobre la incidencia de la soledad no deseada se obtuvo como resultado que afecta al 23,3% de los hombres y al 29,7% de las mujeres, donde el porcentaje es mayor en personas mayores y adultos jóvenes (9).

En otro de los estudios llevados a cabo en relación con este tema, se obtuvo que de los ancianos que experimentan sentimiento de soledad, el 53,7% corresponde a mujeres, mientras que, el 46,3% corresponde a hombres (**Figura 1**. Sentimiento de soledad según el sexo. Elaboración propia a partir de: “Soledad social en ancianos hospitalizados en el servicio d de Geriátrica. Hospital “Comandante Faustino Pérez” (4)). En cuanto a la edad, el 42,9% de personas de entre 76 – 90 años refiere sentirse solo, siendo el grupo predominante, frente al

resto de edades, donde el porcentaje menor de personas que refiere sentir soledad se encuentra en aquellas de edad inferior o superior, destacando el 5,2% de personas situadas en la edad de 90 años o más y el 20,3% en personas de entre 71 – 75 años (4) (**Figura 2. Sentimiento de soledad según la edad.** Elaboración propia a partir de: “Soledad social en ancianos hospitalizados en el servicio de Geriatría. Hospital “Comandante Faustino Pérez” (4)).

En otras investigaciones en las que se ha empleado el uso de la escala ESTE – R, que mide la soledad en adultos mayores (**Anexo 8**) (10), se ha encontrado que la experimentación de soledad no deseada afecta al 23,3% de los hombres y al 29,7% de las mujeres de edad más avanzada, de 85 años y más, asociándose a un estado de salud más deteriorado; mientras que en las personas más jóvenes, refieren sentir soledad el 29,8% de los hombres de entre 30 – 34 años, frente al 30% de mujeres de entre 25 – 29 años (9).

Por tanto, de los resultados obtenidos en los estudios podemos afirmar que un alto porcentaje de pacientes de edad avanzada experimenta sentimiento de soledad, siendo en su mayoría mujeres (4).

La soledad percibida por el adulto mayor en la vejez se ve incrementada como consecuencia de una serie de factores de riesgo, entre los que podemos encontrar (11):

La jubilación: supone un cambio radical en la vida del individuo que hace que se sienta inservible, incapaz de encontrarle un sentido u objetivo a su vida y comience a sentir frustración y soledad, ya que en muchas ocasiones el lugar de trabajo es un lugar donde poder socializar con el resto de compañeros de trabajo (11).

Estado de viudedad y pérdida de amistades por fallecimiento: suele ser el principal origen del sentimiento de soledad en las personas mayores porque se encuentran solas después de una larga vida en pareja. Cuando esta fallece sienten esa soledad principalmente por las noches. Además, se sienten indefensas ante una posible enfermedad, piensan en qué será de ellas en caso de que les ocurra un accidente, puesto que se encuentran solas en casa; además, la mayoría de las personas mayores que enviudan sienten que no deben pedir ayuda, ya que piensan que importunarán a sus familiares y amigos (12). Además de la pérdida conyugal, las personas ancianas experimentan sentimiento de soledad como consecuencia de la pérdida de sus amistades, pero no solo debido a su fallecimiento, sino también por ver su deterioro durante una enfermedad o por el mero hecho de envejecer más rápido (11).

Sentimiento de soledad según el sexo

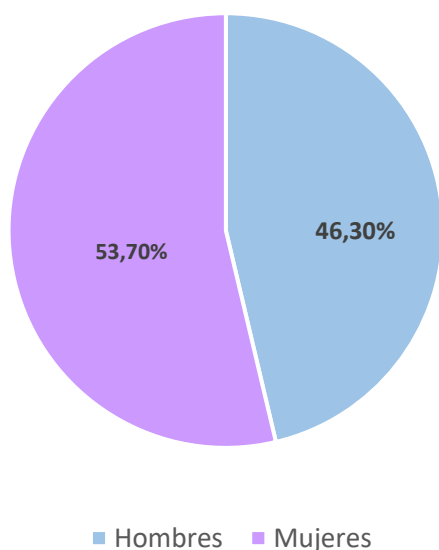


Figura 1. Sentimiento de soledad según el sexo. Elaboración propia a partir de: “Soledad social en ancianos hospitalizados en el servicio de Geriatria. Hospital “Comandante Faustino Pérez”) (4).

Sentimiento de soledad según la edad

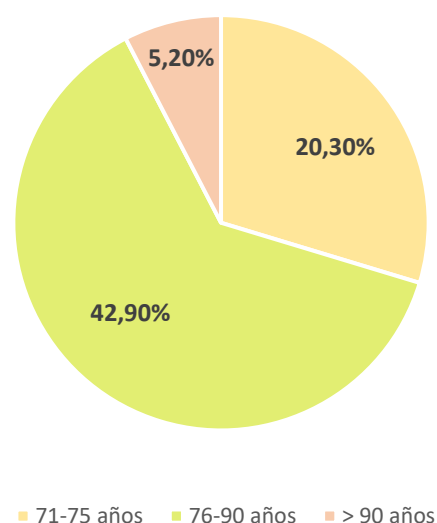


Figura 2. Sentimiento de soledad según la edad. Elaboración propia a partir de: “Soledad social en ancianos hospitalizados en el servicio de Geriatria. Hospital “Comandante Faustino Pérez”) (4).

Institucionalización: es usual que las personas de edad avanzada tengan una percepción negativa de las residencias, siendo muy corriente el pensamiento de que no saldrán de allí y se deteriorarán, perderán su autonomía y se sentirán solos y abandonados, pese a estar rodeados de gente (13).

Aislamiento: esta condición puede extrapolarse tanto a aquellas situaciones en las que el individuo se encuentra solo en casa y por propia voluntad decide aislarse del resto del mundo, como a la hospitalización o institucionalización. En ambos casos el aislamiento puede acarrear consecuencias psicológicas como depresión, ansiedad y sentimiento de soledad (14, 15).

Todas estas situaciones constituyen factores de riesgo que predisponen al deterioro del estado de salud del anciano, desembocando en síndromes geriátricos y la hospitalización del individuo, siendo este último otro factor de riesgo de la soledad (11, 15).

Repercusiones de la soledad en la salud del paciente geriátrico

La etapa de envejecimiento trae consigo una serie de condiciones que hacen a las personas más susceptibles a la soledad. La percepción de este sentimiento puede acarrear una serie de consecuencias para el individuo, tanto físicas como psicológicas, que suponen un riesgo para su salud (16).

En diversos estudios se han encontrado coincidencias en la relación entre la soledad percibida por el anciano y el desarrollo de trastornos psicológicos como la ansiedad, nerviosismo, estrés o depresión; pero también identifican la soledad como un factor de predisposición para sufrir deterioro cognitivo y Alzheimer; además de ser un factor de riesgo de mortalidad. (16 – 18).

Este sentimiento de soledad es percibido por aquellos pacientes geriátricos que se encuentran hospitalizados, dado que las posibilidades de socializar se ven reducidas debido al ingreso; causando una alteración en su salud (19).

No solo se ve afectada su salud psicológica, sino también la física, y aunque el sentimiento de soledad no causa repercusiones físicas de forma directa, se ha observado que el sistema inmunológico de aquellas personas que refieren sentir soledad se ha visto afectado negativamente (19). Esto se ha podido observar durante la pandemia que hemos sufrido por la COVID – 19. Se han llevado a cabo varios estudios en los que se ha analizado la capacidad de recuperación del paciente cuando se le permitía recibir visitas y cuando esto estaba prohibido como consecuencia del aislamiento preventivo. En estos estudios se encontraron diferencias significativas en cuanto a la recuperación del paciente, donde aquellos que tenían permitido recibir visitas de sus familiares experimentaban una recuperación más precoz, mientras que aquellos que se mantenían aislados tenían una recuperación más tardía (20); así como en otros estudios en los que se han encontrado resultados con diferencias significativas sobre la influencia de contraer infecciones durante la hospitalización cuando se experimenta el sentimiento de soledad, de manera que este interactúa en la efectividad del sistema inmunológico, frente a no experimentar este sentimiento, y en tal caso, la incidencia de contraer infecciones nosocomiales se ve disminuida (21).

Referido a las consecuencias físicas, se ha encontrado una estrecha relación entre la soledad experimentada por el anciano con la reducción en su actividad física, lo que repercute directamente en su salud, pues influye negativamente en su función cardiorrespiratoria, causa desórdenes musculoesqueléticos y como consecuencia de la falta de actividad física aumenta la cantidad de grasa visceral (17).

Derivados de la soledad percibida por el anciano durante el ingreso hospitalario, se ha observado la aparición de diversos síndromes geriátricos debido a la influencia que dicha

soledad provoca en la recuperación de la salud, ya que el ingreso del individuo implica cierta pérdida de autonomía. Por ello, es necesaria una valoración geriátrica integral que permita la detección de estos síndromes geriátricos (8). El aislamiento y la soledad se relacionan, además, con un aumento del riesgo de un 59% de deterioro funcional y un 45% más de riesgo de muerte (11).

Los síndromes geriátricos se definen como un conjunto de cuadros, signos y síntomas presentes en ancianos a partir de los 80 años, producidos por el deterioro del individuo y la respuesta de su organismo a determinadas enfermedades y que se relacionan entre sí, de manera que cuando surge uno, lo más probable es que aparezcan otros posteriormente. Esto incrementa la vulnerabilidad de la persona, produciendo incapacidad funcional y social, lo que afecta directamente a la calidad de vida del paciente geriátrico (22).

Existen los denominados 5 grandes síndromes geriátricos:

Inmovilidad: implica limitación de movilidad del cuerpo, causada por cambios fisiopatológicos en diferentes sistemas, que en función de la causa puede ser reversible. Los factores que la originan pueden ser derivados de la propia enfermedad, o factores ajenos al individuo. (8) Este síndrome es padecido por el 50% de la población mayor de 75 años (8, 23).

Caídas: suponen un problema de salud pública que influye negativamente en la calidad de vida de los ancianos y es una de las principales causas de ingreso hospitalario e institucionalización de las personas mayores. Se producen como consecuencia de una serie de factores de riesgo que pueden ser tanto intrínsecos (derivados del estado de salud del individuo), como extrínsecos (fruto de las condiciones del medio en el que se encuentra la persona) (24). La incidencia de este síndrome entre las personas mayores de 80 años del 80% (25).

