

**Universidad Nacional Autónoma de México.**

**Facultad de Medicina.**

**Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”.**

**“Experiencia solitaria negativa como factor de riesgo para deterioro cognitivo en el adulto mayor”.**

**TESIS**

**Para obtener el título de  
Especialista en Psiquiatría.**

**PRESENTA:**

**Dra. Fernanda Rojas Miranda.**

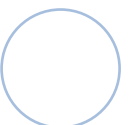
**Dra. Alicia Juliana Peláez Sierra.**

**Asesor Teórico.**

**Mtra. Janet Jiménez Genchi.**

**Asesor Metodológico.**

**Ciudad de México, 2016.**





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **AGRADECIMIENTOS**

Quiero agradecer a todos aquellos que me dieron soporte y me apoyaron a siempre a seguir adelante para realizar mi especialidad y la tesis para la obtención de título de psiquiatra.

Primero, quiero agradecer a la Dra. Alicia Juliana Peláez Sierra por aceptar apoyarme en esta aventura como asesora teórica y siempre tener las palabras correctas para hacer todo más sencillo, reconfortarme y guiarme. A la Maestra Janet Jiménez Genchi por darse tiempo para escuchar mis diferentes ideas, por orientarme y poseer una paciencia inmensa, creer en mí y apoyarme para lograrlo en tiempo y forma.

A Antonio Camacho por estar a mi lado brindándome soporte, por apoyarme, animándome a siempre seguir adelante, admirándome y reconfortándome cuando más lo necesitaba. A mi madre y hermana por sentirse orgullosas por mis logros, estando siempre ahí para apoyarme y tolerar con paciencia y amor mis ausencias.

A mis amigas, especialmente a Karla Castro que siempre con el ejemplo, las palabras correctas y la escucha atenta supiste enfocarme, hacer que me mantuviera en el camino y ayudarme a lograr mis objetivos; a Roxana Rosas que con tu ternura y apoyo incondicional me animaste en todo el proceso; a ambas por ser grandes compañeras de aventura para lograr nuestros sueños. A Albano de Mendoça y su familia por su confianza, la diversión y apoyo para la concreción de la tesis.

A la institución “Hospital Fray Bernardino Álvarez” directivos y profesores por ser el lugar que me aceptó y me abrió las puertas para que lograra mi sueño de ser Psiquiatra.

A mis pacientes por permitirme aprender junto con ellos.

Sobre todo, gracias a mí por la tenacidad, ilusión, interés, entrega física y emocional y alegría que puse en cada fase del camino para ser psiquiatra.

## ÍNDICE:

	<b>Página.</b>
<b>1.- Introducción.</b>	<b>10</b>
<b>2.- Marco teórico.</b>	<b>11</b>
<b>2.1 Concepto de soledad y su historia.</b>	<b>11</b>
<b>2.2 Experiencia solitaria negativa y salud.</b>	<b>15</b>
<b>2.3 Experiencia solitaria negativa y cognición.</b>	<b>17</b>
<b>2.3.1 Cognición, envejecimiento y deterioro cognitivo.</b>	<b>17</b>
<b>2.3.2 Experiencia solitaria negativa y deterioro cognitivo.</b>	<b>20</b>
<b>2.4. Estudios realizados previamente sobre experiencia solitaria negativa en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”.</b>	<b>26</b>
<b>2.5 Escalas de medición de soledad.</b>	<b>28</b>
<b>3.- Método.</b>	<b>31</b>
<b>3.1 Justificación.</b>	<b>31</b>
<b>3.2 Planteamiento de problema y pregunta de investigación.</b>	<b>31</b>

<b>3.3</b>	<b>Objetivos general y específico.</b>	<b>32</b>
<b>3.4</b>	<b>Hipótesis.</b>	<b>33</b>
<b>3.5</b>	<b>Variables.</b>	<b>33</b>
<b>3.6</b>	<b>Muestra.</b>	<b>36</b>
<b>3.7</b>	<b>Criterios de selección.</b>	<b>36</b>
<b>3.8</b>	<b>Alcance del estudio.</b>	<b>37</b>
<b>3.9</b>	<b>Instrumentos de medición.</b>	<b>37</b>
<b>3.10</b>	<b>Procedimiento.</b>	<b>41</b>
<b>3.11</b>	<b>Consideraciones éticas.</b>	<b>42</b>
<b>4.</b>	<b>Análisis estadístico.</b>	<b>44</b>
<b>5.</b>	<b>Resultados.</b>	<b>45</b>
<b>6.</b>	<b>Discusión.</b>	<b>60</b>
<b>7.</b>	<b>Conclusión.</b>	<b>63</b>
<b>8.</b>	<b>Referencias bibliográficas.</b>	<b>64</b>

<b>9. Anexos.</b>	<b>73</b>
<b>Anexo A. Carta de consentimiento informado.</b>	<b>74</b>
<b>Anexo B. Carta de consentimiento del jefe de servicio donde se realizó el estudio.</b>	<b>76</b>
<b>Anexo C. Cédula de datos.</b>	<b>77</b>
<b>Anexo D. Mini Inventario Neuropsiquiátrico Internacional.</b>	<b>78</b>
<b>Anexo E. Escala de depresión de Yesavage 15 ítems.</b>	<b>79</b>
<b>Anexo F. Escala de soledad IMSOL-AM.</b>	<b>80</b>
<b>Anexo G. Mini examen del estado mental de Folstein.</b>	<b>81</b>
<b>Anexo H. Evaluación cognitiva de Montreal.</b>	<b>83</b>

## **LISTA DE CUADROS, GRÁFICAS Y ABREVIATURAS.**

<b>Cuadro 1. Otras definiciones de experiencia solitaria o soledad.</b>	<b>10</b>
<b>Cuadro 2. Aproximaciones teóricas para explicar el fenómeno soledad.</b>	<b>12</b>
<b>Cuadro 3. Otras escalas multidimensionales para medir soledad.</b>	<b>28</b>
<b>Cuadro 4. Conceptualización, operacionalización y nivel de medición de variables de investigación.</b>	<b>32</b>
<b>Cuadro 5. Distribución por sexo HPFBA 2016.</b>	<b>43</b>
<b>Cuadro 6. Distribución porcentual por estado civil HPFBA 2016.</b>	<b>44</b>
<b>Cuadro 7. Distribución de escolaridad por sexo HPFBA 2016.</b>	<b>44</b>
<b>Cuadro 8. Frecuencia de trastorno psiquiátrico afectivo y estado civil HPFBA 2016.</b>	<b>45</b>
<b>Cuadro 9. Frecuencia de trastorno psiquiátrico y convivencia familiar HPFBA 2016.</b>	<b>46</b>
<b>Cuadro 10. Frecuencia de trastorno psiquiátrico y comorbilidad HPFBA 2016.</b>	<b>46</b>
<b>Cuadro 11. Frecuencia de insatisfacción personal por severidad HPFBA 2016.</b>	<b>47</b>
<b>Cuadro 12. Frecuencia de alienación por severidad y sexo HPFBA 2016.</b>	<b>48</b>

<b>Cuadro 13. Frecuencia de IMSOL-AM (total) por severidad y sexo HPFBA 2016.</b>	<b>48</b>
<b>Cuadro 14. Frecuencia de déficit cognoscitivo por severidad y sexo (Minimental) HPFBA 2016.</b>	<b>50</b>
<b>Cuadro 15. Frecuencia de deterioro cognitivo por severidad y sexo (MOCA) HPFBA 2016.</b>	<b>50</b>
<b>Cuadro 16. Asociación entre experiencia solitaria global y deterioro cognitivo según MOCA.</b>	<b>51</b>
<b>Cuadro 17. Asociación entre experiencia solitaria global y deterioro cognitivo según MMSE.</b>	<b>52</b>
<b>Cuadro 18. Asociación entre experiencia solitaria global y deterioro cognitivo según MMSE y MOCA.</b>	<b>53</b>
<b>Cuadro 19. Asociación entre subescala alienación familiar IMSOL-AM y MOCA según el trastorno psiquiátrico.</b>	<b>55</b>
<b>Cuadro 20. Asociación entre subescala insatisfacción personal IMSOL-AM y MOCA según el trastorno psiquiátrico.</b>	<b>56</b>
<b>Cuadro 21. Asociación entre subescala alienación familiar IMSOL-AM y MMSE según el trastorno psiquiátrico.</b>	<b>57</b>
<b>Cuadro 22. Asociación entre subescala insatisfacción personal IMSOL-AM y MMSE según el trastorno psiquiátrico.</b>	<b>58</b>



## **ABREVIATURAS**

- HPFBA: Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”.
- MINI: Mini Inventario Neuropsiquiátrico Internacional.
- IMSOL- Inventario Multifacético de Soledad para el Adulto Mayor.
- AM:
- MMSE: Mini Examen del Estado Mental de Folstein.
- MOCA: Montreal Cognitive Assessment (inglés) o Evaluación Cognitiva de Montreal.
- UCLA: Universidad de California Los Ángeles.
- ESLA: Escala de Soledad Social y Emocional para Adultos.
- ESLI: Escala Soledad Emocional y Social.
- EMBASE: Excerpta Medica Database o Base de datos Médica.
- CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades.
- DSM: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

**Resumen: Introducción:** México desde hace varios años, está en transición a nivel demográfico y social ya que paulatinamente el número de adultos mayores ha ido en aumento y se ha ido transformando la estructura y modo de vida familiar con una alta movilidad, existiendo gran distancia entre un familiar y otro, menor número de hijos, adultos mayores viviendo solos, lo cual tiene el potencial de incrementar la ocurrencia de aislamiento social y soledad predominantemente en el anciano, asimismo en esta población existe el riesgo de desarrollar deterioro cognitivo por lo que ha sido necesario identificar los factores de riesgo que facilitan su incidencia, por lo que se ha comenzado a estudiar el aislamiento social y la soledad como factor de riesgo para deterioro de la cognición en el adulto mayor; **objetivo:** Identificar si los pacientes de la clínica de trastornos afectivos en psicogeriatría del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez presentan el factor de riesgo de experiencia solitaria negativa y experimentan disminución en el funcionamiento cognitivo en comparación con quienes no lo presentan o lo viven en menor grado durante el periodo comprendido de noviembre de 2015 a febrero de 2016; **material y métodos:** Se utilizaron las escalas IMSOL-AM para la detección de experiencia solitaria negativa en el adulto mayor, Mini Mental de Folstein y Escala cognitiva de Montreal (MOCA) para valoración del funcionamiento cognitivo en 37 participantes seleccionados por muestreo no probabilístico, intencional por cuota, pertenecientes a la clínica de trastornos afectivos de HPFBA, durante los meses de noviembre 2015 a febrero de 2016, que cumplieron los criterios de inclusión; **resultados:** al cruzar ambas pruebas cognitivas juntas y de manera aislada con la variable experiencia solitaria negativa, 25 (65.56%) de los participantes entraron en la clasificación de sin soledad, donde 16 de los sujetos puntuaron para deterioro cognitivo leve y demencia en los dos tests cognitivos, sin encontrarse correlación estadísticamente significativa; **discusión:** En la valoración del objetivo de investigación

inicial sobre la experiencia solitaria negativa como factor de riesgo para deterioro cognitivo resulta interesante que 25 (65.6%) de los participantes no experimentaran soledad, sin embargo, 13 de ellos si presentaron deterioro cognitivo y 3 más en el rango de demencia, por lo que basado en los resultados nos podría mostrar la aparente ausencia de relación entre una variable y otra, no obstante, la muestra es pequeña y difícilmente se puede tomar como resultado concluyente; **conclusiones:** Es necesario un mayor número de participantes que permitan el aumento de significancia estadística para poder establecer resultados concluyentes, asimismo, fue evidente la necesidad de establecer puntos de corte en la escala IMSOL-AM que nos permitan graduar la ausencia y severidad de experiencia solitaria negativa. Palabras clave: **experiencia solitaria negativa, factor de riesgo, deterioro cognitivo, adulto mayor, Mini Mental, MOCA.**

## 1. INTRODUCCIÓN

México desde hace varios años está en transición demográfica con menor índice de natalidad y un aumento en la población de adultos mayores, esto último se vió reflejado en la tasa de crecimiento de 3.45 en el año 2000 incrementándose a 4.26 en 2015 con respecto al número de adultos mayores, lo cual representa el 10.41 % de la población total media de 6, 870, 753 de habitantes en 2015, cuyo índice de envejecimiento fue de 43.21% , en donde los hogares con adultos mayores representaron el 23.28%, sin embargo, a pesar de que este fenómeno se ha ido planteando y viviendo en México los costes económicos y sociales que el envejecimiento sociodemográfico conlleva apenas están siendo bosquejados(1).

