

Diseño y validación de la escala THRISOL para el triaje de riesgo social en hospitales de grupo I

Design and validation of THRISOL scale for social risk triaje in group I hospitals

Autores: Proyecto THRISOL Componentes: Ana Belén Salamanca Castro (1), María José Jiménez Agudo (2), María Arribas Medina (2), Vicenta Barbero Ovejero (2), Guadalupe Calvo González (2), Celia Camino Granado (2), Lourdes Castellano del Pozo (2), María del Carmen Chacón Alonso (2), Pilar Espallargas Moya (3), Dara Guillén Salguero (2), María del Mar Martín Pascual (2), Micaela Ramírez Navarro (2), Clotilde Pose Becerra (4), Eva Belén Sánchez Rivas (2).

Dirección de contacto: asalacas@gmail.com

Fecha recepción: 19/07/2018

Aceptado para su publicación: 17/12/2018

Fecha de la versión definitiva: 29/12/2018

Resumen

El riesgo social es definido como la posibilidad de que una persona sufra un daño que tiene su origen en una causa social. Algunos estudios señalan que la identificación precoz del riesgo social y la priorización del mismo por parte del personal sanitario en el ámbito hospitalario reducen el número de estancias que se deben prolongar por criterios sociales, pero actualmente no existe ningún cuestionario validado para el triaje de riesgo social en pacientes hospitalizados. Objetivo: diseñar y validar una escala de triaje de riesgo social (escala THRISOL) para su aplicación en personas atendidas en hospitales de grupo I. Metodología. El diseño de la escala tendrá dos etapas: en primer lugar, se realizará una revisión bibliográfica para identificar indicadores de riesgo social que, posteriormente, serán valorados por trabajadores sociales con el fin de asignar a cada ítem un valor escalar. Se validará la versión piloto de la escala en una muestra de pacientes y se realizará un análisis factorial para identificar la estructura subyacente de la escala, eliminando aquellos ítems con baja saturación. La versión definitiva será aplicada a otra muestra de pacientes para calcular su validez y fiabilidad y la proporción de clasificaciones correctas y se fijarán puntos de corte priorizando la sensibilidad de la escala. Relevancia. El triaje de riesgo social facilitará la valoración sistemática del patrón social del paciente. Además, la identificación precoz de un posible riesgo social mejorará el funcionamiento social del paciente al alta y garantizará una mejor continuidad asistencial

Palabras clave

Riesgo Social; Triaje; Clasificación de la Prioridad Asistencial; Hospitalización; Evaluación en Enfermería.

Abstract

Social risk is defined as the possibility of one person from being injured because of any reason related to a social problem. Some studies points out that praecox identification of social risk and its prioritization by health professionals in hospitals reduce the number of hospital inpatients stays which must be prorogued because of social reasons, but nowadays, there is no validated questionnaire for social risk triage in hospitalized patients. Objective: to design and validate a social risk triage scale (THRISOL scale) to be applied in people attended in group I hospitals. Social risk triage in hospitals will allow the selection and classification of patients in several risk levels so that an appropriate attention related to the identified social risk level could be developed. Methodology: the scale design will have to stages: first of all, a bibliographic review will be performed to identify social risk indicators which, afterwards, will be evaluated by social workers in order to assign a scalar value to each item. The pilot version of the scale will be applied in a sample of patients and a factorial analysis will be performed to identify the underlying structure of the scale, removing those items with low saturation. The final version will be applied in other sample of patients to estimate its validity, reliability and the proportion of correct classifications and the cut-off points will be established, giving priority to the sensibility of the scale. Relevance. Social risk triage provide the systematic valuation of the social patron of the patient. Besides, praecox identification of a possible social risk will improve the social functioning of the patient on discharge and it will ensure a better continuity of care.

Key words

Social Risk; Triage; Assistance Priority Classification; Hospitalization; Nursing Assessment.

Categoría profesional y lugar de trabajo

(1) Enfermera; (2) Trabajadora Social; (3) Enfermera. Jefa de Servicio de Atención al Paciente; (4) Enfermera. Subdirectora de Enfermería. Hospital Universitario 12 de Octubre (Madrid, España).

INTRODUCCIÓN

El investigador social Titmuss afirmaba que el mundo está compuesto por distintos modelos cada uno con sus propias prioridades, principios de justicia e igualdad (1). De hecho, el término riesgo social, aunque como Balsells indica actualmente sigue siendo un término ambiguo, se encuentra mediado por lo que la sociedad y/o la cultura define como normativo (2) y, como Berga apunta, pueden ser considerados "desviados" o "de riesgo" los colectivos que cuestionan los fundamentos normativos de la sociedad mayoritaria (3). Balsells explica que el término riesgo social frecuentemente aparece relacionado con otros términos que pueden ser afines tales como exclusión social, conflicto social, inadaptación social, vulnerabilidad social, inadaptación social, soledad e incluso con las diferentes dimensiones del maltrato (2,4-6) y por ello, como Trigo apunta, depende del marco teórico que se utilice (7). Además, el carácter normativo del término se ve apoyado por el hecho de que este sea también definido desde un punto de vista legal, especialmente en el caso de menores, donde el riesgo social se define en términos de necesidades no satisfechas, fundamentándose en las necesidades recogidas en la Convención sobre los Derechos del Niño, de 20 de noviembre de 1989 (8), por lo que es un término próximo a los conceptos de abandono y maltrato.