Incontinencia urinaria: consiste en la expulsión involuntaria de orina a través de la uretra. Siendo demostrable de manera objetiva, representa un problema social e higiénico importante para aquellas personas que lo sufren, y que limita sus actividades de la vida diaria (26). Su prevalencia oscila entre el 24% en la mujer y el 7% en el hombre, viéndose aumentada con la edad hasta el 50% y 29% respectivamente (27) Se pueden diferenciar los siguientes tipos de incontinencia (26, 28):

- Incontinencia de esfuerzo: se produce por estrés o cuando la presión sobre la vejiga hace que se pierda orina de forma involuntaria. Puede darse al estornudar, reír, levantar peso..., y se da como consecuencia de la debilidad de los músculos del suelo pélvico o cuando la vejiga no se encuentra en su lugar anatómico (28).

- Incontinencia de urgencia: consiste en una pequeña expulsión de orina antes de poder llegar al baño. Es la más común en personas mayores, aunque puede tratarse de un signo de infección urinaria, así como aparecer en afecciones neurológicas (28).
- Incontinencia por rebosamiento: se da cuando la vejiga no se vacía completamente, lo que hace que se acabe acumulando demasiada orina en ella hasta que se comienza a perder orina porque la vejiga no se distiende más. Este tipo de incontinencia se da más en hombres (28).
- Incontinencia funcional: se da cuando el individuo padece algún tipo de discapacidad física o mental (28).
- Incontinencia mixta: la sufren aquellas personas que padecen varios tipos de incontinencia, siendo más común la presencia de incontinencia de esfuerzo y urgencia (28).
- Incontinencia transitoria: es la pérdida involuntaria de orina de forma temporal en la que una vez es eliminada la causa, la incontinencia desaparece (28).

Las causas más comunes por las que se produce este síndrome de incontinencia urinaria son (29):

- Diabetes Mellitus: como consecuencia de un mal control metabólico se puede producir incontinencia urinaria (IU) (siendo más común la incontinencia urinaria de urgencia)
- Trastornos articulares degenerativos: se asocian a IU de urgencia como consecuencia del retraso a la hora de acceder al baño, ya que la capacidad de movilidad se encuentra afectada y causan enlentecimiento en el movimiento.
- Enfermedad pulmonar crónica: se puede producir IU de esfuerzo como consecuencia de la tos.
- Insuficiencia cardíaca congestiva o insuficiencia venosa de extremidades inferiores: produce incontinencia urinaria por el aumento de producción de orina durante la noche.
- Apnea obstructiva del sueño: al verse aumentada la producción de péptido natriurético auricular puede aumentar la producción de orina.
- Impactación fecal: como consecuencia de la compresión ejercida sobre la vejiga se puede producir incontinencia urinaria de urgencia, o por rebosamiento, esta última, debido a la retención urinaria que se produce.

Deterioro cognitivo: es la pérdida progresiva y temporal o permanente de las funciones mentales que anteriormente se encontraban en buen estado (24). Estudios recientes han revelado que existe una prevalencia de entre el 38,7% y el 44% de deterioro cognitivo entre la población mayor institucionalizada (30). Este síndrome suele asociarse al estilo de vida, y factores ambientales, así como a factores genéticos y es una de las principales

causas de ingreso hospitalario e institucionalización de ancianos, así como del deterioro de la calidad de vida (24).

Fragilidad: es un síndrome geriátrico que cursa con disminución de la capacidad del organismo para producir una respuesta adecuada ante factores estresantes del exterior, produciendo en el individuo un mayor riesgo de caídas, pérdida funcional, discapacidad y dependencia, lo que suele precisar de ingreso en instituciones, además de ser un factor de predisposición para la muerte, además de tener importantes repercusiones en la calidad de vida de los individuos que la sufren (31). La prevalencia de la fragilidad entre las personas de edad avanzada hospitalizada se encuentra en el 41,4% (32).

A continuación, se muestra una tabla resumen de los grandes síndromes geriátricos (**Tabla 3. Grandes síndromes geriátricos**. Elaboración propia a partir de: “Aspectos terapéuticos de los grandes síndromes geriátricos. Tratamientos farmacológicos y no farmacológicos (24))

GRANDES SÍNDROMES GERIÁTRICOS
Inmovilidad
Caídas
Incontinencia urinaria
Deterioro cognitivo
Fragilidad

Tabla 3. Grandes síndromes geriátricos. Elaboración propia a partir de: Menéndez R, Mauleón MC, Condorhuaman P, González JI – 2017 (24)

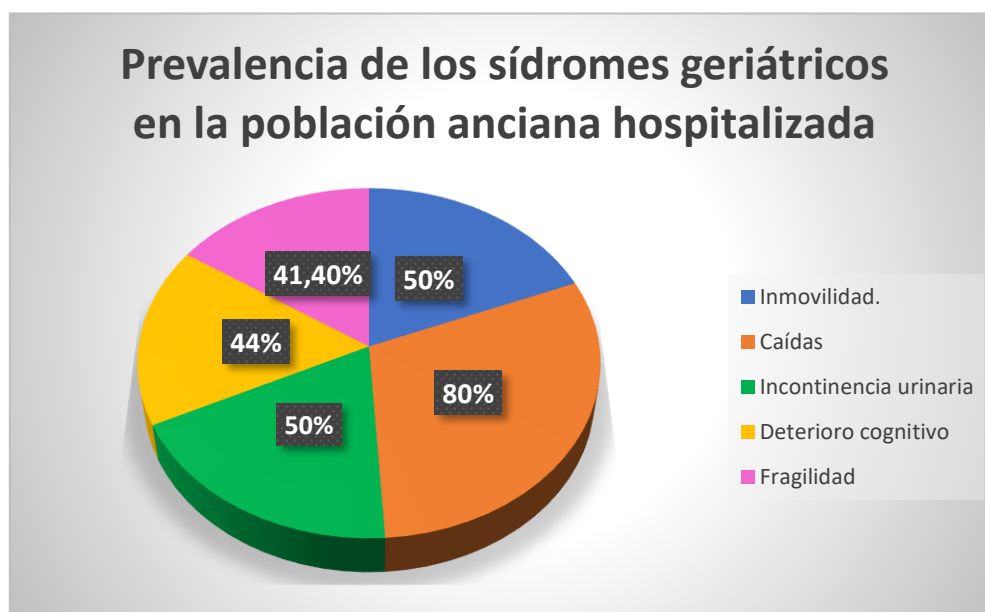


Figura 3. Prevalencia de los síndromes geriátricos en la población anciana hospitalizada. Elaboración propia a partir de: (8, 23, 25, 27, 30, 32).

Prevención de la soledad durante la hospitalización

La soledad percibida por el anciano durante la hospitalización, como se ha visto anteriormente, constituye uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de grandes síndromes geriátricos (16) y un gran influyente en la recuperación más tardía de los pacientes (20). Por ello, la prevención e identificación de los factores que desencadenan esta percepción de soledad es indispensable para evitar su aparición, de manera que sea posible reducir el tiempo de ingreso hospitalario y la necesidad de uso de recursos sociosanitarios que se precisan durante el ingreso, así como conseguir una recuperación más precoz del paciente (33).

Para detectar esos factores de riesgo que desencadenan la dependencia del paciente geriátrico es indispensable realizar una valoración geriátrica integral en la que participe todo el equipo multidisciplinar (8).

Sin embargo, existen otras formas de prevenir la soledad en el paciente geriátrico cuando sus familiares y allegados no pueden visitarle, como el tratamiento psicológico durante la hospitalización, el empleo de musicoterapia y la enseñanza de estrategias para gestionar el estrés durante el periodo de ingreso hospitalario (34). Incluso se han implantado terapias basadas en la utilización de videojuegos y consolas en aquellos pacientes capacitados para utilizarlas, obteniendo como resultado una menor percepción de soledad y una mejora a nivel cognitivo de los pacientes (35). Aunque existen estudios que afirman que el contacto del paciente con la familia es muy beneficioso para su recuperación, ya que sienten menos estrés durante el proceso de la hospitalización, por lo que es preferible que los pacientes puedan relacionarse con sus más allegados hasta recibir el alta hospitalaria (36).

En varias investigaciones se ha demostrado la influencia de las relaciones sociales en la salud y en el índice de mortalidad de las personas ancianas, exponiéndose que aquellas personas que mantienen relaciones sociales tienen un 50% menos riesgo de mortalidad que aquellas que no las mantienen (37), y por ello es de gran importancia prevenir la percepción de soledad en los pacientes geriátricos (9, 11).

4.1.4. Deterioro cognitivo en el paciente geriátrico durante la hospitalización

Qué es el deterioro cognitivo. Características en el paciente geriátrico hospitalizado y su prevalencia

El deterioro cognitivo se puede considerar como la pérdida progresiva y temporal o permanente de las funciones mentales que anteriormente se encontraban en buen estado, sin llegar a cumplir los criterios para calificarlo como demencia (24, 38).

El deterioro cognitivo leve (DCL) cursa con una reducción en la funcionalidad de alguna de las siguientes capacidades mentales: memoria, orientación, pensamiento abstracto, lenguaje, capacidad de juicio, razonamiento, aprendizaje y la habilidad constructiva y visoespacial (38).

Entre los síndromes geriátricos más comunes que presentan alteraciones cognitivas se encuentra el ***Delirium* o *síndrome confusional agudo (SCA)***, cuya prevalencia oscila entre el 10 – 30% de los ancianos hospitalizados a nivel mundial (39). Se caracteriza por ser de inicio agudo y cuyo origen es multifactorial. Suele cursar con pensamiento desorganizado, un nivel de conciencia y de la atención alterados (40), alteración del ciclo sueño – vigilia, en la capacidad psicomotora y cambios de conducta (39).

Existe cierto riesgo de desarrollar este tipo de deterioro cognitivo en determinados casos, como la presentación de demencia previa al ingreso, que la enfermedad por la que se ingresa sea de mayor gravedad, la existencia de alteraciones sensoriales, colocación de sonda vesical, desnutrición, periodos largos de ingreso, la administración de polifarmacia (39), el empleo de contenciones (40), o la soledad (41). Este síndrome no debe ser confundido con la demencia, que afecta a la capacidad de la memoria, y por ello se debe hacer un diagnóstico diferencial para su correcta identificación (42).