El envejecimiento de la población no ha sido el único cambio, dentro de las diversas modificaciones que están ocurriendo a nivel social, la estructura, convivencia y modo de

vida familiar también ha sido trastocada por las nuevas tendencias en la sociedad como la alta movilidad, existiendo gran distancia entre un familiar y otro, menor número de hijos, adultos mayores viviendo solos con menor frecuencia de convivencia con el grupo familiar lo que incrementa la ocurrencia de aislamiento social y soledad, principalmente en el adulto mayor (2). Por otro lado, en relación a este grupo etario, es en esta etapa donde se eleva la incidencia de deterioro cognitivo, por lo que la identificación de factores de riesgo de deterioro cognitivo es determinante debido a las diversas consecuencias que la disminución en la habilidad cognitiva implica para el individuo y la sociedad, como reducción del funcionamiento del individuo de manera efectiva e independiente, riesgo de muerte, discapacidad y demencia, institucionalización, desgaste del cuidador y altos costos en materia de salud, por lo que se ha puesto énfasis en entender los factores mentales, físicos, biológicos y sociales que promueven o afectan el envejecimiento exitoso y de esta búsqueda de entendimiento, han surgido la soledad y el mundo social de los adultos mayores como factor de riesgo para deterioro cognitivo, capturando la atención como objeto de estudio, basado en investigaciones previas sobre su asociación con disminución de las condiciones de salud y bienestar general (3,4); en este sentido, la mayoría de la literatura es exploratoria e inconclusa en cuanto a la relación que existe entre el mundo social y la cognición en el adulto mayor(5), probablemente en parte se deba a la complejidad del ambiente social del individuo, por un lado a nivel estructural y por otro la percepción individual de su red social.

## **2. MARCO TEÓRICO.**

### **2.1 Concepto de soledad y su historia.**

La definición de soledad no puede ser abordada desde un concepto único debido a que se ve influenciada por diferentes aproximaciones teóricas, sin embargo, en el intento de

determinar su significado, Sullivan en 1953 propuso que es la experiencia excesivamente desagradable conectada con la inadecuada descarga de la necesidad de intimidad humana, intimidad interpersonal; más tarde, Weiss amplía las implicaciones de este fenómeno, mencionando que es causada no por estar solo sino por estar solo sin una necesidad definida de relaciones sociales o por un conjunto de relaciones sociales, apareciendo la soledad como una respuesta a la ausencia de algún tipo particular de relación social o con mayor exactitud, una respuesta a la ausencia de alguna particular provisión relacional.

Otras definiciones son mostradas en el cuadro no. 1, sin embargo, más allá del autor con el que se simpatice, todas las definiciones tienen en común reconocer su subjetividad, ya que no necesariamente conlleva un aislamiento social objetivo, la carencia o insuficiencia real o percibida de las relaciones interpersonales y una visión negativa o aversiva de la experiencia solitaria.

#### **Cuadro 1. Otras definiciones de soledad o experiencia solitaria.**

Soledad es un sentimiento de una persona que experimenta un deseo por una forma o nivel de interacción diferente, de uno experimentado en el presente.

Autor: Lopata, 1969, pp 249-250.

La soledad es la experimentación desagradable o inaceptable de un retraso entre las relaciones interpersonales deseadas y las realizadas, particularmente cuando la persona percibe una personal incapacidad para realizar las relaciones sociales deseadas en un periodo de tiempo razonable.

Autor: Jong-Gierveld, 1978, p221.

La soledad es una experiencia desagradable que ocurre cuando la red de relaciones sociales personal es deficiente en una forma importante, cuantitativa o cualitativamente.

Autor: Perlman y Peplau, 1981, p.31.

La soledad es la ausencia percibida de relaciones sociales satisfactorias, acompañada por síntomas de estrés psicológico que está relacionado a la ausencia actual o percibida, proponiendo que las relaciones sociales pueden ser tratadas como una clase particular de refuerzo, por lo tanto, la soledad puede ser vista en parte como una respuesta a la ausencia de un importante refuerzo social

Autor: Young, 1982, p 380.

Información tomada de Sarason IG, Sarason BR. Social Support : Theory, Research and Applications. Loneliness Res. Basic Concepts Find. 1985;270–86 (6).

La soledad no es patrimonio de generaciones pasadas ni presentes, la soledad es un problema real a cualquier edad y predominantemente significativa entre los adultos mayores, sobretodo en sociedades con rápido crecimiento poblacional; inicialmente era un problema asociado a personas sin un grupo familiar definido o un ambiente marginal, tras los avances en su investigación, hoy se conoce que afecta a cualquier persona o clase social; sus orígenes se remontan hasta escritos filosóficos y las artes, sin embargo, fue objeto de estudio hasta 1970 cuando las ciencias sociales se enfocaron en ella, más tarde en 1982 se publicó el primer libro de Leticia A. Peplau y Daniel Pearlman que abordaba formalmente este tema, en el cual se recabaron diferentes aproximaciones teóricas sobre este tópico, dentro de las cuales se encontraban la cognitiva, existencial, interaccional, fenomenológica, psicodinámica, sociológica y sistémica, con lo cual se fue estructurando este concepto basado en teorías e hipótesis empíricas y paulatinamente fue incrementando el sustento teórico del concepto soledad y los enfoques se redujeron a dos principales componentes, el afectivo, haciendo referencia a la experiencia emocional negativa de

soledad y el cognitivo, que aborda la discrepancia entre las relaciones sociales alcanzadas y las deseadas sin que hayan dejado de existir las otras aproximaciones teóricas, no obstante, la reducción de que es entendido por soledad permite el acercamiento a un marco de referencia unificado en la investigación sobre este concepto(7). En el cuadro no. 2 se mencionan algunas teorías descritas en el libro de Soledad: Un enfoque integrativo.

<b>Cuadro 2. Aproximaciones teóricas para explicar el fenómeno soledad.</b>	
Cognitiva (Peplau y Perlman, 1982).	Basada en la discrepancia entre el modelo de relaciones sociales actual y el deseado.
Existencial (Moustakas, 1961).	También diferencia entre diferentes tipos de soledad, uno principal, existencial, cuyo significado es la soledad como parte de la condición humana, pero también otro basado en la ansiedad.
Interaccional (Weiss, 1973).	Abordaje multidimensional, planteando diferentes tipos de soledad, incluyendo la emocional y social.
Fenomenológica (Roger, 1961).	
Privación/aislamiento (Derlega y Margulis, 1982).	
Psicodinámica (Fromm-Reichmann,1959).	Entendimiento de la experiencia solitaria basado en el apego del infante hacia la madre, mediante el cual, el niño experimenta el vínculo emocional y la manera de conectar con otros, pero también el sentimiento de soledad cuando otras personas significativas están fuera de la vista.
Sociológica (Riesman, 1961).	
Sistémica (Flanders, 1982).	

Cuadro tomado de Sonderby LC. Loneliness : An integrative approach. 2013;3(1):1–29(7).

## **2.2 Experiencia solitaria negativa y salud**

El estudio sobre experiencia solitaria negativa ha ido más allá de definirla o establecer sus componentes objetivo o subjetivo, las investigaciones han relacionado el aislamiento social con detrimento en salud, calidad de vida y bienestar, en este tenor, se ha reportado un incremento en las tasas de depresión y exacerbación de los síntomas, hipertensión arterial, enfermedad coronaria, empobrecimiento del pronóstico en pacientes con cáncer y retraso en la recuperación tras eventos de salud mayores(8). El riesgo de salud asociado ha sido comparado en magnitud al inherente a factores como tabaquismo, obesidad, ausencia de ejercicio e hipertensión arterial(9). Sin embargo, la causalidad no está bien establecida, en el sentido de si son las relaciones personales escasas o deficientes las que causan alteración en el estado de salud o es la enfermedad, por ejemplo, el confinamiento físico, lo que causa un deterioro en éstas; a este respecto, de los estudios previamente realizados, se publicó un meta-análisis sobre la influencia de las relaciones sociales en la mortalidad, la mayoría de los estudios fueron de cohortes(60%), donde varios participantes podrían no haber experimentado condiciones que ponen en riesgo la vida en el punto de la evaluación inicial; los hallazgos en estos estudios muestran que la comunidad general con fuertes relaciones sociales tienen mayor probabilidad de permanecer con vida más tiempo que individuos en condiciones de salud similares con pobres relaciones sociales, sin embargo, la relación entre las relaciones sociales y mortalidad esta actualmente mucho menos entendida que otros factores de riesgo, no obstante, existe evidencia sustancial, experimental y prospectiva que correlaciona las relaciones sociales con múltiples vías patológicas asociadas con mortalidad. Otro de los hallazgos destacables que planteó, fue como utilizar efectivamente las relaciones sociales para reducir la mortalidad, en este sentido, investigaciones preliminares han demostrado



alguna reducción en el riesgo mediante intervenciones sociales formales, no obstante, la evidencia descrita en la literatura es mixta y debería tomarse en cuenta que las intervenciones disponibles para incrementar el soporte social están basadas en el soporte provisto por extraños; en contraste, este meta-análisis, aborda la importancia de las relaciones que ocurren de manera natural, sugiriendo que el soporte social recibido es menos predictor de mortalidad que la integración social, por lo que el hecho de facilitar la ocurrencia natural de relaciones sociales mediante intervenciones en la comunidad, podría ser más exitoso que proveer soporte social a través de personal contratado, excepto en casos en que las relaciones sociales estén ausentes o deterioradas, por lo tanto la información basada en 308,849 individuos seguidos por un promedio de 7.5 años, indicó que individuos con adecuadas relaciones sociales tienen un 50% más probabilidad de sobrevivencia comparado con aquellos con relaciones sociales pobres o insuficientes, con un efecto comparable a dejar de fumar, cuyo daño excede muchos factores de riesgo conocidos para mortalidad (obesidad, inactividad física, etc.). Estos hallazgos también revelan variabilidad significativa en la predicción de la utilidad de variables de relaciones sociales al llevar a cabo una valoración multidimensional de la integración social, siendo óptima cuando se considera el riesgo de mortalidad de un individuo y la evidencia de que el aislamiento social tiene una influencia similar en la mortalidad que otras medidas de las relaciones sociales. El efecto global permaneció consistente entre un número de factores, incluyendo edad, sexo, estado de salud inicial, periodo de seguimiento y causa de muerte, sugiriendo que la asociación entre las relaciones sociales y mortalidad podría ser general y los esfuerzos para reducir el riesgo podrían no ser aislados para subgrupos como los adultos mayores(10).

## **2.3 Experiencia solitaria negativa y cognición**

### **2.3.1 Cognición, envejecimiento y deterioro cognitivo.**

La cognición hace referencia a la adquisición, almacenamiento, transformación y uso del conocimiento(11), que implica un amplio rango de procesos mentales como atención, memoria, aprendizaje, lenguaje, percepción, manipulación espacial y funciones ejecutivas, los cuales son referidos como dominios cognitivos o funciones cognitivas(12).