En el caso de población adulta, el riesgo social suele ser definido como la posibilidad de que una persona sufra un daño que tiene su origen en una causa social, llegando a manifestarse o no un problema social en función de las fortalezas o debilidades que presente la persona; por tanto, también en este caso el riesgo social es un concepto ligado a las condiciones del entorno que rodea al individuo (4), y como tal, el riesgo social sirve de puente de unión entre lo social y la salud, enlazando con la percepción del ser humano como una entidad bio-psico-social y mostrando asimismo la influencia que los factores sociales tiene sobre la salud de las personas, cuya importancia ya fue reconocida en el documento "A new perspective on health of Canadians. A Working Document" (comúnmente conocido como Informe Lalonde), publicado en el año 1974 y que supuso un cambio en las políticas sanitarias, puesto que mostraba que los factores sociales y el medio ambiente eran dos de los factores más determinantes en la salud de las personas (9).

En el caso de menores, como ya se ha apuntado, existe un mayor consenso para definir riesgo social a partir de la existencia de necesidades no cubiertas

en el menor y, en algunos casos, tales necesidades son establecidas como derechos regulados por diferentes normas y leyes.

En el ámbito español, la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil (10), supusieron el marco regulador de los derechos de los menores de edad, garantizándoles una protección uniforme en todo el territorio del Estado. Actualmente, es la Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia la que tiene por objetivo continuar garantizar dicha protección mediante la introducción de los cambios necesarios en la legislación española de protección a la infancia y a la adolescencia (11).

Nogué et al. (12), utilizan la perspectiva de la pirámide de Maslow como modelo sobre el que establecen las necesidades que deben ser cubiertas en los niños, indicando que la cobertura de las necesidades básicas debe hacerse de forma equilibrada (es decir, cubriéndose todos los escalones de la pirámide de un modo aceptable) porque de lo contrario, según estos autores, existiría una situación de riesgo más o menos grave. Nogué et al. también plantean que las situaciones de riesgo social en niños se pueden enfocar desde diferentes puntos de vista: las centradas en el entorno (entornos poco favorables o inhibidores de los factores de desarrollo necesarios para los menores y sus derechos inalienables), las centradas en el rol parental y familiar (mala responsabilidad ejercida por parte de los padres o los cuidadores para la privación y/o violación de los derechos del niño), las centradas en el individuo (problemas de salud mental o discapacidades, entre otros) y las multicausales o interactivas, que incluyen el resto de características y sus interacciones dinámicas (12). Es esta última perspectiva la que, para Nogué et al., se toma como referencia al ser la más completa, y se traduce en un modelo ecológico-sistémico donde existe una relación dinámica entre los diferentes sistemas, que se encuentran inmersos en modificaciones e interacciones constantes (12). Para Nogué et al. esta forma de entender el riesgo social deviene del modelo ecológico del desarrollo humano propuesto por Bronfenbrenner en 1979 (12), quien define el desarrollo humano como (citado por Suárez): "un cambio perdurable en el modo en que una persona percibe su ambiente y se desarrolla con él". Esto, como Suarez afirma, supone, un cambio de orientación desde la persona al ambiente en el que está inmersa (13) y ayuda a comprender las relaciones entre los niños

y adolescentes y el contexto social en el que se desarrollan (considerando, dentro del contexto social, tanto el entorno más próximo al individuo, en el que se incluyen los comportamientos y roles que desempeña; como el nivel que atañe a la cultura y valores sociales establecidos, que se considera como parte del macrosistema), ya que Bronfenbrenner entiende que la interacción persona-ambiente es bidireccional y recíproca, ya que la persona reestructura el medio en el que vive, y lo que acontece en el ambiente, a su vez, influye en el desarrollo de la persona (12,13).

Páez Cala (citado por Cala y Soriano), además establece la utilidad del modelo ecológico de Bronfenbrenner para explicar la influencia que la sociedad tiene en los estilos de vida. Según Páez Cala, el citado modelo ecológico permite integrar las conceptualizaciones que, desde diferentes corrientes sociales, se habían desarrollado para explicar a partir de una perspectiva sociológica los estilos de vida, y permite representarlos como una combinación de microniveles y macroniveles sociales, a partir de los elementos comunes del estilo de vida de una sociedad, los elementos estructurales de la sociedad y las ideología y valores que se reflejan en las actitudes (14).

Afín a las definiciones indicadas sobre riesgo social en adultos, y a modo de síntesis de todos lo expuesto para población adulta y menores, encontramos la establecida por Comes et al., quienes definen el riesgo social en menores como *"la suma de todas aquellas condiciones desfavorables, circunstancias psico-sociales, familiares o individuales, que hacen que determinados niños no tengan las posibilidades mínimas para desarrollar sus capacidades ni de encontrar respuestas adecuadas a sus necesidades básicas"* (15). Observamos cómo esta última definición aúna tanto la existencia de necesidades no cubiertas (que, como ya se ha comentado, es un elemento esencial en las definiciones de riesgo social en menores) con las condiciones y circunstancias que rodean al individuo (que es un elemento axial en las definiciones para la población adulta). Estos autores, además, enumeran algunos factores o indicadores de riesgo social pertenecientes a la esfera personal, familiar y social del niño y afirman que es la combinación de diversos factores la que dará indicios de la existencia de una situación que puede convertirse en riesgo social ya que, como ellos mismos indican al definir el constructo, la existencia de un solo factor no supone la existencia de riesgo social sino que es la suma de determinadas circunstancias y condiciones las que resultarán en la existencia de riesgo social (15).