Valoración rápida del deterioro cognitivo durante la hospitalización

Para la correcta identificación del deterioro cognitivo en los pacientes geriátricos hospitalizados es necesario utilizar las herramientas disponibles adecuadamente y cuando corresponda. En la actualidad, se utilizan diferentes pruebas neuropsicológicas (43). Entre ellas destacan:

- **Mini – Mental State Examination (MMSE) (Anexo 1):** es la más utilizada. Examina los ítems de: memoria, orientación, concentración y lenguaje, correspondiéndole a cada uno una puntuación en función de las respuestas del paciente, de la que posteriormente se realiza la media. La versión española se denomina test cognoscitivo de lobo (44).
- **Test del reloj Anexo 2):** se basa en la forma en la que el paciente dibuja la esfera de un reloj de agujas y marca la hora que se le pide (usualmente las 11:10), de manera que se pueda establecer una orientación sobre la afectación cognitiva (45).
- **Mini – Cog (Anexo 3):** consiste en una prueba de memoria de 3 ítems. Se pide al paciente que recuerde 3 palabras y que las repita. A continuación, debe dibujar el reloj de aguja (test del reloj), y por último se le pide que vuelva a repetir las 3 palabras que se le nombraron al inicio, puntuándose con 1 punto cada uno de los ítems que supere correctamente (46).

- **Evaluación cognitiva de Montreal (MoCa) (Anexo 4):** se evalúa la capacidad visoespacial del individuo, la identificación, atención, concentración, el lenguaje y se lleva a cabo una versión corta del test llamado “Trail Making B Test”. Evalúa la memoria a corto plazo y la orientación temporal y espacial, obteniendo un total de 30 puntos, y estableciendo el deterioro cognitivo cuanto la puntuación total sea inferior a 26 puntos (47).

Además, en los últimos años se ha descubierto la efectividad del deterioro cognitivo utilizando un análisis acústico de la voz (48). Y en los últimos avances tecnológicos, se ha encontrado una estrecha relación entre la detección, prevención y tratamiento del deterioro cognitivo con el empleo de la realidad virtual (49).

4.1.5. Deterioro funcional en el paciente geriátrico y sus características

Qué es el deterioro funcional. Características en el paciente geriátrico hospitalizado y su prevalencia

Durante el periodo de hospitalización una gran parte de los pacientes geriátricos que permanecen en el hospital sufre deterioro funcional (50), el cual se puede dar en cuestión de días como consecuencia de la inmovilidad, la falta de actividad y la deprivación sensorial; y suele desembocar en la posterior dependencia del anciano (51, 52). Este deterioro funcional suele ser la causa de la prolongación del ingreso hospitalario, además de un factor de riesgo de mortalidad (53, 54).

El deterioro funcional se define como la disminución de la capacidad de la persona para llevar a cabo al menos, una actividad básica de la vida diaria (ABVD), como comer, asearse, utilizar el retrete, vestirse, desplazarse de la cama y la silla y caminar, comparando los resultados a al comienzo del ingreso hospitalario y en el momento del alta. Esto se denomina deterioro funcional hospitalario global, el cual incluye el deterioro existente previo al ingreso, y el que se produce durante la hospitalización (55). Y su prevalencia dentro de la población geriátrica se encuentra entre el 35 % y el 70 % (56).

Los factores de riesgo asociados al desarrollo de deterioro funcional durante la hospitalización son: el sueño inadecuado, menor actividad física (57), deterioro cognitivo, en muchas ocasiones asociado al deterioro funcional (58), y el propio ingreso hospitalario. Es por ello, indispensable, la detección precoz de los pacientes susceptibles de sufrir deterioro funcional por parte del equipo multidisciplinar estableciendo medidas como la instauración de ejercicio físico y atención geriátrica integral (55).

Valoración del deterioro funcional durante la hospitalización

Antes de que aparezca el deterioro funcional como consecuencia del ingreso hospitalario se puede valorar el riesgo de cada paciente antes de que se desarrolle. Esto se puede hacer

con la llamada escala HARP. Esta detecta el riesgo de deterioro funcional durante y tras el ingreso hospitalario (59).

Para determinar el grado de deterioro funcional se evalúa la capacidad para desempeñar las Actividades básicas de la Vida Diaria (ABVD), que implican el autocuidado; así como las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), como labores domésticas, uso del transporte público y hacer la compra y actividades cognoscitivas; y las Actividades Avanzadas de la Vida Diaria (AAVD), relacionadas con las actividades de tiempo libre, hobbies, creencias (60)...

Para valorar las ABVD y AAVD se emplean las escalas (60):

- **Índice de Barthel (Anexo 5)**: valora el grado de dependencia o independencia, empleando 10 ítems con un total máximo de 100 puntos.
- **Índice de Katz (Anexo 6)**: evalúa la función de esfínteres y de dependencia o independencia en algunas actividades, a partir de 8 niveles de dependencia.

Para valorar AIVD (60):

- **Escala Lawton y Brody (ANEXO 7)**: indicada para valorar el inicio de deterioro funcional. Consta de 8 ítems.

4.2. Justificación

En base a lo que se ha expuesto anteriormente, se puede determinar que la soledad percibida por el paciente geriátrico durante la hospitalización puede acarrear serias consecuencias a la hora de la recuperación precoz del paciente, como agravamiento de los síntomas (61), deterioro cognitivo y funcional, y, en consecuencia, un ingreso hospitalario más largo (17). E incluso puede considerarse un factor de riesgo de mortalidad (37).

La recuperación tardía de los pacientes no solo deriva en consecuencias posteriores en la salud del propio individuo, sino que también afecta a sus familiares y allegados, creando en ellos un estado de ansiedad y desasosiego por el deterioro de la salud de su familiar, lo que puede dar lugar al síndrome de sobrecarga del cuidador (36).

El incremento de tiempo de ingreso hospitalario en pacientes geriátricos, como se ha citado anteriormente, supone graves consecuencias, que, sin duda, pueden llegar a prevenirse en la mayoría de los casos (34).

Cuando el principal factor de riesgo del deterioro de la salud del paciente es la percepción de la soledad, existen herramientas y recursos que se pueden emplear para evitar que se sufra y que se desencadene la cascada de consecuencias para la salud que se ha visto con anterioridad (33), de manera que se consiga gestionar de manera eficaz el capital destinado a los cuidados de los pacientes geriátricos que ingresan en el hospital, pues los reingresos que tienen lugar como consecuencia del deterioro de la salud de los pacientes tras el alta, y que se dan durante el ingreso hospitalario, suponen un gran gasto de recursos sociosanitarios y económicos, tanto para la sociedad como para la institución de hospitalización, el cual puede evitarse previniendo la aparición del sentimiento de soledad (33).

Por ello, mi propuesta va encaminada a la creación o apertura de salas comunes en las plantas de hospitalización de geriatría donde los pacientes puedan socializar, siempre que estén capacitados para ello, al igual que existen áreas de juego en las plantas de hospitalización pediátricas, de las cuales se han comprobado sus beneficios en la recuperación de los pacientes, ya que la socialización es necesaria para el ser humano durante todas las etapas de la vida, y gracias a la cual, el proceso de curación se ve beneficiado (62).

5. Objetivos e hipótesis

5.1. Objetivos

Objetivo general

Evaluar la eficacia que supone para la recuperación del paciente la disposición de salas comunes durante el ingreso hospitalario en las plantas de hospitalización geriátrica.

Objetivos específicos

- Conocer el grado de percepción de soledad del paciente geriátrico hospitalizado.
- Conocer el deterioro cognitivo y funcional que sufre el anciano durante el ingreso hospitalario como consecuencia de la falta de socialización.
- Analizar los beneficios de la interacción social durante el ingreso hospitalario en ancianos.

5.2. Hipótesis

Durante el periodo de hospitalización, el paciente geriátrico experimenta periodos de soledad tanto física como percibida, sufre falta de estímulos externos y cada vez desarrollará un mayor deterioro funcional y cognitivo como consecuencia de la falta de interacción social.

La disposición de salas comunes en las plantas de hospitalización geriátrica puede considerarse una opción que proporcione resultados beneficiosos para la recuperación precoz del paciente geriátrico disminuyendo el deterioro cognitivo y funcional durante el ingreso hospitalario.

6. Metodología

6.1. Diseño del estudio

Se trata de un estudio experimental en el que se comparará un grupo control, compuesto por pacientes geriátricos, hospitalizados en la planta de geriatría, los cuales no disponen de una sala común para poder socializar con otros pacientes; frente a un grupo experimental compuesto por pacientes de las mismas características, pero que, en cambio, sí dispone de este tipo de salas en su planta de hospitalización geriátrica. El tiempo de duración del estudio será de 1 año.

Se llevará a cabo este tipo de estudio debido a su alta eficacia a la hora de comparar resultados entre dos grupos.

Los individuos seleccionados para el estudio serán escogidos aleatoriamente mediante una tabla de números al ingreso del paciente, de manera que el nº 1 correspondiente al grupo control y el nº 2 correspondiente al grupo experimental.

6.2. Sujetos de estudio

Población diana

Pacientes geriátricos mayores de 65 años ingresados en una planta de hospitalización geriátrica que precisen de atención hospitalaria durante un periodo de tiempo prolongado debido a un proceso quirúrgico o cualquier afección que no implique deterioro cognitivo y/o funcional como motivo de ingreso hospitalario en el Hospital Universitario de Getafe y el Hospital Universitario de Móstoles.

Criterios de inclusión

- Aceptar formar parte del estudio.
- Firmar el consentimiento informado.
- El/la paciente se encuentra en pleno uso de sus facultades antes de ingresar en el hospital y es él/ella mismo/a quien decide participar voluntariamente en el estudio.
- Edad mayor de 65 años.
- Ingreso hospitalario superior a 1 semana de duración.
- No existe deterioro cognitivo y/o funcional previo al ingreso.
- No presenta enfermedad mental previa al ingreso hospitalario.

Criterios de exclusión

- Tomar la decisión de abandonar el estudio en cualquier momento.
- La clínica del/la paciente no permite su asistencia a la sala común.
- El/la paciente recibe el alta hospitalaria antes de que finalice el estudio.