La habilidad cognitiva refleja la capacidad individual para procesar, razonar, planificar, comprender y resolver problemas, siendo considerada clave determinante para el envejecimiento exitoso(13). La disminución de las funciones cognitivas es un importante factor de riesgo en el desarrollo de deterioro funcional y discapacidad que conlleva la inhabilidad para funcionar adecuadamente en la vida diaria lo que incrementa el riesgo de deterioro cognitivo y demencia, institucionalización o muerte comparado con aquellos con mejor desempeño cognitivo(14), sin embargo, el deterioro cognitivo refleja un continuo de cambios en las habilidades cognitivas que va desde la disminución no patológica y el deterioro cognitivo subclínico hasta la demencia(15).

La población de adultos mayores es heterogénea, sin embargo, Park junto con otros investigadores en 2003 (16), concluyeron que el deterioro cognitivo es casi universal en los ancianos y puede ser esperado en la mayoría, demostrando que cuando incrementa la edad en general disminuye el desempeño cognitivo; en este sentido, se ha demostrado que el inicio la tasa y extensión del decline normal puede diferir significativamente para distintas funciones cognitivas(17), por ejemplo, aquellas que incluyen el uso de conocimiento y experiencia acumulada y dependen de la memoria semántica a largo plazo como vocabulario, conocimiento de palabras, conocimiento general y comprensión, son funciones

más resistentes al deterioro asociado a la edad, de hecho la evidencia sugiere que pueden mejorar con la edad por arriba de la sexta y séptima década(18), por otro lado, las funciones cognitivas como la velocidad de procesamiento de información, memoria episódica y razonamiento, muestran un decremento relacionado con la edad en el desempeño desde la edad adulta temprana. En relación a lo previamente descrito Park et. al. (16), encontraron que el envejecimiento es casi universal, mencionando que estudios longitudinales reportaron una proporción de adultos mayores que no mostraron decremento en la función cognitiva o experimentaron mejoría; por otro lado, en un estudio longitudinal de Seattle se enfocaron en las diferencias individuales y en los diversos patrones de cambio cognitivo, analizando diferencias individuales a la edad de 81 años, destacando que, menos de la mitad de los individuos observados experimentaron un decremento confiable en una habilidad particular sobre los siete años precedentes(19). En el estudio epidemiológico de Baltimore y alrededores, 32% de los participantes, no demostraron algún cambio en el desempeño cognitivo o mejoría durante 11.6 años de seguimiento(20); en relación a esto, la considerable variación individual en la tasa, naturaleza, tiempo y extensión del decline cognitivo relacionado con la edad, sugiere que la edad cronológica no es un mecanismo causal subyacente del deterioro cognitivo(21), mas bien, la edad es una dimensión temporal que refleja la acumulación de influencias biológicas, de salud, neurológicas y ambientales a lo largo del tiempo y la suma de estos factores determinan la variación en el envejecimiento cognitivo(22), por lo que diferentes investigaciones se han centrado en entender las diferencias individuales, enfocándose en la genética, la salud general, la dieta, nutrición, estilo de vida, comportamiento, educación y clase social, siendo la educación y la salud física y mental las que tienen más investigación que soporte su asociación con las diferencias en envejecimiento cognitivo(23).

En relación a la educación, se ha encontrado una relación significativa entre altos niveles de educación obtenidos en la edad temprana y altos niveles de funcionamiento cognitivo en la vejez(19), por otro lado, basado en el concepto de reserva cognitiva, Stern, sugirió que cuando una persona con alto nivel de educación llega a la vejez, tiene un alto funcionamiento cognitivo, comparado con aquellos con un nivel educativo menor y luego experimenta un gran decline para alcanzar un nivel deteriorado de habilidad cognitiva, siendo el concepto de reserva cognitiva un modelo activo, que aborda la habilidad del cerebro para lidiar activamente con el daño cerebral a través del uso de procesos cognitivos(24); con respecto a la variación en el deterioro cognitivo y la educación, Alley et. al., reportaron que en adultos con alto nivel educativo (mayor a 16 años), tuvieron mayor decline absoluto en tareas de memoria de trabajo verbal comparado con aquellos con 12 años o menos de educación en un periodo de siete años, también se observó que tenían menor deterioro en funciones cognitivas básicas como en el estado mental general, lenguaje, orientación en tiempo y lugar, sin embargo, la investigación no es concluyente en esta área, pero sugiere que la educación es un factor protector para el desempeño cognitivo en la vejez(25).

En materia de salud hay evidencia acumulada que demuestra que ciertas características de salud son factores de riesgo para deterioro cognitivo, incluyendo hipertensión, enfermedad cardiovascular, diabetes, obesidad(26), depresión (27), así como estilos de vida, como el consumo de tabaco, alcohol, dieta y ausencia de actividad física, sin embargo, no hay evidencia causal para soportar muchas de estas relaciones y revisiones sistemáticas han fallado en mostrar una asociación continua entre factores de salud y desempeño cognitivo(28).

La depresión ha sido un tema de estudio como factor de riesgo para el desarrollo de deterioro cognitivo o demencia desde hace varios años, como ejemplo, la publicación en 2012 de un meta-análisis cuantitativo de estudios longitudinales en la revista internacional de psiquiatría geriátrica (en inglés, International Journal of Geriatric Psychiatry), realizado por Yuan Gao y colaboradores, donde se examinó la depresión como factor de riesgo para el inicio de demencia, incluyendo enfermedad de Alzheimer, demencia vascular, otros síndromes demenciales así como deterioro cognitivo leve, que mediante la revisión de base de datos como EMBASE y MEDLINE, examinaban la relación entre depresión y el inicio de demencia o deterioro cognitivo leve, siendo 12 estudios los que cumplieron los criterios de inclusión, con sujetos sin demencia o deterioro de base; se encontró que los sujetos con depresión tenían una alta incidencia de enfermedad de Alzheimer, cualquier demencia y deterioro cognitivo, comparados con aquellos sin depresión, mostrando que el cuadro afectivo depresivo fue un factor de riesgo mayor para la incidencia de demencia y deterioro cognitivo(29).

### **2.3.2 Experiencia solitaria negativa y deterioro cognitivo.**

Un factor de riesgo que ha surgido en relación a deterioro de la función cognitiva es el nivel de actividad o relación social en aspectos cuantitativos como cualitativos. Un creciente cuerpo de evidencia sugiere que una mayor interrelación social está asociada con un riesgo significativamente menor para la disminución cognitiva y demencia en los adultos mayores, en este sentido, un estudio Suizo con personas que vivían en casa, encontró que una red social extensa aparecía como protector contra la demencia, mientras que otra investigación realizada en los Estados Unidos mediante el seguimiento de 800 adultos durante aproximadamente cuatro años, reportó que las personas con soledad eran dos veces

más proclives a desarrollar enfermedad de Alzheimer que aquellos que no tenían soledad(30).

Uno de los modelos que ha integrado varias perspectivas teóricas concernientes a la relación entre aislamiento social y salud, dentro de la cual incluye el funcionamiento cognitivo, ha sido desarrollada por Uchino, en el cual muestra como las estructuras y funciones de nuestras relaciones sociales podrían impactar de manera positiva y negativa en la salud física y mental individual; las investigaciones sugieren mecanismos fisiopatológicos comunes entre el aislamiento social, salud y deterioro cognitivo, reportando que las interacciones negativas y carentes de soporte, aislamiento social, sentido de alienación, soledad, escasez de control percibido y disminución de la autoestima resultan en disminución del sistema inmune, incremento en la reactividad fisiológica, neuroendocrina y cardiovascular(31), los cuales han sido identificados como factores de riesgo para deterioro cognitivo(32), comparados con aquellos socialmente integrados(33). Según Uchino hay dos diferentes vías patológicas, la primera, se basa en la idea de que la red social puede influenciar directa o indirectamente el desarrollo de conductas saludables, por ejemplo, la elección individual de ejercitarse, comer sanamente y acceder a atención médica(34), la segunda vía, plantea cómo los procesos psicológicos pueden influir en la cognición: por un lado la percepción que hay soporte disponible desde la red social personal, podría reducir o eliminar la reacción afectiva a eventos estresantes, lo cual disminuye la emoción negativa potencial y la respuesta conductual que podría llevar a mecanismos de afrontamiento perjudiciales como fumar y consumir alcohol, entre otros(35), que podrían tener una influencia en la cognición(36); por otra parte, aborda como el estrés ha sido relacionado con sistemas fisiológicos, resultando en la activación del

sistema nervioso simpático y el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, lo cual si se da por periodos prolongados o repetidos, lleva al incremento de la producción de glucocorticoides lo que puede causar daño hipocampal, el cual está relacionado con deterioro cognitivo y efectos dañinos en la salud física y mental(37). Una tercera vía, que no es planteada por Uchino, es que una posible consecuencia de estar activamente involucrado con una red social, es la oportunidad de estimulación cognitiva, que podría preservar la capacidad intelectual y mantener activos los procesos cognitivos(38).

Aunque la experiencia solitaria negativa ha sido asociada como factor de riesgo para deterioro cognitivo, la mayoría de la literatura se enfoca en las redes sociales y la función cognitiva(35,38,39), con respecto a esto, la definición de relaciones sociales carece de uniformidad, difiriendo entre los estudios realizados, ya que puede abordar características estructurales, como el número de personas que la componen así como aspectos cualitativos, como los niveles de soporte social(40), siendo importante distinguir entre estos aspectos, ya que pueden influir en la salud, ya que se cree que el soporte social actúa como amortiguador a través de diferentes mecanismos como mencionamos previamente(41), tomando en cuenta que la soledad es un sentimiento subjetivo relacionado con las necesidades personales y sociales insatisfechas y no se puede reducir solo a la medición objetiva de la red social, ya que una persona que está socialmente aislada no necesariamente podría sentirse sola, contrario a una persona que rodeada por una gran red social, podría sentirse con soledad(42), por esta razón, la valoración de la soledad debería incluir ambas facetas, social y emocional; basado en esto; Boss, Kang & Branson(43), realizaron una revisión sistemática que incluyo diez estudios, ocho de ellos realizados en Europa, uno en EUA y otro en Canadá, con un total de 2,607 participantes, la medición de soledad se llevo a cabo en forma diferente, sin embargo, la mayoría utilizo una o dos

preguntas con estilo Likert, uno usó la escala revisada de la universidad de California en los Ángeles R-UCLA Loneliness y otros dos la escala De Jong-Gierveld para soledad. La función cognitiva fue medida principalmente con Minimental de Folstein o Escala de inteligencia para adultos de Weschler-III; el hallazgo de los diez estudios fue consistente a pesar del uso de diferentes metodologías para valorar soledad, además variables de confusión, como características demográficas, depresión y red social no influenciaron la relación entre función cognitiva y soledad. En esta revisión, se encontró que la soledad esta negativamente asociada con la función cognitiva, siendo significativa para la habilidad cognitiva general, coeficiente intelectual, velocidad de procesamiento, recuerdo inmediato y diferido. Por otro lado, cuando fueron examinadas ambas dimensiones de soledad, persistieron correlaciones negativas significativas similares, no obstante, la soledad social parece tener mayor impacto en la función cognitiva global. Otra investigación realizada para ver el riesgo asociado a un menor contacto social confirmó también que para aquellos mayores de 65 años, existían asociaciones positivas entre los contactos sociales y funciones cognitivas y memoria episódica(44). Asimismo en el estudio “Late-Life Social Activity and Cognitive Decline in Old Age” publicado en 2011, se examinó la asociación de la actividad social y el deterioro cognitivo en 1138 personas sin demencia de base, con una edad promedio de 79.6 años, que fueron seguidos durante un periodo mayor a 12 años, usaron modelos ajustados por edad, sexo, educación, depresión y condiciones crónicas, entre otras, encontrando que una mayor actividad social se asociaba con un menor deterioro cognitivo durante un promedio de seguimiento de 5.2 años; la tasa global de deterioro se redujo en promedio de 70% en personas que fueron socialmente más activas comparadas con aquellas con contacto social infrecuente; ésta asociación fue similar en los cinco dominios de función cognitiva medidos(45). En este sentido, también se ha encontrado que



en el caso de pacientes que ya presentan un deterioro cognitivo, el hecho de que tengan una mayor actividad social puede potencialmente ser benéfico para prevenir o retrasar el progreso del deterioro(46).