De hecho, y debido a que, como ya se ha indicado, la hospitalización supone una situación disruptiva y, en mayor o menor grado, un cambio en muchas (si no en todas) las esferas de la persona, el personal de enfermería realiza una valoración sistemática del paciente en el momento del ingreso (y de forma continua durante el proceso asistencial, con el fin de identificar cambios en el paciente que no se hubieran detectado o no estuvieran presentes al ingreso). Por este motivo, independientemente de cuál sea el modelo de valoración utilizado, la valoración del paciente incluye la evaluación de aspectos relacionados con todos los ámbitos en los que la persona se define (físico, psicológico y social), ya que desde esta disciplina el paciente es entendido como un ser holístico. Para realizar su valoración, las enfermeras cuentan con diferentes herramientas validadas (algunas de ellas a nivel internacional) que permiten una valoración sistemática y objetiva. El resultado de la valoración realizada condiciona la posterior atención al paciente prestada por parte del personal de enfermería y por otras disciplinas.

La hospitalización en sí misma supone una situación de crisis para el paciente y su familia (que es aún más estresante en los entornos con fragilidad social) (16) y por este motivo, las Unidades de Trabajo Social en Atención Especializada se ocupan de estudiar, valorar, planificar y desarrollar estrategias de intervención social dirigidas a resolver los problemas socio-familiares de las personas enfermas y de sus redes sociales más próximas para que la enfermedad no sea motivo de pérdida de calidad de vida (17). Así, la participación de los trabajadores sociales en la planificación del alta hospitalaria es fundamental para garantizar la continuidad en la atención del paciente pues, como Colom indica, el alta debe producirse cuando se asegure que el paciente: tiene capacidad para seguir las indicaciones terapéuticas, cuenta con un entorno favorable que le apoya y cuida, tiene asegurada la continuidad de la asistencia, y no entraña riesgos para la persona ni para su entorno (18). Pero la adecuada planificación del alta supone la necesidad de una intervención proactiva por parte de los trabajadores sociales y, para ello, es preciso disponer de instrumentos que permitan identificar precozmente la necesidad de una intervención por parte de la unidad de trabajo social hospitalaria, ya que la intervención de los trabajadores sociales desde el ingreso hospitalario reduce las estancias de las personas mayores de 65 años en situación de riesgo social (17). Además, la derivación precoz realizada por personal sanitario con criterios de riesgo social específicos hace posi-

ble que el alta de trabajo social coincida con el alta médica, anticipándose incluso si la intervención por parte de los trabajadores sociales es priorizada por criterios de riesgo social medibles desde el ingreso del paciente (17).

A tenor de estos resultados, podemos concluir que la identificación precoz del riesgo social supone una garantía de calidad para la atención del paciente y su familia a la vez que favorece la adecuada gestión de los recursos, ya que reduce el número de estancias prolongadas por criterios sociales. Como consecuencia, parece necesario disponer de una herramienta validada que permita el triaje de riesgo social durante su asistencia hospitalaria para que el personal sanitario sea capaz de identificar precozmente un posible riesgo social, alertando de la necesidad de atención por parte de la Unidad de Trabajo Social Hospitalaria, con el fin de garantizar una adecuada atención. Sin embargo, actualmente no existe ningún instrumento validado que los enfermeros puedan aplicar en la valoración del patrón rol-relaciones del individuo en el entorno hospitalario, dado que las escalas que se han desarrollado y validado bien evalúan la situación del individuo en el ámbito comunitario (19) y en el entorno educativo (en el caso de menores) (20,22) y, por tanto, no son capaces de adaptarse a la situación de disrupción y crisis que se produce en el contexto hospitalario. Dentro de las herramientas validadas para evaluar el patrón rol-relaciones encontramos la escala "Gijón" de valoración socio-familiar en el anciano, el cuestionario Apgar Familiar y el cuestionario de apoyo social funcional de Duke (19). De ellas, es la escala "Gijón" de valoración socio-familiar en el anciano la que se utiliza específicamente para la detección de riesgo social en el anciano, pero no se ha estimado la validez de constructo de la escala y, por tanto, no se puede garantizar las inferencias que se realicen a partir de su aplicación ya que no se ha determinado en qué medida la escala evalúa riesgo social y no otros constructos relacionados. Esta escala, además, evalúa aspectos como la vivienda, que son difíciles de evaluar objetivamente desde el entorno hospitalario. Por otro lado, el cuestionario Apgar Familiar evalúa el funcionamiento familiar y, fundamentalmente, el impacto que la función familiar tiene sobre la salud del paciente. Esta escala, aunque tiene unas propiedades psicométricas adecuadas, no es útil para valorar riesgo social, ya que como se ha indicado, el constructo riesgo social se compone de otras dimensiones y esta misma limitación es aplicable al cuestionario de apoyo social funcional de Duke, ya que esta escala evalúa el apoyo social percibido, no riesgo social.

En cuanto a las herramientas validadas específicas para la población pediátrica (20,22), estas se han desarrollado para su aplicación en el ámbito educativo y, por ello, su contenido y extensión (de hasta 90 ítems en algunos casos), hacen que no sean adecuadas para su aplicación en el ámbito hospitalario, ya que los ítems se refieren a aspectos que difícilmente pueden ser valorados de forma objetiva desde el hospital como, por ejemplo, los relacionados con la vivienda, la mendicidad y los olvidos o impuntualidad para recoger al niño del colegio.

El único instrumento validado en el ámbito hospitalario estima la complejidad de la intervención social en adultos ingresados (23) y, aunque obviamente existe una asociación positiva entre el riesgo social y la complejidad del caso desde el punto de vista de la atención de las trabajadoras sociales, existen muchas otras variables intervinientes que hacen que no pueda estimarse el riesgo social a partir de la complejidad de la intervención social exclusivamente.

Además, dadas las diferencias conceptuales en la definición de riesgo social en adultos y menores, no parece que una misma escala pueda ser válida para su aplicación en ambas poblaciones, y ninguna de las herramientas validadas expuestas tiene una versión específica en función de la edad del paciente.