Tamaño de la muestra

Está previsto que, de 200 pacientes ingresados en hospitalización geriátrica, se obtenga un tamaño muestral de 130 en 4 meses, aplicando un nivel de confianza del 95% con un margen de error del 5%. A medida que los pacientes se incorporen al estudio, serán divididos aleatoriamente en dos grupos:

1. Grupo control: no dispondrá de una sala común durante el ingreso hospitalario.
2. Grupo experimental: dispondrá de una sala común durante el ingreso hospitalario.

6.3. Variables

Los datos se recogerán en una tabla de recogida de datos (**Anexo 9**).

Los parámetros que se van a evaluar son los siguientes:

Variables independientes

Los siguientes parámetros conforman datos que no se verán afectados por la disponibilidad o no de una sala común durante la hospitalización; es decir, son variables a las que no afecta este hecho.

- **Edad.** Variable independiente, cuantitativa continua. Es útil para el estudio porque se pueden obtener diferencias significativas en los resultados en función de la edad (**Anexo 9**).
- **Género.** Variable independiente, cualitativa nominal. Se incluye en el estudio porque en investigaciones anteriores se han encontrado diferencias significativas en la percepción de la soledad en función del género (**Anexo 9**).
- **Presencia de familiares durante el ingreso.** Variable independiente, cualitativa nominal. Puede ser un factor influyente en cuanto a la percepción de soledad del paciente (**Anexo 9**).
- **Duración estimada del ingreso.** Variable independiente, cuantitativa discreta. Esta variable se debe tener en cuenta porque influye directamente en la percepción de la soledad del individuo, así como en el deterioro que sufre el paciente a lo largo del ingreso (**Anexo 9**).

Variables dependientes

Son aquellos parámetros en los que el hecho de disponer o no de una sala común durante el ingreso hospitalario puede hacer que fluctúen.

- **Nivel de soledad previo y posterior a la intervención.** Variable dependiente, cualitativa ordinal. Valorar este parámetro es importante porque en base a él, se podrá determinar la eficacia del estudio. La herramienta de empleo para determinar este parámetro será la Escala Este – R (**Anexo 8**).

- **Nivel de deterioro cognitivo previo y posterior a la intervención.** Variable dependiente, cualitativa ordinal. Valorar este parámetro es importante porque en base a él, se podrá determinar la eficacia del estudio, al igual que el anterior. Con él, se podrá determinar la relación existente entre la percepción de soledad del paciente y el deterioro cognitivo. Este parámetro se determinará a partir de las escalas Mini – Mental State Examination (MMSE), el test del reloj, Tets Mini – Cog y evaluación cognitiva de Montreal (MoCa) (**Anexos 1, 2, 3 y 4**).
- **Nivel de deterioro funcional previo y posterior a la intervención.** Variable dependiente, cualitativa ordinal. Es preciso evaluar este parámetro para determinar la influencia de la percepción de la soledad en el deterioro funcional durante el ingreso hospitalario, así como la relación que existe entre la percepción de soledad y el deterioro funcional de paciente geriátrico hospitalizado. Para evaluarlo se utilizarán las escalas del índice de Barthel e índice de Katz, que valoran la capacidad para desempeñar las ABVD y AAVD; y la escala de Lawton y Brody, que valora la capacidad para realizar las AIVD (**Anexos 5, 6 y 7**).

A continuación, se muestran 2 tablas que contienen todas las variables citadas, independientes y dependientes, respectivamente, indicando de qué tipo son, su unidad de medida y las herramientas necesarias para su medición (**Tabla 4.** Variables independientes y **Tabla 5.** Variables dependientes).

Variables independientes			
Variable	Tipo	Unidad de medida	Herramienta de medición
Edad	Cuantitativa Continua	Años	Hoja de recogida de datos
Género	Cualitativa Nominal	Femenino/Masculino	Hoja de recogida de datos
Presencia de familiares durante el ingreso	Cualitativa Nominal	Si/No	Hoja de recogida de datos
Duración estimada del ingreso	Cuantitativa Discreta	Días/Semanas/Meses	Hoja de recogida de datos

Tabla 4. Variables independientes. Elaboración propia.

Variables dependientes			
Variable	Tipo	Unidad de medida	Herramienta de medición
Nivel de soledad previo y posterior a la intervención	Cualitativa Ordinal	Bajo Medio Alto	Escala Este – R
Nivel de deterioro cognitivo previo y posterior a la intervención	Cualitativa Ordinal	Bajo Medio Alto	Mini – Mental State Examination (MMSE) Test del reloj Mini – Cog Evaluación cognitiva de Montreal (MoCa)
Nivel de deterioro funcional previo y posterior a la intervención	Cualitativa Ordinal	Bajo Medio Alto	Índice de Barthel Índice de Katz Escala de Lawton y Brody

Tabla 5. Variables dependientes. Elaboración propia.

6.4. Intervención a evaluar

El estudio se llevará a cabo de la siguiente manera:

Los pacientes de ambos grupos serán ingresados en su hospital correspondiente. El mismo día del ingreso, una vez hayan firmado el consentimiento informado (**Anexo 10**) y se hayan resuelto todas las dudas que hayan podido surgir, se realizará la recogida de datos (**Anexo 9**), así como la evaluación de la percepción de soledad del paciente y el nivel de deterioro cognitivo y funcional que presenta previo a la intervención (**Anexo 1 – 8**)

Los pacientes del **grupo control**, tendrán un ingreso estándar en la planta de hospitalización geriátrica de su hospital correspondiente, de tal modo que podrán recibir visitas según el protocolo del hospital, pero no dispondrán de ninguna sala común donde poder interaccionar con otros.

El **grupo experimental**, desde el inicio del ingreso y hasta que finalice el mismo, debiendo tener este una duración mínima de una semana, acudirán a una sala común, bien por su propio pie, cuando así lo permita su estado clínico, o serán movilizados hasta ella por el personal sanitario pertinente. Acudirán a esta sala común 2 veces al día durante una hora y media cada vez; es decir, una hora y media por la mañana, tras el desayuno; y una hora y media por la tarde, después de la merienda, debiendo acudir cada uno de los días que permanezcan ingresados en la planta de hospitalización geriátrica.

En esta sala común habrá un/a enfermero/a al cuidado de los pacientes. Será el personal encargado del cuidado de estos el que sugerirá un tema de debate a los pacientes para que interactúen entre ellos, o propondrá actividades y juegos para fomentar la socialización.

Una vez que cumplida la semana de ingreso, independientemente de que el ingreso se prolongue durante más tiempo, se procederá a la reevaluación la percepción de soledad, deterioro cognitivo y deterioro funcional del paciente. Es decir, se valorarán estas variables antes y después de la intervención.

En el caso de que el ingreso hospitalario fuese superior a 1 semana, los pacientes continuarán acudiendo a la sala común y serán reevaluados semanalmente hasta que finalice el periodo de hospitalización.

6.5. Procedimiento de recogida de datos

La recogida de datos para el estudio experimental se llevará a cabo de igual forma, tanto para el grupo control, como el grupo experimental, en sus respectivos hospitales: Hospital General Universitario de Getafe y Hospital Universitario de Móstoles.

En el mismo momento en el que los pacientes saben que van a ingresar en la planta de hospitalización geriátrica se les plantea la posibilidad de participar en el estudio. Se les dará la información pertinente tanto de forma oral, como escrita, en una hoja de información.

Una vez hayan aceptado o rechazado su participación en el estudio, y tras haber resuelto las dudas que se hayan podido plantear, se procederá a la firma del consentimiento informado **(Anexo 10)** de aquellos pacientes que hayan decidido participar en el estudio.

Posteriormente, el personal de enfermería rellenará la hoja de recogida de datos **(Anexo 9)** a partir de la historia clínica del paciente.

Para llevar a cabo el estudio experimental, todo el equipo implicado en su elaboración se dará a conocer, así como los objetivos que persigue la intervención, las herramientas que se utilizarán para llevarlo a cabo, las hipótesis y los resultados esperados; y se explicará al equipo de enfermería cuál será su cometido durante el tiempo que se lleve a cabo el estudio experimental.

De igual manera, será necesaria la firma de un consentimiento informado por parte del equipo de enfermería que acepte colaborar en el estudio. Además, para garantizar la seguridad de los datos del estudio será necesario que todo el personal sanitario que participe en el estudio firme un acuerdo de confidencialidad para que no se produzcan filtraciones sobre el estudio.

Una vez firmados estos documentos, se procederá a explicar de forma detallada al equipo de enfermería cómo deben ser recogidos los datos, se les facilitará la hoja de recogida de datos,

en qué momentos se debe evaluar la percepción de soledad (**Anexo 8**), el deterioro cognitivo (**Anexos 1, 2, 3 y 4**) y el deterioro funcional (**Anexos 5, 6 y 7**) del paciente. Deben comprender toda la información relacionada con el estudio experimental para así, ser capaces de dar información clara y suficiente a los pacientes, y poder resolver las dudas que puedan surgir en cualquier momento del estudio.

En la primera entrevista con el paciente, se recogerán los datos de las variables independientes “edad”, “género”, “presencia de familiares durante el ingreso”, “duración estimada del ingreso”. Esta última podrá ser modificada en función de la decisión que tome el médico responsable del paciente, por lo que el equipo de enfermería deberá comunicarse con él cada vez que el paciente sea valorado por el equipo de medicina.

Además, en esta primera entrevista, y en la que se llevará a cabo una vez finalizado el periodo de ingreso de una semana, se realizará la evaluación de las variables dependientes “nivel de ansiedad previo y posterior a la intervención”, “nivel de deterioro cognitivo previo y posterior a la intervención”, “nivel de deterioro funcional previo y posterior a la intervención” a través de las escalas que correspondan.

Una vez obtenidos todos los datos se podrá proceder al análisis de estos para llevar a cabo el estudio experimental.

6.6. Fases del estudio, cronograma

Fase conceptual:

Se lleva a cabo la identificación del problema y se plantean los objetivos a conseguir y la intervención que se va a realizar para lograrlos. También se llevará a cabo la búsqueda bibliográfica sobre el tema a tratar.

Se estima que la fase conceptual tenga una duración de 4 meses.