En relación a este tema, si buscamos evidencia más reciente, encontramos que se realizó un estudio para probar la hipótesis acerca de si la interacción social negativa está asociada con un riesgo incrementado de deterioro cognitivo leve y la tasa de deterioro, llevándose a cabo con 529 adultos mayores sin deterioro cognitivo al inicio del estudio, quienes completaron evaluaciones anuales que incluían la valoración de interacciones sociales negativas, test cognitivos y clasificación clínica del deterioro; al analizar los resultados obtenidos durante un promedio de 4.8 años de seguimiento, se encontró que 198 individuos desarrollaron deterioro cognitivo y aquellos con una frecuencia basal alta de interacciones sociales negativas tuvieron una asociación con el riesgo más alto de desarrollar deterioro cognitivo; resultados similares fueron obtenidos tras ajustarlos para síntomas depresivos, tamaño de red social, actividad social y soledad. Un nivel alto inicial de interacción social negativa fue asociado con menor nivel inicial de cognición global pero no con disminución cognitiva, sin embargo, un alto nivel de interacciones negativas a lo largo del estudio fue ampliamente relacionado a una rápida disminución en el funcionamiento cognitivo. Como conclusión se menciona que las frecuentes interacciones sociales negativas podrían ser un factor de riesgo para deterioro cognitivo leve y disminución en la función cognitiva en el adulto mayor(47). Asimismo el 20 de julio de 2015, durante la conferencia internacional de la Asociación de Alzheimer en Washington, uno de los temas de relevancia, que más tarde fue tema de fuentes periodísticas como la revista Forbes y New York times, fue que la experiencia solitaria negativa podría estar asociada con un incremento en la tasa de deterioro cognitivo en adultos mayores, basado en

un estudio de 8,300 adultos entre 65 y más años que participaron en el estudio de Salud y Retiro E.U.A., donde se realizaron valoraciones cada 2 años desde 1998 hasta 2010. Los investigadores del Brigham and Women's Hospital and Harvard Medical School reportaron que las personas con soledad, experimentaron una acelerada disminución cognitiva, aproximadamente 20% más rápida que las personas sin soledad, independientemente de los factores demográficos, condiciones de salud y depresión(48).

En otro estudio, Kuiper et. al. en 2015, realizaron una revisión sistemática y meta-análisis de estudios de cohorte con el objetivo de investigar la relación entre las relaciones sociales y la incidencia de demencia en la población general en el que se tomaron en cuenta diferentes aspectos de las relaciones sociales (tamaño de la red social, participación social, frecuencia de contacto social, soledad, satisfacción con la red social, otros factores de relaciones sociales), encontrándose que la gente con menor participación social, menor frecuencia de contacto social y más sentimientos de soledad tienen un incremento del riesgo de desarrollar demencia. La baja satisfacción con la red social parece estar asociado con la incidencia de demencia, pero los resultados no fueron estadísticamente significativos. Los resultados en esta revisión sugieren que particularmente la menor interacción social incrementa el riesgo de demencia más que específicamente el tamaño o la satisfacción con la red social; comparando los resultados con otros meta-análisis de factores de riesgo bien conocidos para la incidencia de demencia, encontraron que la magnitud de los resultados es casi tan grande y comparable con otros factores de riesgo para demencia por ejemplo, depresión en la edad adulta, inactividad física, hipertensión, bajo nivel educativo, diabetes mellitus tipo 2 y tabaquismo(49); en relación a esto, uno de los potenciales factores de riesgo modificables para la incidencia de demencia, es la ausencia de relaciones sociales adecuadas, ya que se encontró, que la presencia de estas protege

contra múltiples resultados adversos incluyendo depresión(50), enfermedad coronaria(51), deterioro cognitivo y mortalidad (10).

Contrario a lo descrito, la evidencia de relación entre aislamiento social y cognición no es consistente, ya que algunos estudios longitudinales no han encontrado esta relación(40,52).

#### **2.4 Estudios previos sobre experiencia solitaria en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.**

En el año 2011, la doctora Alicia Juliana Peláez, realizó un estudio descriptivo transversal y observacional como tema de tesis, en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, en el cual se valoró la experiencia solitaria en los pacientes usuarios de la clínica de trastornos afectivos del servicio de psicogeriatría de dicha institución, correlacionando las características clínicas y socio-demográficas con la experiencia solitaria en adultos mayores mexicanos cuya selección fue no probabilística, intencional por cuota durante los meses de septiembre y octubre de 2011, con criterios de inclusión definidos. La experiencia solitaria fue medida a través de la escala de soledad en el adulto mayor IMSOL-AM, en 35 mujeres y 5 hombres, los resultados encontrados fueron que a nivel sociodemográfico la escolaridad predominante fue primaria, siguiendo en frecuencia secundaria y bachillerato, con un 10% de analfabetismo y solo 7.5% de estudios a nivel licenciatura, correspondiente a lo esperado en la población mexicana; en relación con la ocupación previa, se destacó que un 57.5% se dedicaba a labores del hogar, 22.5% era empleado general, comerciante en un 12.5% y profesionalista 7.5% y con respecto a un cambio en la ocupación, se encontró un incremento en la realización de actividades del hogar 65.5%, comercio 17.5%, empleados generales 7.5%, añadiendo el rubro de pensionado con un 5% y continuando como profesionalista un 2.5%, observándose un

cambio referente a funcionalidad y confinando al adulto mayor a permanecer en casa para realizar actividades del hogar. También se midió la situación familiar que viven los pacientes, observando que la mayoría vive con sus hijos, representando el 42.5%, la convivencia con esposo e hijos en un 25%, en pareja 17.5% y 12.5% se encuentran físicamente solos. Con respecto al estado civil los hallazgos fueron que las personas casadas representaban el 45%, separadas o divorciadas 25%, solteras 20% y viudas 10%. Se valoró también el trastorno afectivo presente en la población, encontrando que 57.5% tenían diagnóstico de trastorno depresivo recurrente, 15% con ansiedad generalizada, 10% trastorno mixto ansioso-depresivo con una evolución promedio de la patología de 12 años. Se analizó la correlación del trastorno afectivo con la pérdida de algún familiar observándose, que solo un 27.5% tuvieron el antecedente positivo en un periodo de tiempo que osciló entre un año hasta 30 años, no concordando con el promedio de la evolución de la patología psiquiátrica solo considerándose como un factor concomitante que podría agravar la problemática emocional. Se observó la frecuencia de padecimientos crónico-degenerativos, siendo los diagnósticos más frecuentes la hipertensión arterial sistémica, obesidad dislipidemia, particularmente la mixta, seguidos por hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia e hipotiroidismo; por otro lado, la presencia de toxicomanías no fue alta en este grupo de edad, siendo positivo el alcoholismo en 12.5% y tabaquismo 10%; con respecto a déficits sensoriales de la vista u oído, se encontró que 17.5% refirieron una reducción en la agudeza visual y 12.5% auditiva, condiciones percibidas por el adulto mayor como generadoras de vulnerabilidad sobre todo en relación a la interacción con terceras personas, generando en ocasiones aislamiento. En relación a la experiencia solitaria la puntuación en la población estudiada osciló entre 0 y 74 puntos totales, con mayor experiencia solitaria en un puntaje superior a 40 puntos, experimentado por un 30% de los

adultos mayores, seguido por un 20% en el puntaje entre 30 y 40 puntos considerándose una experiencia solitaria regular y 50% de los individuos tuvieron una menor experiencia percibida de soledad, concluyendo que la mayor parte de los sujetos se encontraban inmersos en una situación familiar en la que no estaban físicamente solos. En la subescala de alienación familiar de la escala IMSOL-AM, el mayor puntaje obtenido, 65%, fue en una baja experiencia de incompreensión o reprobación de parte de los demás familiares comparado con el 35% que si lo presentaban, sintiéndose apartados de su familia. En la subescala de “insatisfacción personal” se obtuvo una baja experiencia de desamparo e inseguridad referente a su vida actual y futura con 52.5%; lo que coincide con lo referido previamente, no obstante, la diferencia con una elevada percepción es de 47.5% a nivel global; fue posible observar que hay una baja experiencia de soledad en las pacientes de sexo femenino, con escolaridad primaria, casadas en su mayoría o con pareja estable, dedicadas al hogar, con patología crónica concomitante, sin relación con déficits sensoriales o toxicomanías, bajo tratamiento psiquiátrico, sin sintomatología aguda, con presencia de diversas pérdidas con respecto a familiares y sin correlación específica con el inicio de la patología emocional. Entre las conclusiones del estudio se menciona la necesidad de estudiar y conocer más acerca de la experiencia solitaria en la población geriátrica, así como la creación de estrategias de intervención(53).

### **2.5 Escalas de medición de soledad.**

La evaluación de la soledad aún carece de uniformidad en los estudios en relación a la medición, debido a la amplitud del concepto de soledad y aislamiento social, que muchas veces se toman como intercambiables, sin embargo, son conceptualmente diferentes, por lo que además de la metodología a utilizar y las escalas más idóneas para medirla, específicamente en el caso de los adultos mayores, intervienen un gran número de variables

que tienen un efecto acumulativo o compensatorio lo cual complica las técnicas de investigación disponibles; por estos motivos es complejo determinar claramente como los factores de interacción social conectan con procesos psicológicos, generando variabilidad en la experiencia de soledad. Se reconoce el acuerdo en la investigación que la soledad es una emoción subjetiva, lo cual ha hecho difícil el establecimiento de criterios externos para medir este fenómeno, por lo que la exploración en soledad es mayormente dependiente de entrevistas y cuestionarios en un esfuerzo por cuantificar este fenómeno, unificando el entendimiento de la soledad y creando un marco de referencia. En este sentido, existen diferentes escalas de medición, sin embargo, una de las más usadas a nivel internacional es la escala unidimensional UCLA realizada por Austin, Russell, Peplau y Cutrona en 1980, para conocer el grado de experimentación de soledad del individuo, la cual está compuesta por dos factores: intimidad con otros y sociabilidad(54), consiste en 20 enunciados que el evaluado califica a través del uso de un sistema de cuatro puntos donde uno significa nunca y cuatro significa seguido, la suma de las 20 respuestas señala cuan solo está la persona; a pesar de su difusión y uso internacional la crítica a esta escala es la falta de diferenciación entre los tipos de soledad. Para abordar con mayor amplitud la soledad, otras escalas investigan este fenómeno a nivel multidimensional, sin embargo, su uso no es tan amplio como con la escala UCLA. La escala de soledad social y emocional para adultos (SELSA) por Di Tommaso y Barry Spinner, en 1992, está conformada por tres escalas: romántica, relaciones con la familia y de relaciones con amigos(55); la Escala Soledad Emocional y Social (ESLI), está conformada por dos subescalas: soledad emocional y soledad social, realizada por Oshagan y Allen, 1992. La escala de satisfacción vital de Philadelphia, por Lawton en 1972, es multidimensional con respecto al bienestar psicológico. La escala ESTE de Soledad Social de Granada por Rubio Herrera y Rico, tiene un abordaje

multidimensional, construida a partir de las escalas de probada eficacia mencionadas previamente y analiza cuatro factores: soledad familiar, conyugal, social y existencial(56). Se muestran escalas multidimensionales en el cuadro No. 3.