En el Hospital Universitario 12 de Octubre la derivación de paciente a la Unidad de Trabajo Social Hospitalaria es realizada por el personal sanitario (medicina y enfermería) atendiendo a 17 criterios definidos por consenso entre las trabajadoras sociales y las enfermeras para su aplicación tanto en población adulta como infantil. Se establece que el cumplimiento de uno de los señalados como importantes o de dos de los que se consideran menos importantes es condición suficiente para que el paciente sea derivado a la citada unidad. No obstante, esta forma de proceder supone una pérdida de información potencial (ya que, en ocasiones, el cumplimiento de un solo criterio ya hace que el paciente sea remitido a las trabajadoras sociales) y no facilita una priorización de la atención, ya que no se dispone de un valor objetivo que permita la ponderación de los ítems que componen la escala y, como consecuencia, no es posible priorizar la atención al paciente (lo que supondría la optimización de los recursos) ni organizar el tiempo de trabajo que se prevé el paciente precisará para su atención por parte de la trabajadora social. Además, al no contar con una herramienta validada para realizar la derivación, no se puede garantizar la fiabilidad y validez de la esca-

la utilizada y, por tanto, no se puede estimar el error cometido ni interpretar las puntuaciones obtenidas, y/o realizar inferencias a partir de esas puntuaciones ya que la interpretación y generalización de las puntuaciones solo es posible si la herramienta tiene una validez de constructo aceptable.

Como consecuencia de lo expuesto, se planteó el presente proyecto, con el objetivo de diseñar y validar una escala que permita el triaje del riesgo social que sea capaz de clasificar a los pacientes en diferentes niveles según el grado en el que se sospecha la existencia de riesgo social y permitir la priorización de la atención (por parte del Unidad de Trabajo Social Hospitalaria) para la valoración de los pacientes en función del nivel de riesgo social asignado.

OBJETIVO

Objetivo general:

Diseñar y validar una escala para el triaje hospitalario de riesgo social (escala THRISOL) en personas atendidas en hospitales de grupo I

Objetivos específicos:

Evaluar las propiedades psicométricas del instrumento diseñado, estableciendo su fiabilidad, validez y dimensionalidad.

Estimar la proporción de clasificaciones correctas, así como la sensibilidad, especificidad y valores predictivos del instrumento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Titmuss R. Política Social. Barcelona: Ariel; 1981.
2. Balsells MA. Procesos didácticos y educación no formal. [Tesis Doctoral]. Universitat de Lleida; 1998.
3. Berga i Timoneda A. Aprendiendo a ser amadas. La maternidad de las adolescentes como una estrategia llena de sentido en contextos de riesgo social. Papers. 2010, 95(2):277-299.
4. Popo E, Kenyon S, Dann S-A, MacArthur C, Blissett J (2017) Effects of lay support for pregnant women with social risk factors on infant development and maternal psychological health at 12 months postpartum. PLoS ONE 12(8): e0182544. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0182544>
5. Panchón C. Intervención con familias en situaciones de "alto riesgo social". Comunicación, Lenguaje y Educación. 1995. 27:61-74
6. Guseva S, Dombrovskis V, Capulis S. Intervention and sports for adolescent girls from complete families with social risk. 5th icCSBs 2017 The Annual International Conference on Cognitive-Social, and Behavioural Sciences. United Kingdom: 2017
7. Trigo Muñoz F. Indicators of risk in families receiving attention from social services. Psychology in Spain. 1998; 2(1):66-75
8. Resolución 44/25, de 20 de noviembre de 1989. Convención sobre los Derechos del Niño, de 20 de noviembre de 1989. [Citado 4 abr 2018]. Disponible en: <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/44/25&Lang=S>
9. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. A Working Document. Ottawa: Minister of National Health and Welfare. 1974. p. 31-34
10. Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. Boletín Oficial del Estado, nº 15, (17 ene 1996)
11. Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. Boletín Oficial del Estado, nº 180, (29 jul 2015)
12. Nogué A, Olmedo A, Fustler N, Reverter F. Modelo de prevención y detección de situaciones de riesgo social en la infancia y la adolescencia. Diputación de Barcelona, 2009. p.23-25
13. Suarez Relinque C. Entre ciencia y experiencia: un estudio cualitativo del consumo de alcohol en estudiantes. 2014 [Tesis doctoral]. p. 25-34 [Citado 12 jun 2018]. Disponible en: <https://www.uv.es/lisis/cristian/cs2014/tesis-csuarez.pdf>
14. Cala VC, Soriano E. Health education from an ecological perspective. Adaptation of the Bronfenbrenner model from an experience with adolescents. Procedia Social and Behavioral Sciences. 2014. 132:49-57
15. Comes G, Guasch M, Martí E, Ponce C, Vives M. Servicios y recursos socioeducativos para la atención a la infancia y adolescencia en riesgo social en Cataluña. Atención educativa a la diversidad en el nuevo milenio. A Coruña: 2001. [Citado 5 jun 2018]. Disponible en: <https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/11112/CC-63%20art%2074.pdf?sequence=1>