Etapas:

- Formulación de la pregunta de investigación.
- Búsqueda bibliográfica y fundamentación.
- Planteamiento de los objetivos generales y específicos.
- Elaboración de documentos y herramientas necesarias para la recogida de datos.
- Formulación de hipótesis.

Fase metodológica

Se concretan los aspectos relacionados con la población diana, las características que debe presentar y las variables que se pretende estudiar.

Se prevé que tenga una duración de 5 meses.

Etapas:

- Diseño del estudio.
- Población diana.
- Definición de variables (cuantitativas y cualitativas).
- Herramientas de análisis y de recogida de datos.
- Recogida de datos.
- Comunicación de resultados y hallazgos.

Fase empírica

Se pondrá en práctica lo citado en las anteriores fases realizando una interpretación de los resultados.

Se estima que tenga una duración de 3 meses.

Etapas:

- Solicitud y aceptación del estudio por parte del comité de ética.
- Recogida de consentimientos informados.
- Entrenamiento de los profesionales implicados para la recogida de datos.
- Recogida, análisis e interpretación de los datos.
- Conclusión basada en los resultados obtenidos.
- Difusión de resultados.

Cronograma

A continuación, se muestra un cronograma con las distintas fases del estudio:

FASES	ETAPAS	DURACIÓN (meses)											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Fase conceptual	Formulación de la pregunta de investigación												
	Búsqueda bibliográfica y fundamentación												
	Planteamiento de los objetivos generales y específicos												
	Elaboración de documentos y herramientas para la recogida de datos												
	Formulación de hipótesis												
Fase metodológica	Diseño del estudio												
	Población diana												
	Definición de variables												
	Herramientas de análisis y de recogida de datos												
	Recogida de datos												
	Comunicación de resultados y hallazgos												
Fase empírica	Solicitud y aceptación del estudio por el comité de ética												
	Recogida de consentimientos informados												
	Entrenar a los profesionales del estudio para la recogida de datos												
	Recogida, análisis e interpretación de datos												
	Conclusión basada en los resultados obtenidos												
	Difusión de resultados												

6.7. Análisis de datos

En este estudio se llevará a cabo el análisis de las variables independientes: edad, género, presencia de acompañantes durante el ingreso, y duración estimada del ingreso; y el análisis de las variables dependientes: nivel de soledad previo y posterior a la intervención, nivel de deterioro cognitivo previo y posterior a la intervención, y, por último, nivel de deterioro funcional previo y posterior a la intervención.

Entre estas variables, podemos diferenciar aquellas que son cualitativas: género, presencia de familiares durante el ingreso, nivel de soledad previo y posterior a la intervención, nivel de deterioro cognitivo previo y posterior a la intervención, nivel de deterioro funcional previo y posterior a la intervención. Para analizar estas variables se empleará el análisis descriptivo de manera que se pueda identificar un patrón entre las variables.

Dentro de las variables cuantitativas podemos diferenciar la edad y la duración estimada de ingreso. Para analizarlas se hará una tabla de frecuencias para conseguir la media y así averiguar el dato numérico central, el cual equilibrará los datos restantes.

Además, se realizará el cálculo de la mediana para obtener el dato central de la muestra y conocer los datos que se encuentren por encima y por debajo de esta.

Para conocer cuál es el dato más repetido, es decir, la frecuencia relativa mayor, se analizará la moda, la frecuencia absoluta, que es el número de veces que se repite una variable, y la frecuencia relativa, cuyo valor se obtiene al dividir el tamaño de la muestra entre el valor de la frecuencia absoluta.

Se utilizará la prueba de Chi – Cuadrado para analizar el nivel de soledad previo y posterior a la intervención, el nivel de deterioro cognitivo previo y posterior a la intervención y el nivel de deterioro funcional previo y posterior a la intervención, para poder contrastar las frecuencias obtenidas con las frecuencias esperadas de acuerdo con la hipótesis nula.

Por último, se utilizará la estadística inferencial para analizar la relación que existe entre la variable dependiente: “nivel de soledad previo y posterior a la intervención” y la variable independiente: “presencia de acompañantes durante el ingreso”; y un análisis de regresión múltiple para analizar si influyen o no las variables independientes: “género”, “edad”, “presencia de acompañantes durante el ingreso” y “duración estimada del ingreso” sobre una de las variables independientes: “nivel de deterioro cognitivo previo y posterior a la intervención”.

7. Aspectos éticos

El estudio experimental será expuesto al Comité de Ética tanto del Hospital General Universitario de Getafe, como del Hospital Universitario de Móstoles para su revisión y aceptación en las reuniones del equipo multidisciplinar, dejando un margen de tiempo suficiente para comunicar su decisión.

Tras haber sido presentado a ambos Comités de Ética se solicitará su aprobación según el *Real Decreto 1090/2015, de 4 de diciembre, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos, los Comités de Ética de la Investigación con medicamentos y el Registro Español de Estudios Clínicos*.

Para la correcta revisión del estudio se facilitarán los documentos del consentimiento informado, tanto de los pacientes como de los profesionales que participarán en el estudio, la hoja de recogida de datos y las diferentes herramientas que se emplearán para la recogida de datos y el protocolo que se seguirá para llevar a cabo el estudio.

Los objetivos del estudio, el proceso que se seguirá para llevarlo a cabo y las diferentes fases les serán explicadas a los pacientes mediante la entrega de una hoja informativa en formato escrito, además de su explicación de manera oral, permitiendo a los pacientes que expresen cualquier duda que se puedan plantear; y mediante la entrega del consentimiento informado **(Anexo 10)**, el cual firmarán de manera voluntaria, y serán debidamente informados de la posibilidad de retirarse del estudio en cualquier momento y sin estar obligados a dar explicaciones por ello.

Se garantizará la confidencialidad del paciente a través de la firma de un acuerdo de confidencialidad por parte de los profesionales que participen en el estudio, que garantice la protección de los datos del paciente según la *Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales*. Los pacientes serán informados previamente de la garantía de la protección de sus datos.

Se informará debidamente a los profesionales sanitarios implicados en el estudio experimental sobre todas aquellas cuestiones necesarias para su desarrollo y se les entregará el consentimiento informado con toda la información pertinente relacionada con el estudio, permitiéndoles 3 días para su lectura y posterior firma de forma voluntaria, y que así puedan plantear todas las preguntas que les surjan antes de firmar el consentimiento informado y comenzar el estudio experimental.

Posteriormente se le entregará al equipo de enfermería las herramientas necesarias para la recogida de datos.

8. Limitaciones del estudio

Las limitaciones que se pueden encontrar a la hora de realizar el estudio experimental pueden ser:

En lo que respecta a la validez interna: la falta de participación por parte de los pacientes y del personal sanitario, ya que la participación en el estudio es voluntaria. Además, se debe tener en cuenta que los pacientes que participen en el estudio pueden tener planificado un tiempo determinado de ingreso, de mínimo una semana de duración, pero que debido a las condiciones de recuperación precoz del paciente o su derivación a domicilio u otra institución, su ingreso se vea precipitado, de manera que no se podría seguir contando con su participación.

Debido a que la participación en el estudio no supone ningún riesgo para los pacientes, estos no deberían querer optar por el abandono del proyecto, por lo que no representa una amenaza; sin embargo, sí se podría considerar como tal la falta de participación por parte del equipo de enfermería, ya que podría suponer una carga de trabajo mayor como consecuencia de la necesidad de compromiso con el proyecto, ya que deberán realizar un recuento diario de los pacientes que han podido o no, acudir a la sala común, realizar la valoración de los pacientes semanalmente además de desempeñar las funciones habituales de enfermería; y la dedicación de tiempo superior para analizar los datos.

Otras de las limitaciones que podemos encontrar para llevar a cabo el estudio es la falta de un espacio disponible que sea adecuado y suficiente para ubicar la sala común en la planta de hospitalización, y la escasa bibliografía disponible para fundamentar la validez del estudio, ya que no se ha realizado con anterioridad.

Referido a la validez externa cabe destacar que su utilidad solo se podría probar en otros hospitales siempre y cuando se realice la práctica en las mismas condiciones en las que se ha llevado a cabo este estudio.

9. Aplicación a la práctica clínica

Para concluir, la idea principal del proyecto busca mostrar la validez de la utilización de salas comunes durante el ingreso hospitalario en geriatría mediante la fundamentación de artículos que reflejen las consecuencias más comunes durante el ingreso, derivadas de la percepción de soledad del paciente y la falta de estimulación externa.

Los resultados esperados se basan en la hipótesis de que este tipo de salas podrá constituir una herramienta de utilidad para el equipo de enfermería a la hora de acompañar a los pacientes durante su ingreso, proporcionándoles cuidados de calidad, de manera que el deterioro cognitivo y funcional que se sufre durante el ingreso geriátrico se vea disminuido, al igual que el nivel de soledad percibido por el paciente.

Los pacientes tendrán a su disposición una sala común donde poder interactuar con el resto de pacientes de la planta, siempre que las condiciones del ingreso así lo permitan.

Para fundamentar la utilidad de este proyecto y su propósito se han encontrado dificultades a la hora de encontrar artículos que reflejen el proyecto en su conjunto, ya que es una idea pionera que no se ha llevado a cabo en ningún país con anterioridad o no existe información al respecto, pero que además de ser beneficioso en la recuperación del paciente, puede tener beneficios en el ámbito económico del hospital, ya que la recuperación sería más precoz y el tiempo de ingreso hospitalario sería menor, reduciendo tanto así los costes sanitarios en cuanto a carga de trabajo para el personal, como costes materiales.

Se espera que este proyecto se pueda extrapolar a otros centros para llevarlo a cabo, de manera que se puedan conseguir este tipo de salas comunes en las plantas de hospitalización geriátrica, las cuales se encuentran más desatendidas en cuanto a la necesidad de acompañamiento del paciente, al contrario que ocurre con las plantas de hospitalización pediátricas, donde existen salas de juego en las que los niños encuentran estimulación. Esto debería ser así en cualquier planta de hospitalización de adultos, siendo el área geriátrica la que se encuentra más desatendida en este ámbito, y este proyecto busca paliar esta carencia, para conseguir dar al paciente una mejor atención y que su experiencia en el hospital no sea tan agresiva.