<b>Cuadro 3. Escalas multidimensionales.</b>
<b>Escala diferencial de Soledad (Smith y Sermat, 1983).</b>
<b>Escala de puntuación de soledad (Scalise et al., 1984).</b>
<b>SELSA Escala de soledad emocional y social para adultos (DiTomasso y Spinner, 1993).</b>
<b>ESLI Escala de soledad emocional contra social de Wittenberg (Wittenberg, 1986).</b>
<b>Escala ESTE de soledad social (Rubio Herrera y Rico).</b>
<b>Escala de satisfacción vital de Philadelphia (Lawton, 1972).</b>

Cuadro tomado de (7)Sønderby LC. Loneliness : An integrative approach. 2013;3(1):1–29.

En relación a los instrumentos disponibles, también existe el Inventario Multifacético de Soledad o Escala IMSOL-AM, realizada por Montero-López Lena y Sánchez Sosa, que mide los aspectos positivos y negativos asociados a las conductas de afrontamiento ante la soledad, así como los déficits afectivos que facilitan la experiencia solitaria con una versión adaptada específicamente para adultos mayores con 20 reactivos, siendo este el instrumento que se utilizará en este estudio para medir la experiencia solitaria negativa(57).

### **3. MÉTODO.**

#### **3.1 Justificación.**

La soledad es un fenómeno que se presenta a lo largo de la vida sin ser privativo de ninguna etapa, sin embargo, en el adulto mayor parece presentarse con mayor frecuencia y adquiere dimensiones especiales al exponerse a mayores pérdidas en varios aspectos de su vida así como experimentar mayor limitación en los recursos con los que cuenta para afrontarlas, sin embargo, la soledad en el adulto mayor es una tema poco estudiado en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, existe solo un estudio previo que muestra las características sociodemográficas de quienes presentaban experiencia solitaria negativa, sin embargo, el impacto de este fenómeno está implicado en el deterioro del funcionamiento cognitivo del adulto mayor que lo vive, por lo que es de suma importancia la investigación de la experiencia solitaria negativa como factor de riesgo para deterioro cognitivo del adulto mayor en México y en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” por el envejecimiento sociodemográfico que estamos experimentando, los altos costos y discapacidad que conlleva el detrimento en la cognición del adulto mayor, para diseñar y poner en marcha estrategias de prevención y tratamiento integral.

#### **3.2 Planteamiento del problema.**

El adulto mayor está expuesto a diversos factores que pueden desencadenar deterioro o disminución de la función cognitiva, dentro de estos, se ha identificado en estudios internacionales a la experiencia solitaria negativa como factor de riesgo para la disminución en el funcionamiento cognitivo, que además es susceptible de ser modificada, sin embargo, no ha sido investigado en la población de adultos mayores del servicio de psicogeriatría del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, por lo que es necesario



contar con mayor información sobre otros factores que puedan incidir en el desarrollo de deterioro cognitivo, por lo que se pretende evaluar la presencia de experiencia solitaria negativa mediante la aplicación de la escala IMSOL- AM y pruebas de funcionamiento cognitivo como la evaluación cognitiva de Montreal y el mini examen del estado mental de Folstein a los pacientes mayores de 60 o más años de edad de la clínica de trastornos afectivos del servicio de psicogeriatría del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez y valorar si aquellos que presenten el factor de riesgo de experiencia solitaria negativa o que lo experimenten con mayor intensidad, presentan disminución en la función cognitiva en comparación con los que no la experimentan o la viven con menor intensidad.

**¿Los adultos mayores de la clínica de trastornos afectivos del servicio de psicogeriatría del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, tienen el factor de riesgo de experiencia solitaria negativa y en caso de padecerlo, quienes lo presentan o lo viven con mayor severidad muestran disminución en el funcionamiento cognitivo en comparación con quienes no lo experimentan o lo padecen con menor puntaje según IMSOL-AM?.**

### **3.3 Objetivos.**

**3.3.1 Objetivo general:** Identificar si los adultos mayores de la clínica de trastornos afectivos del servicio de psicogeriatría del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, presentan el factor de riesgo de experiencia solitaria negativa y al padecerlo o vivirlo con mayor severidad presentan disminución en el funcionamiento cognitivo en comparación con quienes no lo tienen o lo padecen en menor puntaje.

#### **3.3.2 Objetivos específicos:**

1. Correlacionar las variables demográficas con la experiencia solitaria negativa.

2. Evaluar la relación existente entre los trastornos afectivos incluidos con la experiencia solitaria y los puntajes del Minimental de Folstein y Evaluación cognitiva de Montreal.
3. Correlacionar las subescalas de IMSOL-AM individualmente con los puntajes clasificados del MOCA y MMSE.

### 3.4 Hipótesis.

H1. Los adultos mayores de la clínica de trastornos afectivos del servicio de psicogeriatría del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez con experiencia solitaria negativa o que presentan mayor puntaje en IMSOL-AM muestran disminución en el funcionamiento cognitivo en comparación con aquellos adultos mayores que no presentan este factor de riesgo o lo padecen con menor puntaje.

H<sub>0</sub>1. Los adultos mayores de la clínica de trastornos afectivos del servicio de psicogeriatría del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez con experiencia solitaria negativa o que presenten mayor puntaje en IMSOL-AM no muestran disminución en el funcionamiento cognitivo en comparación con aquellos adultos mayores que no presentan este factor de riesgo o lo padecen con menor puntaje.

### 3.5 Variables.

**Características socio-demográficas:** Desde el objetivo de esta investigación se denomina así al conjunto de características que describen la estructura social y demográfica presente en la población de estudio tomando aquellas que pueden ser medibles.

- Edad.
- Sexo.
- Estado civil.

- Escolaridad.
- Cohabitación o sin compañía.
- Interacción social fuera del núcleo familiar o de vivienda.

**Información medica-psiquiátrica:** es la medición de características clínicas individuales que reflejan el estado de salud general del sujeto de estudio.

- Trastorno psiquiátrico actual.
- Comorbilidades médicas.

**Deterioro cognitivo:** empobrecimiento de las funciones mentales en uno o distintos dominios tales como memoria, orientación, cálculo, comprensión, juicio, lenguaje, reconocimiento visual, entre otras.

**Experiencia solitaria negativa:** se define como un fenómeno multidimensional, psicológico y potencialmente estresante, resultado de carencias afectivas, sociales y/o físicas, reales o percibidas, que tienen un impacto diferencial sobre el funcionamiento de la salud física y psicológica del sujeto. Abarca dos aspectos fundamentales que son la alienación familiar y la insatisfacción personal. Sera medida a través de la escala de soledad IMSOL-AM.

Cuadro 4. Conceptualización, operacionalización y nivel de medición de variables de investigación.			
Variable	Conceptualización	Operacionalización	Nivel de medición.
<b>Experiencia solitaria.</b>	Fenómeno multidimensional, psicológico y potencialmente estresante, resultado de carencias afectivas, sociales y/o físicas, reales o percibidas, que tienen un impacto diferencial sobre el funcionamiento de salud física y psicológica del sujeto. Abarca dos aspectos fundamentales que son la	Sera medida a través del Inventario Multifacético de Soledad en su adaptación para el adulto mayor (IMSOL-AM). A mayor puntaje, mayor soledad.	Ordinal.

	alienación familiar y la insatisfacción personal.		
<b>Deterioro cognitivo.</b>	Decremento de las funciones mentales en distintos dominios tales como memoria, orientación, cálculo, comprensión, juicio, lenguaje y reconocimiento visual.	Valorado mediante las pruebas MINI MENTAL DE FOLSTEIN. MOCA.	Intervalo.
<b>Edad.</b>		Se determinará en años cumplidos.	Razón.
<b>Género.</b>		Se identificará como: 1. Masculino. 2. Femenino.	Nominal.
<b>Estado civil.</b>		Se identificara como: 1. Soltero. 2. Casado. 3. Divorciado. 4. Viudo.	Nominal.
<b>Escolaridad.</b>		1. Primaria. 2. Secundaria. 3. Preparatoria. 4. Licenciatura. 5. Primaria incompleta. 6. Secundaria incompleta. 7. Preparatoria incompleta. 8. Licenciatura incompleta. 9. Ninguna.	Ordinal.
<b>Información medica- psiquiátrica.</b>	Es la medición de características clínicas individuales que reflejan el estado de salud general del sujeto de estudio. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastorno psiquiátrico actual: basado en lo consignado en el expediente según la clasificación internacional de enfermedades y la mini entrevista neuropsiquiátrica.</li> <li>• Comorbilidad médica: aquellas enfermedades no psiquiátricas que padece el paciente, referidas por el paciente y/o familiar.</li> </ul>	Se aplicara una cédula de identificación para la captura de estos datos.	Nominal.

### **3.6 Muestra.**

Selección de 37 sujetos por muestreo no probabilístico, intencional por cuota, pertenecientes a la clínica de trastornos afectivos de HPFBA, durante los meses de noviembre 2015 a febrero de 2016, que cumplieron los criterios de inclusión.

### **3.7 Criterios de selección.**

#### **3.7.1 Criterios de inclusión.**

- Personas de 60 años o más, pacientes con diagnósticos de trastorno depresivo, ansiedad, mixto ansioso-depresivo o distimia en seguimiento en la consulta externa de psicogeriatría del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.
- Sexo femenino y masculino.
- Cualquier nivel educativo y estrato socioeconómico.
- Que no estén cursando con duelo o exacerbación de cuadro depresivo, medido por Escala de depresión geriátrica de Yesavage cuyo puntaje sea igual o menor a 5.
- Que no padezcan una enfermedad neurológica o psiquiátrica que esté asociada a deterioro cognitivo por si sola (Evento vascular cerebral, epilepsia, esquizofrenia, trastorno bipolar, demencia).
- Que no presenten limitación auditiva y/o visual importante que limite la interacción y la realización de la entrevista o los test de valoración cognitiva.
- Que acepten participar en el estudio y firmen el consentimiento informado.

### **3.7.2 Criterios de exclusión.**

- Puntaje en escala de depresión mayor a 5.
- Que padezcan una enfermedad neurológica o psiquiátrica que esté asociada a deterioro cognitivo (evento vascular cerebral, epilepsia, esquizofrenia, trastorno bipolar, demencia).
- Que presenten limitación auditiva y/o visual importante que limite la interacción y la realización de la entrevista o los test de valoración cognitiva.
- Que no acepten participar en el estudio y no firmen el consentimiento informado.
- Que estén en tratamiento farmacológico que repercuta en su estado de alerta y el desempeño de las pruebas.

### **3.8 Alcance del estudio.**

Correlacional, transversal, comparativo y observacional.