16. Pai N, Kandasamy S, Uleryk E, Maguire JL. Social risk screening for paediatric inpatients. Clin. Pediatr. 2016;55(4):1289-1294
17. Rodríguez Fernández MJ, García Lizana A, González Ramírez MR, García García MA. Trabajo social con pacientes pluripatológicos hospitalizados: intervención precoz en situaciones de riesgo social. Portularia. 2013. 13(1):67-76
18. Colom D. La planificación del alta hospitalaria. MIRA; 2015.
19. Gallud J, Guirao Goris JA. (Coords). Escalas e instrumentos para la valoración en Atención Domiciliaria. Generalitat Valenciana; 2004. p. 42-56
20. Observatorio de la Infancia en Andalucía. VALÓRAME. Instrumento para la valoración de la gravedad de las situaciones de riesgo, desprotección y desamparo de la infancia y adolescencia en Andalucía. 2a ed. Junta de Andalucía; Granada: 2016. 160 p.
21. Díaz Aguado MJ, Martínez Arias R, Varona Sánchez B, Balo González JM, Bonet Pertusa R, Calderón Aparicio A, et al. Infancia en situación de riesgo social. Un instrumento para su detección a través de la escuela. Madrid: Consejería de Educación y Cultura de la Comunidad de Madrid; Madrid: 1996.
22. Díaz Aguado MJ, Martínez Arias R, Varona Sánchez B, Balo González JM, Bonet Pertusa R, Calderón Aparicio A, et al. La educación infantil y el riesgo social. Su evaluación y tratamiento. Un instrumento para la detección de niños y niñas de tres a seis años a través de la escuela. Consejería de Educación y Cultura de la Comunidad de Madrid; Madrid: 2001.
23. Morro Fernández L. Factores sociofamiliares y estancia hospitalaria: la complejidad de la intervención social en el área de la psiquiatría de agudos. Aplicación de la Escala ECISACH-BCN PSMAR. [Family and social factors and hospital stay: the complexity of social intervention in the area of acute psychiatry. Application of the ECISACH-BCN PSMAR Scale]. Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social. 2017. [Citado 23 feb 2018]. Disponible en: <https://doi.org/10.14198/ALTERN2017.24.08>

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Para alcanzar el objetivo planteado se desarrollará un estudio de validación de un instrumento de medida.

Debido a los diferentes matices que la definición de riesgo social en población adulta y pediátrica presentan (como ya se ha indicado, en el caso de población infantil el riesgo social se encuentra, además regulado por normas específicas en aras a garantizar la cobertura de las necesidades básicas de los niños/as), y dado que, como se explicará a continuación, la escala estará compuesta por ítems que contendrán diferentes valores escalares en función de su valoración por parte de los profesionales que desarrollan su labor en Unidades de Trabajo Social Hospitalario, se considera necesario desarrollar dos escalas: una para su aplicación en población adulta y otra específica para población pediátrica. De este modo, la saturación para el constructo riesgo social podrá ser mayor en cada una de las escalas específicas, habida cuenta de las diferencias ya expuestas en la delimitación del constructo para la población adulta (y/o anciana) y la población pediátrica (que englobaría a las personas menores de 18 años).

Población de estudio

La población de estudio serán las personas atendidas en hospitales de grupo I del territorio español, que acepten su participación en el estudio.

La selección de la muestra se hará mediante un muestreo por conglomerados bietápico, puesto que se seleccionará, mediante una técnica de muestreo consecutivo, una muestra (tanto de población adulta como pediátrica) de cada uno de los hospitales que participen en el estudio, que serán considerados los conglomerados. El tamaño de la muestra en cada conglomerado se determinará mediante un criterio de afijación proporcional, para que el tamaño de cada una de las muestras sea proporcional al tamaño de la población atendida en cada uno de los hospitales participantes en el estudio.

Para el pilotaje se estima que será necesario un total de 200 sujetos, mientras que para la validación de la escala definitiva serán necesarios, aproximadamente, 10 sujetos por cada ítem que tenga la versión definitiva la escala.

Metodología y análisis de la información

Se construirá una escala sumativa compuesta por ítems dicotómicos, ya que cada ítem de la escala tendrá dos niveles (sí/no) en función de si el paciente presenta o no el indicador de riesgo evaluado. A cada indicador de riesgo (ítem del cuestionario) le corresponderá un valor escalar (que se calculará como se indica a continuación). Si el pa-

ciente presenta el indicador de riesgo (es decir, si el ítem toma el valor "sí"), se sumará la puntuación del valor escalar correspondiente, de tal forma que la puntuación total del sujeto en la escala será igual a la suma de los valores escalares de los ítems que el paciente presenta (y que por ello, ha tomado el valor "sí" en el triaje realizado por el personal sanitario que administra la escala). En función de la puntuación obtenida, al paciente se le asignará un nivel de sospecha de riesgo social que, a su vez, irá asociado a un tiempo máximo de espera para ser atendido.

El estudio de validación se desarrollará en las siguientes etapas:

1. Elaboración de la versión piloto de la escala: en esta fase se desarrollará una prueba piloto del test.

A partir de la búsqueda bibliográfica y de las dimensiones de riesgo social identificadas, se procederá a desglosar las citadas dimensiones en indicadores de riesgo, que serán seleccionados teniendo en cuenta que los indicadores deben ser: relevantes para el criterio que se pretende medir, libres de sesgo (dado que deben actuar de forma diferencial en determinados grupos), fiables (en cuanto a su estabilidad temporal) y accesibles para su determinación. Posteriormente, en un proceso de operativización, los indicadores de riesgo social y sus dimensiones serán traducidos a elementos medibles, que conformarán los ítems de la escala piloto. Cada ítem será definido (en un documento anexo) en base a la bibliografía consultada y a los documentos de consenso, con el fin de establecer una definición operativa de cada uno de ellos.