10. Bibliografía

- (1) Gutiérrez LM, De las Deses C. Geriatria. Geriatria. Atención Familiar. 2010;17(1):24-25.
- (2) Real Academia Española. Geriatria. Diccionario escolar de la Real Academia Española. 23ª ed. Madrid: ESPASA; 1997.
- (3) Alvarado AM, Salazar AM. Análisis del concepto de envejecimiento. Gerokomos. 2014; 25(2):57-62.
- (4) Hernández N, Pierrez M, Martínez BM, Morejón A, Arencibia F, Álvarez MC. Soledad social en ancianos hospitalizados en el servicio de Geriatria. Hospital "Comandante Faustino Pérez". Rev.Med.Electrón. 2020; 42(3):1781-91.
- (5) Martín-Sánchez FJ, Fernández C, Merino C. El paciente geriátrico en urgencias. Anales Sis San Navarra. 2010; 33 supl 1: 163-172.
- (6) Gajardo J. Vejez y soledad: implicancias a partir de la construcción de la noción de riesgo. Acta bioeth. 2015; 21(2):199-205.
- (7) Gil P, José Antonio López R. Geriatria y Gerontología. En: Gil P, López JA, Gómez MP. Manual de buena práctica en cuidados a las personas mayores. 2ª ed. Madrid: IMC (Internacional Marketing & communication, S.A; 2013. P. 19-27.
- (8) Figueroa N, Pérez M, Domínguez A, Laguna PM, Oliver PM. Síndromes geriátricos y la importancia de detectarlos a tiempo. RSI. 2021; 12(2):310.
- (9) Martín Roncero U, González-Rábago Y, Martín Roncero U, González-Rábago Y. Soledad no deseada, salud y desigualdades sociales a lo largo del ciclo vital. Gac Sanit. 2021; 35(5):432-437.
- (10) González-Tovar J, Garza-Sánchez RI. La medición de soledad en personas adultas mayores. Interdisciplinaria. 2021; 38(3):169-84.
- (11) Campo MV, Solange Herrman B, Di Virgilio E, Angelino MR. La soledad no deseada. Una aproximación cuantitativa sobre el sentimiento de soledad en las personas mayores de 65 años residentes en Caba, 2020. Revista de Crítica Social. 2021(23):205-239.
- (12) López Doblas J, Díaz Conde MdP. Viudedad, soledad y salud en la vejez. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2018; 53(3):128-133.
- (13) Camargo-Rojas CM, Chamarro-Carvajal CA. El sentimiento de soledad en personas mayores: conocimiento y tamización. Univ méd. 2020; 61(2):1-8.

- (14) Tran K, Bell C, Stall N, Tomlinson G, McGeer A, Morris A, et al. The Effect of Hospital Isolation Precautions on Patient Outcomes and Cost of Care: A Multi-Site, Retrospective, Propensity Score-Matched Cohort Study. *J Gen Intern Med* 2017; 32(3):262-68.
- (15) Fonseca I. Factores relacionados al sentimiento de soledad durante la vejez. *Anales en Gerontología*. 2019; (11):141-57.
- (16) Palma-Ayllón E, Escarabajal-Arrieta MD. Efectos de la soledad en la salud de las personas mayores. *Gerokomos*. 2021; 32(1):22-25.
- (17) Granda-Oblitas A, Quiroz-Gil GX, Runzer-Colmenares FM. Efectos del aislamiento en adultos mayores durante la pandemia de COVID-19: una revisión de la literatura. *Acta Méd. Perú*. 2021; 38(4):305-12.
- (18) Mushtaq R, Shoib S, Shah T, Mushtaq S. Relationship between Loneliness, Psychiatric Disorders and Physical Health? A Review on the Psychological Aspects of Loneliness. *J Clinical Diagn Res*. 2014; 8(9):01-04.
- (19) Caviedes EA. Relación entre el sentimiento de soledad y el bienestar psicológico en adultos mayores del hospital nivel I Carlos Alcántara Butterfield. *Revista científica Alas peruanas* 2016; 3(1):1-12.
- (20) Bonnici M, Zehlicke CM, Ceci R, Debattista D, Salem M, Callus C, Grech M, Cordina J. The effect of stopping visiting hours during the COVID-19 pandemic on loneliness and mood in patients at an intermediate care hospital. *Malta Medical Journal*. 2022; 34(3):32-38.
- (21) Purssell E, Gould D, Chudleigh J. Impact of isolation on hospitalised patients who are infectious: systematic review with meta-analysis. *BMJ Open*. 2020; 10(2):e030371.
- (22) Abizanda P, León M, Romero L, Sánchez PM, Luengo C, Domínguez L, Lozano V. La pérdida funcional al ingreso, principal variable explicativa de discapacidad y mortalidad al alta y al mes en ancianos hospitalizados. 2007; 42(4):201-11.
- (23) Ulloa O, Martínez L, Hernández K, Fernández L. Síndrome de inmovilidad en adultos mayores del Policlínico Bernardo Posse del municipio San Miguel del Padrón. *Gac Méd Espirit*. 2019; 21(3):30-39.

- (24) Menéndez R, Mauleón MC, Condorhuaman P, González JI. Aspectos terapéuticos de los grandes síndromes geriátricos. Tratamientos farmacológicos y no farmacológicos. Indicaciones. *Medicine*. 2017; 12(46):2743-54.
- (25) Alquézar A, Vicente L. Caídas en ancianos institucionalizados. *Gerokomos*. 2021; 32(4):221-23.
- (26) González-Ruiz de León C, Pérez-Haro ML, Jalón-Monzón A, García-Rodríguez J. Actualización en incontinencia urinaria femenina. *Semergen*. 2017; 43(8):578-84.
- (27) Martín C, Carnero MP. Prevalencia y factores asociados a incontinencia urinaria en el área de salud este de Valladolid. *Enfermería Global*. 2020; 19(57):390-412.
- (28) MedlinePlus en español [Internet]. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina (EE. UU.); [actualizada el 2 de febrero de 2021; acceso 1 de marzo de 2023]. Incontinencia urinaria; Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/urinaryincontinence.html#>
- (29) Chiang H, Valdevenito R, Mercado A. Incontinencia urinaria en el adulto mayor. *Rev Med Clin Condes*. 2018; 29(2):232-41.
- (30) Vallejo JM, Rodríguez M. Prevalencia del deterioro cognitivo leve en mayores institucionalizados. *Gerokomos*. 2010; 21(4):153-57.
- (31) Miguel CdM. Estandarización del diagnóstico y plan de cuidados enfermero ante el "Riesgo del síndrome de la Fragilidad del Anciano". *Ene*. 2020; 14(2):1-21.
- (32) Gómez E, Avendaño A, Cortés EB, García R, Abizanda P. Prevalencia de fragilidad en adultos mayores hospitalizados. Revisión sistemática. *Rev Esp Salud Pública*. 2021; 95(1):1-34.
- (33) Plaza-Carmona M, Requena-Hernández C, Jiménez-Mola S. Factores predictores del delirium en pacientes octogenarios hospitalizados por fractura de cadera. *Index de Enfermería*. 2021; 30(1-2):19-23.
- (34) Espinel Z, Fitzmaurice C, Kauffman M, Munoz O, Shultz J. Decreasing Loneliness and Social Isolation during the COVID Pandemic using Cancer Support Services: Case Study of a Geriatric Patient with Diffuse Large B-cell Lymphoma. *Psycho-Oncology*. 2022; 31(Suppl 1):87.
- (35) Corregidor-Sánchez AI, Polonio-López B, Martín-Conty JL, Rodríguez-Hernández M, Mordillo-Mateos L, Schez-Sobrino S, Et al. Exergames to Prevent the Secondary Functional Deterioration of Older Adults during Hospitalization and Isolation Periods during the COVID-19 Pandemic. *MPDI*. 2021; 13(14):7932.

- (36) Duque L, Rincón EE, León VE. Apoyo emocional de las familias a los pacientes en Unidades de Cuidados Intensivos: revisión bibliográfica. *Ene.* 2020; 14(3). e14308 [Epub ahead of print].
- (37) Rico-Urbe L, Caballero F, Martín MN, Ayuso-Mateos JL, Miret M. Association of loneliness with all-cause mortality: A meta-analysis. *PloSone.* 2018; 13(1):e0190033. [Epub ahead of print].
- (38) Morejón A, Rodríguez Y, Lima H, Hernández N, Martínez BM. Deterioro cognitivo leve en ancianos hospitalizados en el servicio de Geriatria. Hospital Clínico Quirúrgico "Comandante Faustino Pérez Hernández" 2016-2017. *Dominio de las Ciencias.* 2021; 7 Supl 1: 346-63.
- (39) Espericueta-Gómez K, Kawano-Soto CA, Dehesa-López E, Peraza-Garay FdJ. Factores asociados con el desarrollo de delirium en pacientes adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina interna. *Rev Med UAS.* 2022; 11(4):311-19.
- (40) Vazquez FJ, Benchimol J, Giunta D, Cafferata C, Freixas A, Vallone M, et al. Delirium en ancianos hospitalizados. Seguimiento de 18 meses. *Medicina (B. Aires)* 2010; 70(1):8-14.
- (41) Vicente A, Sánchez A. La soledad y el aislamiento social en las personas mayores. *Studia Zamorensia.* 2020; 19:15-32.
- (42) Gual N, García M, Pérez ML. Diagnóstico del delirium en pacientes con demencia, un gran reto. *ScienceDirect.* 2019; 153(7):284-89.
- (43) Torres S, Mena B, González G, Zubieta A, Torres NM, Acosta GI, et al. Escalas de tamizaje cognitivo en habla hispana: una revisión crítica. *ScienceDirect.* 2022; 37(1):53-60.
- (44) Llamuca JG, Macías YK, Miranda JL, Tapia VdC. Test Minimental para el diagnóstico temprano del deterioro cognitivo. *INNOVA Research Journal* 2020; 5(3):315-28.
- (45) Lorente T, Olivera FJ, Benabarre S, Rodríguez M, Solans B, Giménez AC. Rendimiento diagnóstico de los test cognitivos aplicados desde atención primaria. Concordancia y validez de los test de cribado. *Aten Primaria.* 2010; 42(4):226-32.
- (46) Carnero C, Rego I, Barrios JM, Blanco S, Calle R, López S, et al. Evaluación de la utilidad diagnóstica y validez discriminativa del Test del Reloj y del Mini-Cog en la detección del deterioro cognitivo. 2018; 37(1):13-20.
- (47) Gómez SM, Cuadrado ML, Cruz I, Martínez EM, Gordo R, Fernández C, et al. Validación de la versión española de la Escala Cognitiva de Montreal (MoCA) como herramienta