### **3.9 Instrumentos de medición.**

#### **Mini Inventario Neuropsiquiátrico Internacional (MINI).**

Este instrumento es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración desarrollada en Francia y Estados Unidos, la cual explora los principales trastornos psiquiátricos del eje 1 del DSM-IV y la CIE- 10 y puede ser aplicada por entrevistadores no especializados y especializados. Los diagnósticos son establecidos durante la entrevista, las respuestas son dicotómicas y evalúa la presencia de los desordenes más comunes(58). Se utilizara para descartar la presencia de trastornos psiquiátricos comórbidos que puedan

actuar como factor de confusión sobre la presencia de deterioro cognitivo y sean parte de los criterios de exclusión (59,60). (Ver anexo D)

### **Escala de depresión de Yesavage.**

Fue diseñada por Brink y Yesavage en 1982, específicamente para el adulto mayor, compuesta inicialmente de 30 ítems; puede aplicarse entre cinco y siete minutos, para puntuaciones de 5 o superiores posee una sensibilidad del 85.3% y especificidad del 85%. La versión reducida que incluye 15 preguntas, focaliza la atención en los síntomas depresivos y la calidad de vida, fue validada en cuya fiabilidad interobservador e intraobservador, medidas a través del índice de Kappa ponderado, fue de 0.655 y 0.951 respectivamente, para un punto de corte de 5 o más; la consistencia interna alcanzó un valor de 0.994, la validez convergente tuvo un coeficiente de correlación de Spearman de 0.618 al compararla con el cuestionario de Montgomery-Asberg. Se obtuvo un área bajo la curva de 0.835, obteniéndose la mejor relación sensibilidad/especificidad para un punto de corte de cinco(61). (Ver anexo E)

### **Escala IMSOL-AM.**

Tomando en cuenta que la soledad como fenómeno psicológico había recibido poca atención, Montero-López Lena y Sánchez Sosa realizaron un análisis exhaustivo de la literatura científica de 1967 a 1999 sobre la soledad y propusieron un modelo integral para destacar los factores constitutivos de esta, combinando el enfoque fenomenológico y cognoscitivo, identificaron dos componentes básicos: déficits en la provisión de fuentes de afecto y estrategias de afrontamiento, con base en esto, López Lena estructuró un instrumento para evaluar los componentes referidos al que denominó Inventario Multifacético de Soledad (IMSOL), el cual posee dos apartados que evalúan de manera independiente las fuentes de afecto deficitario y conductas de afrontamiento que incluyen la

medición de aspectos positivos y negativos asociados a las conductas de afrontamiento ante la soledad, así como déficits afectivos que facilitan la experiencia solitaria. Existe una versión adaptada específicamente para adultos mayores con 20 reactivos denominada IMSOL-AM, que conserva pertinencia y confiabilidad, cuya consistencia interna total es de 0.95. Su interpretación se basa en que a mayor puntaje, mayor frecuencia de la experiencia solitaria(57).(Ver anexo F)

### **Mini Examen del Estado Mental “Minimental” de Folstein (MMSE).**

El Mini Mental de Folstein fue desarrollado por Folstein y cols. en 1975, traducido y adaptado al español por Lobo y cols. en 1999; consiste en 30 ítems agrupados en siete categorías: orientación, registro, atención y concentración, recuerdo, lenguaje, construcción visual, entre otros; tiene una confiabilidad de 0.82 y 0.84 y su puntaje máximo es 30 puntos, un puntaje menor a 24 es sugestivo de demencia o delirium, sin embargo, habrá que tomar en cuenta que el MMSE no es sensible para demencia leve y los puntajes pueden estar influenciados por la edad y la educación, lenguaje, deterioro motor o visual; el punto de corte de 24 tiene sensibilidad de 87% y especificidad de 82%. El patrón de preguntas erradas puede ser tan importante como el puntaje global, el uso de puntos de corte superiores mejora la sensibilidad pero empeora la especificidad, sin embargo, para propósitos de investigación se usa un punto de corte de 26 - 27 en poblaciones sintomáticas con intención de no perder muchos casos verdaderos, mientras puntos de corte bajo son necesarios en poblaciones donde la frecuencia esperada es baja. EL MMSE tiene limitaciones para valorar el deterioro cognitivo progresivo por ejemplo, cambios de 2 puntos o menores son de significancia clínica incierta(62) (Ver anexo G) .



## **Evaluación cognitiva de Montreal (Montreal Cognitive Assessment. siglas MOCA).**

Es un test de cribado desarrollado por Nasreddine y cols. en el año 2005, diseñado para ser usado por los clínicos en la detección de deterioro del funcionamiento cognitivo para valorar pacientes que presentaran quejas cognitivas pero siguieran desempeñando en el rango normal del MMSE, debido a que ha mostrado utilidad en la detección de estados leves de deterioro, mientras que el MMSE ha mostrado superioridad en estados más avanzados. Está dividido en 8 dominios: función ejecutiva/visuoespacial, nominación, memoria inmediata y diferida, atención, lenguaje, abstracción y orientación; su aplicación requiere aproximadamente diez minutos para completarse, obteniéndose un puntaje total de 30, con un punto de corte de 26, en aquellos con nivel educacional de 13 años o más y un punto adicional de corrección para aquellos con 12 o menos años de escolaridad (63). Es un instrumento que ha sido traducido y adaptado a diferentes idiomas, en 2009, se realizó la validación al castellano, encontrándose una consistencia interna de 0.76. El puntaje de corte de máximo rendimiento según el índice de Youden fue de 19/20 para distinguir entre control y deterioro cognitivo, de 20/21 entre control y deterioro cognitivo leve y de 13/14 entre Deterioro cognitivo leve y demencia; el área bajo la curva fue de 0,783 para diagnóstico de deterioro, de 0.691 para deterioro leve y de 0.893 para demencia. La fiabilidad inter-examinador para el total del test fue de 0.914 y fiabilidad test-retest total de 0.921, con un punto de corte menor a 21 se obtiene una sensibilidad de 0.714 y especificidad de 0.745, lo que permite diferenciar entre sujetos sin deterioro de aquellos con deterioro leve y con un punto de corte menor a 14 con sensibilidad de 0.843 y especificidad de 0.710 a sujetos sin deterioro de aquellos con demencia. Tiene una adecuada consistencia interna de 0.76(64). Recientemente en Colombia se llevo a cabo el

primer estudio de validación del MOCA en español en América Latina, en el cual, usando un punto de corte mayor o igual a 23 se obtuvo una sensibilidad de 76.0 para detectar deterioro cognitivo y de 92.7% para demencia y una especificidad de 79.8%, sin embargo, se realizó en población con alto nivel educativo en promedio(65) y en México, en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz se realizó la validación en pacientes con esquizofrenia. (Ver anexo H)

### 3.10 Procedimiento.

1) Se presentó el protocolo de investigación ante el comité de investigación y de ética en investigación en julio de 2015, posteriormente se realizaron las correcciones solicitadas y una vez aprobado, se comenzó a reclutar la muestra, en la clínica de trastornos afectivos del servicio de psicogeriatría.

2) Se realizó la selección de los usuarios potenciales a participar en el estudio, mayores de 60 años, con trastornos afectivos ansiosos y depresivos en el servicio de psicogeriatría durante los meses de noviembre de 2015 a febrero de 2016.

3) Se proporcionó al usuario toda la información sobre la realización de la investigación y se le invitó a participar en el estudio, describiéndole el tiempo aproximado de recolección de datos y administración de los instrumentos, los beneficios y perjuicios que podría conllevar el participar en el mismo y se le dio a leer a cada uno la carta de consentimiento informado y una vez que aceptaron participar se les solicitó firmar el documento.

4) En una sola sesión por paciente, se aplicó la cedula de datos con el objetivo de recabar la ficha de identificación, datos socio-demográficos, trastorno afectivo psiquiátrico, comorbilidades médicas y la presencia o ausencia de alguna

queja cognitiva, posteriormente se aplicó el Mini Inventario Neuropsiquiátrico y la Escala de depresión de Yesavage para corroborar o excluir la presencia de comorbilidades psiquiátricas y la estabilidad de trastorno depresivo que pudieran ocasionar deterioro cognitivo independiente de soledad que formaban parte de los criterios de inclusión. Posteriormente se aplicó la escala de soledad del adulto mayor IMSOL-AM, la prueba Miniexamen mental de Folstein y la escala de valoración cognitiva de Montreal (MOCA).

5) En el caso de pacientes en quienes se identificó deterioro cognitivo o demencia, se comunicó el hallazgo al médico tratante para realizar el protocolo de estudio y abordaje integral y en quienes no se encontró alteración o esta fue mínima se sugirieron ejercicios para fomentar el adecuado funcionamiento o reforzar ciertas destrezas cognitivas.

6) Una vez obtenidos los datos, fueron capturados en la base de datos mediante el programa SPSS 20 y se realizó el análisis estadístico.

7) Se realizó la discusión de los resultados y las conclusiones.

### **3.11 Consideraciones éticas.**

Se sometió a evaluación por el comité de ética en investigación del hospital psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” y el estudio se realizó de acuerdo con la ley del Reglamento General de Salud en materia de investigación para la salud: **TITULO SEGUNDO (De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos). CAPITULO I. ARTICULO 17.-** Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio, según el reglamento la presente investigación se clasifica como de RIESGO MINIMO. En concordancia con lo anterior, se respetó la confidencialidad de los sujetos

utilizados en el estudio y considerando el TÍTULO SEXTO (De la ejecución de la investigación en las instituciones de atención a la salud) CAPITULO ÚNICO, ARTÍCULO 113, ARTÍCULO 115 y ARTÍCULO 116, se refiere lo siguiente:

**ARTÍCULO 113.-** La conducción de la investigación estará a cargo de un investigador principal, quien deberá ser un profesional de la salud y tener la formación académica y experiencia adecuada para la dirección del trabajo a realizar, además de ser miembros de la institución de atención a la salud y contar con la autorización del jefe responsable de área de adscripción.

**ARTICULO 115.-** Las investigaciones se desarrollarán de conformidad con un protocolo, el cual será elaborado de acuerdo a la norma técnica que para el efecto emita la Secretaría e incluirá los elementos que permitan valorar el estudio que se propone realizar.

**ARTICULO 116.-** El investigador principal se encargará de la dirección técnica del estudio.

Asimismo, el estudio consideró los lineamientos propuestos por la Declaración de Helsinki y la Asociación Médica Mundial en lo que respecta a la investigación médica y diseño de proyectos de investigación con respecto al derecho de los participantes en una investigación y al Código de Núremberg (consentimiento informado). La información fue obtenida directamente del paciente, con las normas éticas establecidas para el manejo de la información acorde a lo dispuesto en la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud; por esta razón, se proporcionó una descripción completa del estudio a los posibles participantes, con un consentimiento informado escrito donde se explica con qué fines se realiza el estudio en forma clara y explícita.

El manejo de la información se realizó acorde a lo dispuesto en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico que versa sobre lo siguiente:

1. Se mantendrá en el anonimato el nombre de los pacientes a quienes pertenecen los expedientes incluidos en el estudio.
2. La información se manejará con confidencialidad, para el uso exclusivo del desarrollo del estudio.
3. No se gratificara monetariamente ni se les cobrara a los pacientes que participen en el estudio.
4. Con respecto a los resultados obtenidos se intentará realizar su publicación para difusión y uso de los resultados a favor del bienestar de los pacientes, por lo que en caso de identificar algún paciente con deterioro cognitivo, se avisará a su médico tratante.
5. No existe conflicto de intereses en el desarrollo del protocolo.
6. Los gastos del material derivados del estudio serán absorbidos por el investigador.

#### **4. ANALISIS ESTADISTICO.**

Para la captura y análisis de la información se diseñó una base de datos utilizando el programa estadístico SPSS V20.

Para el análisis descriptivo de los datos, tanto demográficos como clínicos, se realizaron frecuencias y porcentajes.

Para la prueba de hipótesis, se trabajó con los puntajes totales y por subescalas obtenidos en IMSOL-AM sobre experiencia solitaria negativa, así como los puntajes en las pruebas cognitivas MMSE y MOCA, mediante un análisis bivariado con prueba de Chi cuadrada de Pearson y un coeficiente de correlación de Spearman.

## 5. RESULTADOS.

En el presente estudio participaron 37 pacientes, el 76% correspondió al sexo femenino y el 24% al masculino. El promedio de edad fue de 64 años (DE± 4.5 ), la distribución por grupos etáreos puso en evidencia que el mayor número de pacientes, tanto en hombres como en mujeres, corresponden a los grupos de 60-62 y 63-65 (Cuadro 5).

Cuadro 5. DISTRIBUCIÓN POR SEXO. HPFBA 2016		
F	EDAD	M
<b>13</b>	60-62	5
<b>8</b>	63-65	3
<b>3</b>	66.-68	-
<b>2</b>	69.71	-
<b>1</b>	72-74	-
-	75-77	-
<b>1</b>	78-81	1
<b>28</b> (76%)	<b>TOTAL</b>	<b>9</b> (24%)

*F: femenino M: Masculino*

*Fuente directa*

*N=37*

De la información obtenida, se observó que en la totalidad de la población, el mayor porcentaje refirió estar casado (48.6%), la distribución por sexo fue de 39.3% para el sexo femenino y el 77.8% para el masculino (Cuadro 6).