Esta etapa, a su vez, se desglosa en las siguientes fases:

1. Desarrollo de la prueba de jueces: se contactará con responsables de las Unidades de Trabajo Social Hospitalaria de diferentes hospitales de grupo I del territorio nacional, invitándoles a participar en el estudio. Se considerará suficiente una muestra de trabajadores sociales de 50 profesionales, aunque se estimará el coeficiente de ambigüedad como medida de fiabilidad interjueces con el fin de determinar si es preciso aumentar el número de trabajadores sociales por existir una elevada variabilidad (coeficiente de ambigüedad ≥ 2.5). En esta fase, cada trabajador social asignará valores escalares (puntuaciones) a cada uno de los

indicadores de riesgo identificados (ítems de la versión piloto). Para ello, cada profesional determinará, en una escala Likert de 6 categorías (nada, muy poco, poco, bastante, mucho, muchísimo) cuál es el grado en el que el ítem puede considerarse como un indicador de riesgo social. Para tal fin, el trabajador social recibirá, además del documento para la valoración, un documento adjunto con las definiciones operativas de cada ítem que deberán ser leídas antes de emitir su juicio, evitando así posibles discrepancias en las definiciones entre distintos centros o, incluso entre diferentes profesionales.

Los resultados de los juicios emitidos por cada uno de los jueces ante cada ítem se ordenarán en una matriz, donde las columnas representarán las distintas categorías de la escala Likert y las filas los distintos ítems que han sido evaluados por los jueces; de tal forma que cada uno de los elementos de la citada matriz indicará el número de veces que cada ítem ha sido asignado a cada categoría. Para una primera estimación del valor escalar se calculará la mediana de la distribución de frecuencias de cada ítem. La fiabilidad interjueces se estimará a partir del coeficiente de ambigüedad, eliminándose aquellos ítems en los que su valor sea igual o superior a 2.5

Asimismo, a los trabajadores sociales que actúen de jueces se les pedirá que realicen las objeciones relacionadas con las definiciones de los ítems que consideren oportunas, como parte de la validación de contenido.

2. Redacción de los ítems de la versión piloto y evaluación por grupo de expertos: Para ello se utilizarán enunciados cortos, evitando la ambigüedad. Cada ítem de la versión piloto expresará un solo indicador y se utilizará, preferiblemente, la forma afirmativa para su redacción, con el fin de facilitar su comprensión.

Asimismo, se revisará la definición operativa de los ítems de la versión piloto teniendo en cuenta las aportaciones efectuadas en la fase anterior.

3. Elaboración del documento para las instrucciones de administración. Con la finalidad de que todas las personas que deban aplicar la escala entiendan perfectamente lo que deban hacer, se redactará un documento con

las instrucciones para la cumplimentación de la versión piloto. En el mismo se indicará, además del objetivo de la escala y de la importancia de la correcta cumplimentación de la misma, las consideraciones que han de ser tenidas en cuenta para que esta pueda ser aplicada sin sesgos ni errores. Asimismo, se informará sobre el tiempo máximo que se estima necesario para rellenar la escala.

4. Revisión crítica de los ítems y de las instrucciones de administración por un grupo de expertos:

A continuación, se solicitará la revisión de la versión piloto de la escala por parte de expertos en la validación de cuestionarios, de trabajadoras sociales que desarrollen su labor en unidades de trabajo social hospitalarias y de profesionales sanitarios (puesto que ellos serán quienes apliquen la escala). Estas personas (que no habrán intervenido en la redacción de los ítems) emitirán sus juicios indicando si la redacción de los ítems cumple los requisitos establecidos anteriormente, con el fin de detectar la interpretabilidad de los ítems que componen la escala.

Además, las personas que realicen la revisión de la versión piloto (que pertenecerán, como se ha indicado, a todas las disciplinas implicadas en el proyecto e incluirán a personas expertas en la validación de instrumentos de medida) evaluarán, asimismo, el tipo de instrucciones facilitadas al personal sanitario (enfermería y medicina) para su cumplimentación y la información contenida en el glosario para la discriminación de los distintos enunciados, habida cuenta de que serán estos profesionales quienes administrarán la escala para el triaje de riesgo social.

Asimismo, se pedirá al grupo de expertos que emitan su opinión acerca de si los ítems pueden considerarse relevantes y representativos de las dimensiones del constructo riesgo social, lo que servirá como una primera aproximación a la validez de contenido y de constructo de la versión piloto, si bien la validez de constructo será evaluada, de forma más exhaustiva, mediante el análisis factorial de los ítems.

5. Estimación del punto de corte de la prueba piloto y las categorías en las que los sujetos serán clasificados. A continuación, se esti-

marán los puntos de corte de la escala. Para ello, se utilizará el método de los grupos de contraste, determinando la intersección de las distribuciones el valor del punto de corte.

6. Aplicación de la prueba piloto a una muestra de sujetos. Para ello, se contactará con las Direcciones de Enfermería, las Direcciones Médicas y con las Direcciones de Gestión de los centros implicados con objeto de explicarles el propósito del estudio y el valor de la colaboración de sus profesionales.

El contacto se hará, en primer lugar, mediante el envío de una carta de presentación del estudio y, posteriormente, mediante una entrevista (presencial, online o telefónica) con la persona designada por cada Dirección de Enfermería y Dirección de Gestión con el objeto de informarles sobre el contenido de su colaboración, las instrucciones para la cumplimentación de la escala y se resolverán las posibles dudas que puedan surgir.

A los centros que acepten participar en esta fase del estudio les será remitido, mediante correo postal certificado, la documentación necesaria para la cumplimentación de la escala de valoración (hoja de instrucciones, y el formulario de la versión piloto de la escala). Cada centro administrará la escala piloto a la muestra de sujetos que se haya calculado.

7. Evaluación de las características psicométricas la escala piloto.

La consistencia interna del test se evaluará mediante el análisis de la varianza y la covarianza de las respuestas a los ítems. Para ello, se utilizará el coeficiente alfa (α) de Cronbach.