- de cribado de deterioro cognitivo asociado a la esclerosis múltiple. *ScienceDirect*. 2022; 37(9):726-34.
- (48) Haernández L, Calet N, González JA. Análisis acústico de la voz para la detección del deterioro cognitivo. *ScienceDirect*. 2020; 40(2):67-76.
- (49) Cibeira N, Lorenzo L, Maseda A, López R, Moreno P, Millán JC. Realidad virtual como herramienta de prevención, diagnóstico y tratamiento del deterioro cognitivo en personas mayores: revisión sistemática. *Rev. Neurol*. 2020; 71(6):205-12.
- (50) Torres I, Cabrera I, Díaz A, Valenza G, Moreno MP, Valenza MC. Physical and Functional Impairment During and After Hospitalization in Subjects With Severe COPD Exacerbation. *Respiratory Care*. 2017; 62(2):209-14.
- (51) Graf C. Functional decline in hospitalized older adults. *Am J Nurs*. 2006; 106(1):58-68.
- (52) García-Cruz JC, García-Peña, C. Impacto de la fragilidad sobre el estado funcional en ancianos hospitalizados. 2016; 54(2):177-185.
- (53) Coca DJ, Castelblanco SM, Chavarro-Carvajal DA, Venegas-Sanabria LC. Complicaciones hospitalarias en una unidad geriátrica de agudos. *Biomédica*. 2021; 41(2):293-301.
- (54) Carla M. Perissinotto M, MHS, Irena Stijacic Cenzer MA, Kenneth E. Covinsky MD. Loneliness in Older Persons. A Predictor of Functional Decline and Death. *Arch Intern Med*. 2012; 172(14):1078-84.
- (55) Osuna-Pozo CM, Ortiz-Alonso J, Vidán M, Ferreira G, Serra-Rexach JA. Revisión sobre el deterioro funcional en el anciano asociado al ingreso por enfermedad aguda. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2014; 49(2):77-89.
- (56) Lozano MJ, Chavarro-Carvajal DA. Deterioro funcional hospitalario. Revisión y actualización con una perspectiva orientada a mejorar la calidad de atención del anciano. *Universitas Médica*. 2017; 58(3). [Epub ahead of print].
- (57) Ibarra JL, Fernández MJ, Viviana E, Pozo AF, Antillanca B, Quidequeo DG. Efectos del reposo prolongado en adultos mayores hospitalizados. *An Fac Med*. 2017; 78(4):439-44.
- (58) Ocampo-Chaparro JM, Mosquera-Jiménez JI, Davis AS, Reyes-Ortiz CA. Deterioro funcional asociado al deterioro cognitivo en el anciano hospitalizado. 2017; 53(1):19-22.

- (59) Torres LÁ, Milena S, Orlando F, Yomayusa N, Cárdenas HM, Hernández C. Análisis del riesgo de deterioro funcional y sociofamiliar en el adulto mayor hospitalizado. *Rev.Médica.Sanitas*. 2019; 22(1):6-16.
- (60) Marchal L, Valero M, Lampérez S, Ferrer L. Escalas de valoración del deterioro funcional en el anciano. *PortalesMédicos.com*. 2020 Mar 27 [Epub ahead of print].
- (61) Basile K, McPhie K, Carter I, Alderson S, Rahman H, Donovan L, et al. Cell-based Culture Informs Infectivity and Safe De-Isolation Assessments in Patients with Coronavirus Disease 2019. *Clin Infect Dis*. 2021; 73(9):2952-59.
- (62) Sanz PJ. El juego divierte, forma, socializa y cura. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2019; 21(83):307-12.
- (63) López-Luis N, Roda-Bueno Á, Terán-Martín M, Martínez-Alberto CE, Fernández-Gutiérrez DÁ, Brito-Brito PR, et al. Cribado del deterioro cognitivo: fiabilidad del test MEC-35 cuando es aplicado por enfermeras comunitarias. *Ene*. 2022; 16(2). 1366.
- (64) Mencacci LA. Test del dibujo del reloj. Nuevos criterios de puntuación. *Areté* 2020; 20(1):1-8.
- (65) González-Rodríguez R, Gandoy-Crego M, Díaz MC. Determinación de la situación de dependencia funcional. Revisión sobre los instrumentos de evaluación más utilizados. *Gerokomos* 2017;28(4):184-188.
- (66) Cardona JL, Villamil MM, Henao E, Quintero Á. Validación de la escala ESTE para medir la soledad de la población adulta. *Investigación y Educación en Enfermería*. 2010; 28(3):416-427.
- (67) Carnero-Pardo C, Rego-García I, Barrios-López JM, Blanco-Madera S, Calle-Calle R, López-Alcalde S, et al. Evaluación de la utilidad diagnóstica y validez discriminativa del Test del Reloj y del Mini-Cog en la detección del deterioro cognitivo. *Sociedad española de neurología*.2018; 37(2022):13-20.

Anexos

Anexo 1. Mini – Mental State Examination (MMSE)/Test de Lobo

Paciente Edad

Ocupación Escolaridad

Examinado por Fecha

ORIENTACIÓN

- Día
- Año
- Mes
- Estación
- Lugar/hospital – piso
- Localidad
- Provincia
- País

FIJACIÓN

- Repita las palabras: peseta, caballo, manzana (hasta que las aprenda)

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

- Problema matemático.
- Repita los números 5, 9, 2 (hasta aprenderlos) y posteriormente, citarlos hacia atrás.

MEMORIA

- ¿Recuerda las 3 palabras de antes?

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

- Mostrar un bolígrafo y preguntarle qué es. Hacer lo mismo con un reloj.
- Repita la frase: “en un trigal había 5 perros”.
- Una manzana y una pera son frutas, ¿verdad?, ¿qué son el rojo y el verde?
- ¿Qué son un perro y un gato?
- Coja este papel con la mano derecha, dóblelo y póngalo encima de la mesa.
- Lea esto y haga lo que dice: “CIERRA LOS OJOS”.
- Escriba una frase.
- Copie este dibujo:



Puntuación máxima: 35 puntos.

Punto de corte:

- Adulto no geriátrico: 24 puntos.
- Adulto geriátrico: 20 puntos.

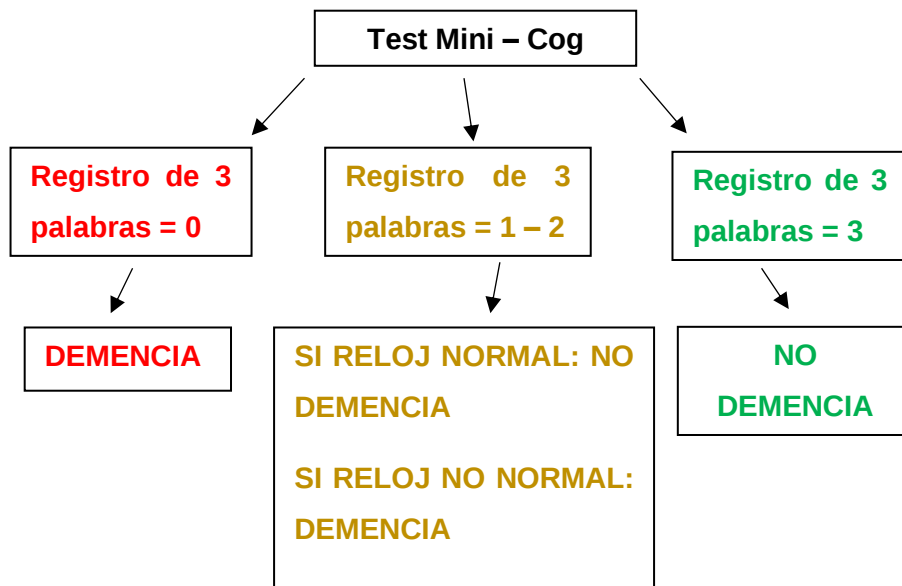
Elaboración propia a partir de: López-Luis, N; Roda-Bueno, Á; Terán-Martín, M; Martínez-Alberto, CM; Fernández-Gutiérrez, DA; Brito-Brito, PN – 14 de noviembre – 2022 (63)

Anexo 2. Test del Reloj

Dibujo de la esfera	Máximo 10 puntos
Dibujo de los números	Máximo 5 puntos
Dibujo de las agujas	Máximo 5 puntos
Puntuación: - No deterioro cognitive si total = 10. - Deterioro cognitive si total <10	

Elaboración propia a partir de: Mencacci, L.A – 14 de mayo – 2020 (64).

Anexo 3. Mini – Cog



Elaboración propia a partir de: Carnero-Pardo, C; Rego-García, I; Barrios-López, JM; Blanco-Madera, S; Calle-Calle, R; López-Alcalde, S – 2 de diciembre – 2018 (67).

Anexo 4. Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA)

Capacidad visoespacial (5 puntos)	Dibujo reloj	3 puntos
	Copiar cubo	2 puntos
Identificación	Nombrar 3 animales poco familiares	3 puntos
Atención/concentración (2 puntos)	Secuencia numérica directa	1 punto
	Secuencia numérica indirecta	1 punto
Lenguaje (3 puntos)	2 frases sintácticamente complejas	2 puntos
	Test de fluencia verbal	1 punto
Funciones ejecutivas/abstracción (4 puntos)	Test de fluencia verbal	-
	Trail Making B Test	1 punto
	Tareas de abstracción verbal	2 puntos
Memoria a corto plazo	Recuerdo de 5 palabras a los 5 minutos.	5 puntos
Orientación	4 preguntas orientación temporal y 2 de orientación espacial	6 puntos
Deterioro cognitivo si: puntuación < 26. Puntuación máxima = 30 puntos		

Elaboración propia a partir de: S.M Gómez, M.L Cuadrado, I Cruz, E.M Martínez, R. Gordo, C. Fernández y R. García – 23 de enero – 2020 (47).