Cuadro 6. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR ESTADO CIVIL HPFBA 2016				
SEXO	SOLTERO	CASADO	DIVORCIADO	VIUDO
Femenino	25%	39.3%	17.9%	17.9%
Masculino	22.2%	77.8%	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>24.3</b>	<b>48.6</b>	<b>13.5</b>	<b>13.5</b>

*Fuente directa*

*N=37*

Al analizar la población total, se observó que el 35.1% cuenta con bachillerato y el 16.2% con primaria concluida. En el sexo femenino la mayor instrucción correspondió a licenciatura y el 3.6% de ellas, manifestaron no contar con instrucción educativa. Los varones manifestaron contar con instrucción a nivel de licenciatura y posgrado con el 11.1% y ninguno de ellos manifestó tener escolaridad nula. Los porcentajes restantes por sexo correspondieron a personas que no concluyeron la primaria. (Cuadro 7).

Cuadro 7. DISTRIBUCIÓN DE ESCOLARIDAD POR SEXO. HPFBA.2016						
SEXO	PRIM.	SEC.	BACH.	LIC.	POSGR.	NINGUNA
Femenino	21.4%	7.1%	32.1%	14.3%	-	3.6%
Masculino	-	-	44.4%	11.1%	11.1%	-
<b>TOTAL</b>	<b>16.2%</b>	<b>5.4%</b>	<b>35.1%</b>	<b>13.5%</b>	<b>2.7%</b>	<b>2.7%</b>

*Prim: primaria; Sec: secundaria; Bach: bachillerato; Lic; Licenciatura; Posg: posgrado.*

*Fuente directa N=37*

Al cruzar las variables sociodemográficas con las clínicas se observó que cualquiera de los criterios del trastorno psiquiátrico afectivo se presentó en el grupo de personas casadas (48.6%). Al desglosar los trastornos afectivos se observó que la depresión se presentó en la misma proporción, tanto en solteros como en casados (35%) y la ansiedad más en el grupo de casados (85.7%). El diagnóstico de trastorno mixto ansioso y depresivo se presentó en un 66.7% de igual forma en personas casadas y la distimia se presentó en un 50%, tanto en casados como en divorciados (Cuadro 8).

Cuadro 8. FRECUENCIA DE TRASTORNO PSIQUIÁTRICO AFECTIVO Y ESTADO CIVIL HPFBA 2016.				
TRASTORNO	SOLTERO	CASADO	DIVORCIADO	VIUDO
Depresión	35%	35%	20%	10%
Ansiedad	14.3%	85.7%	-	-
Mixto Ansioso-depresivo	16.7%	66.7%	-	16.7%
Depresión y ansiedad	-	-	-	100%
Distimia	-	50%	50%	-
<b>TOTAL</b>	<b>24.3%</b>	<b>48.6%</b>	<b>13.5%</b>	<b>13.5%</b>

*Fuente directa*

*N=37*

Respecto a la convivencia familiar, se cruzó con la variable trastorno psiquiátrico para identificar su asociación: los que viven solos evidenciaron 100% de depresión y los que viven con familiares manifestaron depresión en un 48.5%. El análisis del total de la población puso en evidencia que la depresión se presentó en el 54.1% de la población encuestada, vivan solos o con familiares, mientras que para el resto de los diagnósticos la frecuencia solo estuvo entre los que viven con familiares. (Cuadro 9).

Cuadro 9. FRECUENCIA DE TRASTORNO PSIQUIÁTRICO Y CONVIVENCIA FAMILIAR. HPFBA.2016					
CONVIVENCIA	DEPRESIÓN	ANSIEDAD	MIXTO	DEP. Y ANS.	DISTIMIA
Vive solo(a)	100%	-	-	-	-
Con Familiares	48.5%	21.2%	18.2%	6.1%	6.1%
<b>TOTAL</b>	<b>54.1%</b>	<b>18.9%</b>	<b>16.2%</b>	<b>5.4%</b>	<b>5.4%</b>

*Dep: Depresión; Ans: Ansiedad. Fuente directa N=37*

Se identificaron nueve comorbilidades para analizar la frecuencia de trastornos psiquiátricos y éstas. La mayor frecuencia de comorbilidades se centró en el diagnóstico de depresión, como se observa en el cuadro 6, respecto a ansiedad, el 50% manifestó presentarla en presencia de otras enfermedades no relacionadas con deterioro cognitivo y en



el diagnóstico mixto ansioso-depresivo, el 10% no refirió comorbilidades, la distimia solo se identificó en el 20% de los pacientes que presentan diabetes, obesidad, dislipidemia e hipertensión sistémica. (Cuadro 10).

Cuadro 10. FRECUENCIA DE TRASTORNO PSIQUIÁTRICO Y COMORBILIDAD. HPFBA 2016.					
COMORBILIDAD	DEPRESIÓN	ANSIEDAD	MIXTO	DEP. YANS.	DISTIMIA
Diabetes	100%	-	-	-	-
Hipertensión arterial	50%	-	25%	25%	-
Dislipidemia	50%	-	25%	25%	-
Otras no relacionadas con deterioro cognitivo	50%	50%	-	-	-
Ninguna	50%	40%	10%	-	-
Diabetes, obesidad, dislipidemia, HAS.	60%	20%	-	-	20%
Hipertensión, obesidad y artritis reumatoide	75%	-	25%	-	-
Diabetes y obesidad	50%	25%	-	25%	-
Hipertensión y antecedentes de cáncer de mama con radioterapia no metastásico	100%	-	-	-	-
Obesidad y trombosis venosa profunda	-	-	100%	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>54.1%</b>	<b>18.9%</b>	<b>16.2%</b>	<b>5.4%</b>	<b>5.4%</b>

*Dep: depresión; Ans: ansiedad; HAS: hipertensión arterial sistémica. Fuente directa N=37*

Se evaluaron las frecuencias de las subescalas de IMSOL-AM individualmente, encontrando que para la subescala de insatisfacción personal de experiencia solitaria según el grado de severidad en la mayoría de los pacientes puntuó sin insatisfacción personal, el sexo femenino con 78.6% y masculino con 81.9%, solo el 10.8% de las mujeres presentan

insatisfacción personal leve y el 10.6% moderada. Llama la atención que en los varones la insatisfacción personal moderada de la experiencia solitaria solo se presentó en el 3.6%. (Cuadro 11).

Cuadro 11. FRECUENCIA DE SUBESCALA DE INSATISFACCIÓN PERSONAL DE IMSOL-AM POR SEVERIDAD HPFBA 2016.			
SEXO	SIN INSATISFACCIÓN	LEVE	MODERADA
Femenino	78.6%	10.8%	10.6%
Masculino	81.9%	14.5%	3.6%

*Fuente directa N=37*

La frecuencia de la subescala de alienación familiar de IMSOL-AM por severidad, demostró que tanto en el sexo masculino como en el femenino, las personas dentro de la categoría sin alienación, presentan la misma distribución: 57% para el sexo femenino y 56% para el masculino. En la clasificación de alienación familiar leve, la frecuencia fue mayor para el sexo masculino (33%) en contraste con el diagnóstico de severidad moderada, dónde el sexo femenino presentó la mayor frecuencia (18%). (Cuadro 12).

Cuadro 12. FRECUENCIA DE SUBESCALA DE ALIENACIÓN FAMILIAR POR SEVERIDAD HPFBA 2016.				
SEXO	SIN ALIENACIÓN	LEVE	MODERADA	SEVERA
Femenino	57%	22%	18%	3%
Masculino	56%	33%	11%	-

*Fuente directa N=37*

La información sobre el puntaje total de IMSOL-AM se presenta en el cuadro 9. Es evidente que al menos el 68% de las mujeres y el 67% de los varones se clasificaron sin soledad, el subgrupo de soledad leve, en los masculinos evidencia la mayor frecuencia

(22%), en cambio en las mujeres es mayor la frecuencia para la clasificación de experiencia solitaria moderada (17%), no se presentaron casos para la categoría de soledad severa (Cuadro 13).

Cuadro 13. FRECUENCIA DE EXPERIECIA SOLITARIA (IMSOL-AM) POR CLASIFICACIÓN HPFBA 2016.					
SEXO	SIN SOLEDAD	LEVE	MODERADA	SEVERA	TOTAL
Femenino	68%	17%	17%	-	100%
Masculino	67%	22%	11%	-	100%

*Fuente directa N=37*

Comparando los resultados obtenidos con el estudio previo realizado en el servicio de psicogeriatría del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” sobre experiencia solitaria(54), el tamaño de la muestra en relación al presente estudio, excede en 5 participantes, también encontramos disparidad entre el numero de sujetos por sexo, en el estudio de referencia, 35 mujeres y en el presente fueron 28, en relación a los hombres fueron 5 en el previo y 9 en este; con respecto al estado civil la muestra fue similar, casados en el 45% en el estudio de 2011 contra 48.6% en este estudio, la disparidad se presentó en el grado de escolaridad ya que el mayor porcentaje de nuestra población estudió bachillerato en un 35.1% y en la investigación previa el mayor número de participantes curso hasta primaria, solo 1 de nuestros sujetos de estudio fue analfabeta comparado con 4 en el otro estudio. Con respecto a los trastornos afectivos la frecuencia fue similar, predominando la depresión, seguido de ansiedad y trastorno mixto ansioso-depresivo, mismo comportamiento de la muestra en relación a quienes viven solos con 12.5% en 2011 y 10.8%, sin embargo, en dicho estudio no se valoró la convivencia fuera del grupo de personas con quien viven, comparado con el presente estudio en el que el 75.7 % refirió tener contacto con otras personas fuera de su vivienda. En relación a los puntajes obtenidos

en IMSOL-AM, el total osciló entre 0-74 puntos, con 50% de participantes clasificados con soledad leve en el estudio de 2011, comparado con el actual, con puntaje total entre 0 hasta 54 puntos, donde el 83.78% se ubico en los grados de leve y sin soledad ; en las subescalas de alienación familiar e insatisfacción personal los puntajes establecidos difieren en cuanto a severidad, lo que dificulta la comparación de resultados, asimismo en dicho estudio no se valoró el funcionamiento cognitivo.

En los cuadros 14 y 15, se presentan el déficit cognoscitivo según MMSE y el deterioro cognitivo por MOCA respecto al déficit cognoscitivo por severidad, de nueva cuenta se observa un gran porcentaje de personas sin alteración cognitiva y ninguna evidenció déficit severo. Respecto al deterioro cognitivo, es preocupante que la mitad de las mujeres presentan dicho deterioro en el 53.6% al igual que los varones (44.4%) y la demencia se presentó en el 10.7% de las mujeres y el 11.1% de los varones.

Cuadro 14. FRECUENCIA DE DEFICIT COGNOSCITIVO POR SEVERIDAD Y SEXO (MINIMENTAL) HPFBA 2016.				
SEXO	SIN DEFICIT	DÉFICIT LEVE	DÉFICIT SEVERO	TOTAL
Femenino	71.4%	28.6%	-	100%
Masculino	88.9%	11.1%	-	100%

*Fuente directa N=37*

Cuadro 15. FRECUENCIA DE DETERIORO COGNITIVO POR SEVERIDAD Y SEXO (MOCA) HPFBA 2016.				
SEXO	NORMAL	LEVE	DEMENCIA	TOTAL
Femenino	35.7%	53.6%	10.7	100%
Masculino	44.4%	44.4%	11.2%	100%

*Fuente directa N=37*

### IMSOL-AM. ESCALA DE SOLEDAD EN EL ADULTO MAYOR.

Con la finalidad de valorar si existía correlación entre experiencia solitaria negativa y deterioro cognitivo, se realizó el cruce de variables IMSOL total y MOCA con puntajes clasificados, encontrando que de los 25 (65.6%) participantes que puntuaron dentro de la categoría sin soledad, 9 de ellos tuvieron un desempeño normal y 13 (52%) obtuvieron un puntaje que los clasificó dentro de deterioro cognitivo, así como 3 participantes estuvieron en el rango de demencia, resultando interesante que el 52% de la muestra no presentó soledad pero si deterioro cognitivo según la evaluación cognitiva de Montreal (Cuadro 16).