La utilización de técnicas estadísticas englobadas bajo el epígrafe de análisis factorial servirá para evaluar la validez de constructo y conocer cuáles son las dimensiones que mide la escala. En concreto, se realizará un análisis factorial exploratorio con el fin de confirmar si los datos se ajustan a las dimensiones de riesgo social identificadas en la bibliografía y/o si existen otros factores comunes. Posteriormente, se realizará un análisis factorial confirmatorio con el fin de demostrar la validez de constructo, evaluando la correspondencia entre el constructo riesgo social y cada dato. Para ello, se dividirá la

muestra aleatoriamente en dos submuestras. En la primera se explorará la estructura factorial subyacente, mientras que la segunda submuestra se utilizará para confirmar o no esa estructura. Antes del análisis factorial, y tras haber evaluado la existencia de casos atípicos y confirmado el cumplimiento de los supuestos del análisis factorial (normalidad, linealidad y multicolinealidad), se evaluará la interrelación de los ítems mediante el test de esfericidad de Bartlett (considerándose como significativos valores de $p < 0.05$) y el índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), (considerándose una interrelación satisfactoria si el valor es mayor o igual a 0,70). Para la extracción de factores se utilizará el método de máxima verosimilitud o el método de ejes principales, en función de si los datos presentan o no una distribución normal multivariada, determinándose el número de factores a partir del análisis paralelo. Los factores iniciales serán sometidos a una rotación oblicua (Oblimin), inicialmente, y si alguna correlación es inferior a 0.32, se realizará una rotación ortogonal (Varimax).

En el caso del análisis factorial confirmatorio, se utilizará, como índice de bondad de ajuste el estadístico Chi cuadrado relativo (chi cuadrado / grados de libertad), considerando como buen ajuste un valor menor a 5 y el índice de ajuste no normado (NNFI) de Tucker y Lewis. Como índices de error del modelo se considerarán el error cuadrático medio de aproximación (RMSEA) y el residuo estandarizado cuadrático medio (SRMR). El ajuste se considerará aceptable si el SRMR y el RMSEA no alcanzan 0,05 y el NNFI supera 0,95.

Para el análisis de la validez de criterio, se calculará el coeficiente Kappa de Cohen como estimador de la fiabilidad interjueces con el fin de evaluar el grado de acuerdo entre el nivel de riesgo asignado en el triaje y la obtenida en el criterio (tiempo máximo de espera establecido por las trabajadoras sociales para cada nivel de sospecha de riesgo). Para ello, trabajadores sociales que pertenezcan a la Unidad de Trabajo Social Hospitalaria del centro donde se ha atendido al paciente (que no conozcan el caso), obtendrán una descripción del paciente para lo que se les indicará los ítems en los que el paciente puntuó de forma afirmativa (es decir, los ítems en los que se ha seleccionado el valor "sí") y deberán indi-

car cuál es el tiempo máximo de espera para que un paciente, con esas características, sea atendido, lo que servirá para el estudio de la validez concurrente de la escala. Se considerará aceptable un valor de coeficiente de Kappa superior a 0.20.

2. Revisión de la prueba piloto y elaboración de la versión definitiva la escala. Se eliminarán aquellos ítems que se hayan identificado como ambiguos o cuya saturación con el constructo sea baja (carga factorial $< 0,60$).

3. Aplicación de la versión definitiva y evaluación de sus características psicométricas. En el caso la escala definitiva la fiabilidad y validez se hallarán utilizando los mismos test estadísticos que los utilizados para la versión piloto, donde también se considerarán bajas cargas factoriales inferiores a 0,60.

Además, se realizará un análisis descriptivo de las variables recogidas. Para ello, se realizará un análisis univariante a través de los datos sociodemográficos de la muestra, estimándose las frecuencias y porcentajes en el caso de variables cualitativas y la media y desviación típica (o la mediana junto al rango intercuartílico si la distribución es asimétrica) para las variables cuantitativas. Asimismo, se realizarán análisis bivariantes entre las variables a través de los estadísticos Chi cuadrado (en el caso de variables categóricas), y los test de la t de Student y ANOVA (en el caso de contrastar variables cualitativas y cuantitativas, en función del número de categorías de la variable) o sus variantes no paramétricas si procede.

Para estimar la validez de criterio, se calculará el coeficiente de validez de la escala (mediante correlación biserial) y se hallará a continuación la ecuación de regresión lineal, la varianza residual y el coeficiente de determinación, coeficiente de alienación y coeficiente de valor predictivo, con el fin de estimar la capacidad del test para pronosticar el criterio.

Por otro lado, se calculará la proporción de clasificaciones correctas y la sensibilidad y especificidad de la escala, fijándose puntos de corte que supongan un menor número de falsos negativos.

4. Elaboración del informe final y difusión de los resultados. Los resultados del estudio serán difundidos en congresos y publicaciones de ámbito nacional y/o internacional.

Asimismo, dado el carácter multidisciplinar del estudio, se realizarán jornadas para su difusión entre los diferentes colectivos implicados (trabajadores sociales, enfermeros y médicos).

Consideraciones éticas

Actualmente, como ya se ha indicado, la valoración del riesgo social es una de las evaluaciones que se realiza en el paciente ingresado, conforme a los criterios consensuados entre las trabajadoras sociales y las enfermeras, sin que el paciente deba, por tanto, autorizar que la citada valoración sea efectuada. Por tanto, el presente proyecto supone una mejora en los criterios de valoración actuales, permitiendo una ponderación del nivel de riesgo social a partir de los valores escalares asignados a cada ítem de la escala.