Anexo 5. Índice de Barthel

Alimentación	0 = incapaz 5 = necesita ayuda 10 = independiente
Lavado	0 = incapaz 5 = necesita ayuda 10 = independiente
Vestirse	0 = incapaz 5 = necesita ayuda 10 = independiente
Aseo	0 = incapaz 5 = necesita ayuda 10 = independiente
Uso del retrete	0 = incapaz 5 = necesita ayuda 10 = independiente
Transferencia del cuerpo	0 = incapaz 5 = necesita ayuda 10 = independiente
Deambulaci3n	0 = incapaz 5 = necesita ayuda 10 = independiente
Dificultad para subir y bajar escaleras	0 = incapaz 5 = necesita ayuda 10 = independiente
Deposici3n	0 = incapaz 5 = necesita ayuda 10 = independiente
Micci3n	0 = incapaz 5 = necesita ayuda 10 = independiente
TOTAL: Si 0 puntos = m1xima dependencia Si 100 puntos = independencia	

Elaboraci3n propia a partir de: Gonz1lez-Rodr3guez R, Gandoy-Crego M, D3az MC– 14 de marzo – 2017 (65).

Anexo 6. Índice de Katz

Baño
Vestido
Uso del retrete
Movilización
Continencia
Alimentación
• Independiente en todas sus funciones. • Independiente en todas las funciones menos en una de ellas. • Independiente en todas las funciones menos en el baño y otra cualquiera. • Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido y otra cualquiera. • Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del retrete y otra cualquiera. • Independencia en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del retrete, movilidad y otra cualquiera de los dos restantes. • Dependiente en todas las funciones. • Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como C, D, E o F
Se considera persona independiente si no necesita ayuda para realizar estas funciones o emplea ayuda mecánica
Se considera persona dependiente cuando necesita ayuda para desempeñar estas funciones o estar supervisada para llevarlas a cabo.

Elaboración propia a partir de: Marchal, L; Valero, M; Lampérez, S; Ferrer, L – 17 de marzo – 2020 (60).

Anexo 7. Escala de Lawton y Brody

Capacidad para usar el teléfono	0 = dependiente 1 = independiente
Hacer la compra	0 = dependiente 1 = independiente
Preparar la comida	0 = dependiente 1 = independiente
Limpieza del hogar	0 = dependiente 1 = independiente
Lavar la ropa	0 = dependiente 1 = independiente
Viajar en transporte público	0 = dependiente 1 = independiente
Responsabilidad de su medicación	0 = dependiente 1 = independiente
Administración de la economía	0 = dependiente 1 = independiente
Puntuación: Máxima dependencia: 0 puntos. Máxima independencia: 8 puntos	

Elaboración propia a partir de: Elaboración propia a partir de: Marchal, L; Valero, M; Lampérez, S; Ferrer, L – 17 de marzo – 2020 (60).

Anexo 8. Escala ESTE – R

Soledad familiar	Mi familia se preocupa por mí	1 = nunca 2 = casi nunca 3 = a veces 4 = casi siempre 5 = siempre
	No hay nadie de mi familia que me preste su apoyo, aunque me gustaría	1 = nunca 2 = casi nunca 3 = a veces 4 = casi siempre 5 = siempre
	Realmente me preocupo por mi familia	1 = nunca 2 = casi nunca 3 = a veces 4 = casi siempre 5 = siempre
	Realmente pertenezco a mi familia	1 = nunca 2 = casi nunca 3 = a veces 4 = casi siempre 5 = siempre
	Mi familia es importante para mí	1 = nunca 2 = casi nunca 3 = a veces 4 = casi siempre 5 = siempre
	Me siento cercano a mi familia	1 = nunca 2 = casi nunca 3 = a veces 4 = casi siempre 5 = siempre
	Me siento solo cuando estoy con mi familia	1 = nunca 2 = casi nunca 3 = a veces 4 = casi siempre 5 = siempre

	Me siento aislado, sin apoyo o comprensión cuando cuento mis problemas	1 = nunca 2 = casi nunca 3 = a veces 4 = casi siempre 5 = siempre
	No me siento importante para nadie	1 = nunca 2 = casi nunca 3 = a veces 4 = casi siempre 5 = siempre
	Me siento aislado de los demás	1 = nunca 2 = casi nunca 3 = a veces 4 = casi siempre 5 = siempre
	Ya no tengo a nadie cerca de mí	1 = nunca 2 = casi nunca 3 = a veces 4 = casi siempre 5 = siempre
	Mis amigos y familiares realmente me entienden	1 = nunca 2 = casi nunca 3 = a veces 4 = casi siempre 5 = siempre
	Me siento solo	1 = nunca 2 = casi nunca 3 = a veces 4 = casi siempre 5 = siempre
Soledad conyugal	Tengo a alguien que quiere compartir su vida conmigo	1 = nunca 2 = casi nunca 3 = a veces 4 = casi siempre 5 = siempre
	Estoy enamorado de alguien que me ama	1 = nunca 2 = casi nunca

		3 = a veces 4 = casi siempre 5 = siempre
	Tengo un compañero sentimental que me da el apoyo y aliento que necesito	1 = nunca 2 = casi nunca 3 = a veces 4 = casi siempre 5 = siempre
	Tengo a alguien que llena mis necesidades emocionales	1 = nunca 2 = casi nunca 3 = a veces 4 = casi siempre 5 = siempre
	Contribuyo a que mi pareja sea feliz	1 = nunca 2 = casi nunca 3 = a veces 4 = casi siempre 5 = siempre
Soledad social	Tengo amigos a los que recurrir cuando necesito consejo	1 = nunca 2 = casi nunca 3 = a veces 4 = casi siempre 5 = siempre
	Tengo amigos con los que comparto mis opiniones	1 = nunca 2 = casi nunca 3 = a veces 4 = casi siempre 5 = siempre
	Mis amigos entienden mis intenciones y opiniones	1 = nunca 2 = casi nunca 3 = a veces 4 = casi siempre 5 = siempre
	Podría contar con mis amigos si necesitara recibir ayuda	1 = nunca 2 = casi nunca 3 = a veces 4 = casi siempre

		5 = siempre
	No me siento satisfecho con los amigos que tengo	1 = nunca 2 = casi nunca 3 = a veces 4 = casi siempre 5 = siempre
	No tengo amigos que compartan mis opiniones, aunque me gustaría tenerlos	1 = nunca 2 = casi nunca 3 = a veces 4 = casi siempre 5 = siempre
	Me gusta la gente con la que salgo	1 = nunca 2 = casi nunca 3 = a veces 4 = casi siempre 5 = siempre
Crisis existencial	Me encuentro a gusto con la gente	1 = nunca 2 = casi nunca 3 = a veces 4 = casi siempre 5 = siempre
	Lo que es importante para mí no parece ser importante para la gente que conozco	1 = nunca 2 = casi nunca 3 = a veces 4 = casi siempre 5 = siempre
	Estoy preocupado porque no puedo confiar en nadie	1 = nunca 2 = casi nunca 3 = a veces 4 = casi siempre 5 = siempre
	Tengo miedo de muchas cosas	1 = nunca 2 = casi nunca 3 = a veces 4 = casi siempre 5 = siempre

	Siento que no soy interesante	1 = nunca 2 = casi nunca 3 = a veces 4 = casi siempre 5 = siempre
	A medida que me hago mayor las cosas empeoran para mí	1 = nunca 2 = casi nunca 3 = a veces 4 = casi siempre 5 = siempre
	Las cosas insignificantes me molestan ahora más que antes	1 = nunca 2 = casi nunca 3 = a veces 4 = casi siempre 5 = siempre
	Siento que conforme me hago mayor soy menos útil	1 = nunca 2 = casi nunca 3 = a veces 4 = casi siempre 5 = siempre
	A veces siento que la vida no merece la pena vivirla	1 = nunca 2 = casi nunca 3 = a veces 4 = casi siempre 5 = siempre
Puntuación: Soledad familiar: máxima 60 puntos – mínima 12 puntos Soledad conyugal: máxima 25 puntos – mínima: 5 puntos Soledad social: máxima: 25 puntos – mínima 5 puntos Soledad existencial: máxima 40 puntos – mínima 8 puntos		

Elaboración propia a partir de: Cardona, JL; Villamil, MM; Henao, E; Quintero, A – Noviembre – 2010 (66).

Anexo 9. Hoja de recogida de datos

Nombre:.....

NHC:.....

Apellidos:.....

Edad:.....

Género: Femenino / Masculino

Duración del ingreso:.....

Presencia de familiares durante el ingreso: Sí / No

Nivel de soledad percibido previo a la intervención:

Bajo ☐ Medio ☐ Alto ☐

Nivel de soledad percibido posterior a la intervención:

Bajo ☐ Medio ☐ Alto ☐

Nivel de deterioro cognitivo previo a la intervención:

Bajo ☐ Medio ☐ Alto ☐

Nivel de deterioro cognitivo posterior a la intervención:

Bajo ☐ Medio ☐ Alto ☐

Nivel de deterioro funcional previo a la intervención:

Bajo ☐ Medio ☐ Alto ☐

Nivel de deterioro funcional posterior a la intervención:

Bajo ☐ Medio ☐ Alto ☐

Anexo 10. Consentimiento informado.

Elaboración propia.

D./Dña, de años de edad y con DNI/NIE nº:.....

Manifiesto que he leído y comprendido la hoja de información entregada, pudiendo realizar todas las preguntas que considere necesarias sobre el estudio en el que participaré, y que he recibido información clara y suficiente sobre este.

Entiendo que participaré de manera totalmente voluntaria y que puedo retirarme en cualquier momento sin estar obligado a dar explicación alguna, sin que ello afecte a mis cuidados médicos.

Presto libremente mi conformidad para participar en el Estudio experimental de título *“Estudio experimental sobre la recuperación del paciente geriátrico hospitalizado que dispone de salas comunes en la planta, respecto del paciente geriátrico hospitalizado en soledad”*.

He sido informado/a de que mis datos personales serán protegidos e incluidos en un fichero bajo la garantía de protección del Reglamento General de Protección de Datos (RGPD), del 25 de mayo de 2018, con el que se deroga la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, que hace referencia a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales.

He sido informado de que la participación en el estudio experimental no supone ningún riesgo para la salud.

Considerando lo mencionado anteriormente, otorgo mi consentimiento para cubrir los objetivos especificados en el estudio.

Madrid, a....., de de 2023