No obstante, el presente proyecto fue remitido a la Comisión de Investigación del Instituto de Investigación Hospital 12 de Octubre para su evaluación (TP17/0339), valorando la citada comisión que el proyecto no precisaba la aprobación del Comité de Ética de la Investigación, dado el ámbito de la investigación a desarrollar y la normativa vigente.

Limitaciones

Habida cuenta de las diferencias ya expuestas en la definición de riesgo social y de las diferentes perspectivas desde las que se aborda este constructo, la fiabilidad de la escala será limitada, ya que ninguna escala podrá recoger las múltiples definiciones de riesgo social. No obstante, las dimensiones de riesgo social (personal, familiar y social) sí formarán parte de las dimensiones de la escala y, en aras a conseguir una adecuada validez de constructo, se desarrollarán dos escalas: una para menores de 18 años y otra para población adulta (y/o anciana), ya

que la bibliografía muestra diferencias en la definición de riesgo social en función de si el individuo es o no mayor de edad.

CRONOGRAMA

El estudio se desarrollará en las siguientes etapas:

1. Elaboración de la versión piloto la escala (9 meses)

En esta etapa se desarrollará una prueba piloto del test. Dentro de ella, las actividades a realizar serán: identificación de los indicadores que componen el constructo, el desarrollo de la prueba de jueces y asignación de valores escalares a cada ítem, la redacción de los ítems del cuestionario piloto y su revisión crítica por parte de un grupo de expertos, la estimación de los puntos de corte y de las categorías en las que los sujetos serán clasificados y se aplicará la prueba piloto cuyas características psicométricas serán posteriormente evaluadas.

2. Revisión de la prueba piloto y elaboración de la versión definitiva la escala (3 meses)

Se eliminarán aquellos ítems que se haya identificado que presentan ambigüedad o cuya saturación con el constructo sea baja.

3. Aplicación de la versión definitiva y evaluación de sus características psicométricas (6 meses)

Se evaluarán las propiedades psicométricas de la escala definitiva, estableciendo su la fiabilidad, validez y dimensionalidad.

4. Elaboración del informe final y difusión de los resultados (2 meses)

Los resultados del estudio serán difundidos en congresos y publicaciones de ámbito nacional y/o internacional.

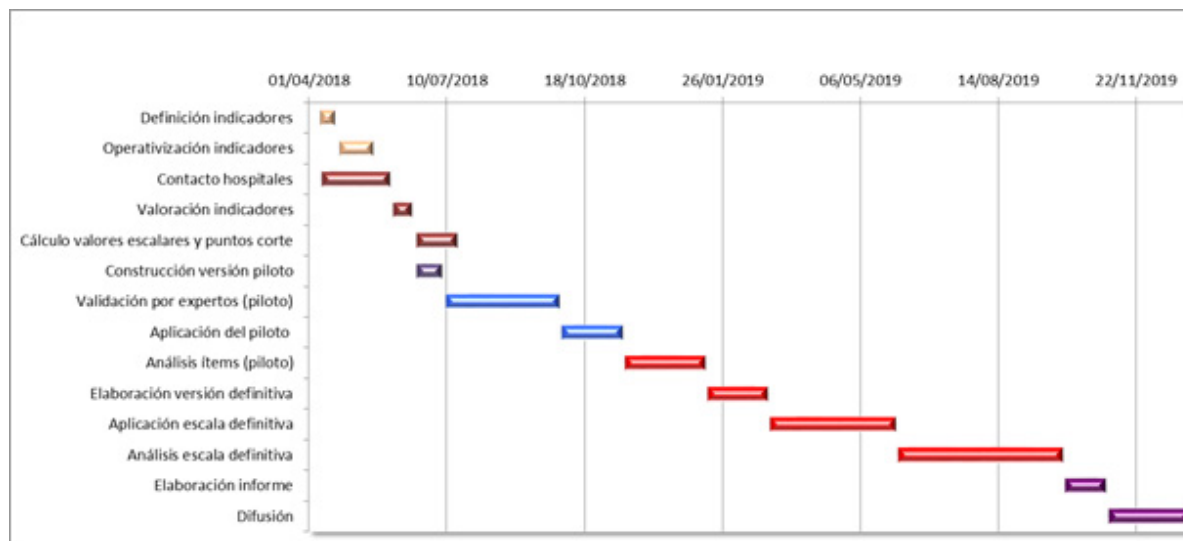


Figura 1. Cronograma del estudio

APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS

Para enfermería, contar con una herramienta validada para el triaje de riesgo social posibilitará la sistematización de la valoración social del paciente, proporcionando criterios objetivos y cuantificables para ello, posibilitando la identificación precoz de problemas de índole social.

La identificación precoz de un posible riesgo social hará posible la intervención proactiva de los trabajadores sociales, lo que redundará en un mejor funcionamiento social del paciente y su familia al alta hospitalaria y garantizará una mejor continuidad asistencial.

El triaje de riesgo social ayudará a los trabajadores sociales en la organización de su trabajo, permitiéndoles establecer unos criterios temporales

máximos para la atención en función de la severidad de riesgo social estimada en el triaje, facilitará una valoración rápida y ordenada de los usuarios y garantizará una atención adecuada en función de la gravedad que presenta cada persona, optimizando así la gestión de los recursos disponibles que, además, podrán ser mejor estimados en función de la carga de trabajo asociada a cada nivel de riesgo.

AGRADECIMIENTOS

El presente proyecto se desarrollará gracias a una ayuda para la intensificación de la actividad investigadora para personal del área de enfermería otorgada a la coordinadora del proyecto, por el Instituto de Investigación del Hospital Universitario 12 de Octubre (Ref. i+12-AY15-2017).