<b>Cuadro 16. ASOCIACIÓN ENTRE EXPERIENCIA SOLITARIA GLOBAL Y DETERIORO COGNITIVO SEGÚN MOCA.</b>					
		<b>MOCA CLASIFICACIÓN.</b>			
		<b>Normal.</b>	<b>Deterioro cognitivo leve.</b>	<b>Demencia.</b>	<b>Total.</b>
<b>IMSOL TOTAL</b>	<b>0-20=sin soledad.</b>	9	13	3	25
	<b>21-40= soledad leve.</b>	4	2	0	6
<b>Total.</b>	<b>41-60= soledad moderada.</b>	1	4	1	6
		14	19	4	37
<b>Chi-cuadrado de Pearson: 0.466.</b>					

*Fuente directa N=37*

Al realizar el mismo procedimiento estadístico con el otro instrumento de evaluación de funcionamiento cognitivo “Minimental de Folstein”, según su clasificación cruzado con la clasificación de IMSOL, es destacable como mencionamos previamente,

que ninguno de los participantes puntuó para déficit cognoscitivo severo, por otro lado, con respecto a los sujetos con ausencia de déficit cognoscitivo y sin soledad, los resultados fueron similares a los obtenidos en MOCA, siendo el mayor número de participantes 19 (51.35%), los que se ubican en estas categorías y 6 los que cursaron con déficit cognoscitivo, sin soledad. Con respecto a la ausencia de déficit cognoscitivo y soledad leve, solo 6 participantes se agruparon en estas características, quedando 6 sujetos en el rango de soledad moderada, puntuando 3 para déficit cognoscitivo leve y 3 sin déficit (cuadro 17). Al buscar correlación entre los puntajes de experiencia solitaria negativa y sus subescalas cada una por separado, con los tests de funcionamiento cognitivo mencionados, no se encontró correlación estadísticamente significativa.

**Cuadro 17. ASOCIACIÓN ENTRE EXPERIENCIA SOLITARIA GLOBAL Y DETERIORO COGNITIVO SEGÚN EL MMSE.**

		MINIMENTAL CLASIFICACIÓN		
		Ausencia de Déficit Cognoscitivo.	Déficit cognoscitivo leve.	Total.
<b>IMSOL TOTAL</b>	<b>0-20=sin soledad.</b>	19	6	25
	<b>21-40= leve.</b>	6	0	6
	<b>41-60= moderada.</b>	3	3	6
		28	9	37
<b>Chi-cuadrado de Pearson: 0.130.</b>				

*Fuente directa N=37*

En el cuadro 18 se confirma lo previamente descrito al combinar ambas pruebas cognitivas con experiencia solitaria negativa, donde 25 (65.56%) de los participantes entraron en la clasificación de sin soledad, donde 16 de los sujetos puntuaron para deterioro cognitivo leve y demencia en los dos tests cognitivos. Sin correlación estadísticamente significativa.

**Cuadro 18. ASOCIACIÓN ENTRE EXPERIENCIA SOLITARIA GLOBAL Y DETERIORO COGNITIVO SEGÚN MMSE Y MOCA.**

IMSOL Total clasificación.	Minimental clasificación.		MOCA clasificación.			
			Normal	Deterioro cognitivo Leve	Demencia	Total
<b>0-20= sin soledad.</b>	Minimental clasificación.	Ausencia de déficit cognoscitivo.	8	10	1	19
		Déficit Cognoscitivo leve.	1	3	2	6
<b>Total</b>			9	13	3	25
<b>21-40= leve.</b>	Minimental clasificación.	Ausencia de déficit cognoscitivo.	4	2	-	6
<b>Total</b>			4	2	-	6
<b>41-60= severa.</b>	Minimental Clasificación.	Ausencia de déficit cognoscitivo.	1	1	1	3
		Déficit cognoscitivo.	0	3	0	3
Total.			1	4	1	6
<b>Chi cuadrada de Pearson: 0.148</b>						

*Fuente directa N=37*

Cuando se abordaron las subescalas de IMSOL individualmente, cruzando con trastornos afectivos y los puntajes de las pruebas cognitivas clasificadas según el grado de deterioro, en la escala de alienación familiar y MOCA, 20 (54.05%) de los participantes estaban agrupados en el diagnóstico de depresión, de los cuales 12 no experimentaban alienación familiar y cinco de estos tuvieron un desempeño normal en el MOCA, mientras otros cinco fueron categorizados dentro de deterioro cognitivo leve y dos con demencia. Los que padecían alienación leve fueron cuatro y de estos uno se clasificó como normal y tres con deterioro cognitivo leve, en alienación moderada se agruparon tres participantes, de los cuales uno obtuvo un puntaje dentro de normalidad y dos con deterioro cognitivo leve y el único caso de alienación severa fue clasificado con deterioro cognitivo leve, el resto de los participantes presentaban otro diagnóstico, estando siete en el grupo de ansiedad, de los cuales seis no experimentaron soledad y el 50% con desempeño normal y deterioro cognitivo respectivamente, seis con trastorno mixto ansioso-depresivo dentro de ellos cinco con deterioro cognitivo, distribuidos 20% sin alienación, 20% moderada y 60% leve; dos con depresión y ansiedad y dos con distimia (Cuadro 19).



<b>Cuadro 19. Asociación entre subescala Alienación Familiar IMSOL y MOCA según el trastorno psiquiátrico.</b>						
<b>Trastorno psiquiátrico afectivo</b>			<b>MOCA Clasificación</b>			<b>Total</b>
			<b>Normal</b>	<b>Deterioro cognitivo leve</b>	<b>Demencia</b>	
<b>Depresión.</b>	<b>IMSOL Alienación Familiar Clasificación.</b>	<b>0-10= sin alienación.</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>12</b>
		<b>11-21= A. leve.</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>4</b>
		<b>22-33= A. moderada.</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>3</b>
		<b>34-44= A. severa.</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
		<b>Total.</b>	<b>7</b>	<b>11</b>	<b>2</b>	<b>20</b>
<b>Ansiedad.</b>	<b>IMSOL Alienación Familiar clasificación.</b>	<b>0-10= sin alienación.</b>	<b>3</b>	<b>3</b>		<b>6</b>
		<b>11-21= A. leve.</b>	<b>1</b>	<b>0</b>		<b>1</b>
		<b>Total.</b>	<b>4</b>	<b>3</b>		<b>7</b>
<b>Mixto Ansioso-Depresivo.</b>	<b>IMSOL Alienación Familiar clasificación.</b>	<b>0-10= sin alienación.</b>	<b>1</b>	<b>1</b>		<b>2</b>
		<b>11-21= A. leve.</b>	<b>0</b>	<b>3</b>		<b>3</b>
		<b>22-33= A. moderada.</b>	<b>0</b>	<b>1</b>		<b>1</b>
		<b>Total.</b>	<b>1</b>	<b>5</b>		<b>6</b>
<b>Depresión y Ansiedad.</b>	<b>IMSOL Alienación Familiar clasificación.</b>	<b>0-10= sin alienación.</b>	<b>0</b>		<b>1</b>	<b>1</b>
		<b>22-33= A. moderada.</b>	<b>1</b>		<b>0</b>	<b>1</b>
		<b>Total.</b>	<b>1</b>		<b>1</b>	<b>2</b>
<b>Distimia.</b>	<b>IMSOL Alienación Familiar clasificación.</b>	<b>11-21= A. leve.</b>	<b>1</b>		<b>0</b>	<b>1</b>
		<b>22-33= A. moderada.</b>	<b>0</b>		<b>1</b>	<b>1</b>
		<b>Total.</b>	<b>1</b>		<b>1</b>	<b>2</b>

A: alienación; MOCA: evaluación cognitiva de Montreal. Fuente directa N=37

Con respecto a insatisfacción personal, en el grupo de depresión, 15 no experimentaban insatisfacción, distribuidos seis con puntaje normal, siete con deterioro

cognitivo leve y dos con demencia; en el subgrupo de insatisfacción leve hubo dos sujetos, ambos con deterioro leve; tres experimentaban el grado moderado, obteniendo un desempeño normal y dos deterioro cognitivo leve en MOCA, el diagnóstico de ansiedad tuvo el mismo comportamiento que en la subescala de alienación y en el trastorno mixto, cuatro se ubicaron en el subgrupo sin insatisfacción con deterioro cognitivo (cuadro 20).

<b>Cuadro 20. Asociación entre subescala Insatisfacción Personal IMSOL-AM y MOCA según el trastorno psiquiátrico.</b>						
<b>Trastorno psiquiátrico afectivo.</b>			<b>MOCA Clasificación.</b>			<b>Total</b>
			<b>Normal.</b>	<b>Deterioro cognitivo leve.</b>	<b>Demencia.</b>	
<b>Depresión.</b>	IMSOL Insatisfacción personal clasificación.	0-9= sin insatisfacción.	6	7	2	15
		10-18= I. leve.	0	2	0	2
		19-27= I. moderada.	1	2	0	3
	<b>Total.</b>		7	11	2	20
<b>Ansiedad.</b>	IMSOL Insatisfacción personal clasificación.	0-9= sin insatisfacción.	3	3	-	6
		10-18= I. leve.	1	0	-	1
	<b>Total.</b>		4	3	-	7
<b>Mixto Ansioso-Depresivo.</b>	IMSOL Insatisfacción personal clasificación.	0-9= sin insatisfacción.	1	4	-	5
		19-27= I. moderada.	0	1	-	1
	<b>Total.</b>		1	5	-	6
<b>Depresión y Ansiedad.</b>	IMSOL Insatisfacción personal clasificación.	0-9= sin insatisfacción.	1		1	2
		<b>Total.</b>	1		1	2
<b>Distimia.</b>	IMSOL Insatisfacción personal clasificación.	10-18= I. leve.	1		1	2
		<b>Total.</b>	1		1	2

*I: insatisfacción; MOCA: evaluación cognitiva de Montreal. Fuente directa N=37*

Al realizarse el mismo procedimiento con Minimental, la distribución por grado de alienación e insatisfacción fue igual, sin embargo, el dato más significativo es el incremento en el número de sujetos sin déficit cognoscitivo, con un total de 28 en comparación con MOCA que fue de 14 (Cuadro 22).

<b>Cuadro 21. Asociación entre subescala Alienación Familiar IMSOL-AM y MMSE según el trastorno psiquiátrico.</b>					
<b>Trastorno psiquiátrico afectivo.</b>		<b>Minimental clasificación.</b>			<b>Total.</b>
			<b>Ausencia de déficit cognoscitivo.</b>	<b>Déficit cognoscitivo leve.</b>	
<b>Depresión.</b>	IMSOL Alienación familiar clasificación.	0-10= sin alienación.	10	2	12
		11-21= A. leve.	4	0	4
		22-33= A. moderada.	1	2	3
		34-44= A. severa.	1	0	1
	Total.		16	4	20
<b>Ansiedad.</b>	IMSOL Alienación familiar clasificación.	0-10= sin alienación.	5	1	6
		11-21= A. leve.	1	0	1
	Total		6	1	7
<b>Mixto Ansioso-Depresivo.</b>	IMSOL Alienación familiar clasificación.	0-10= sin alienación.	1	1	2
		11-21= A. leve.	2	1	3
		22-33= A. moderada.	0	1	1
	Total		3	3	6
<b>Depresión y Ansiedad.</b>	IMSOL Alienación familiar clasificación.	0-10= sin alienación.	0	1	1
		22-33= A. moderada.	1	0	1
	Total.		1	1	2
<b>Distimia.</b>	IMSOL Alienación familiar clasificación.	11-21= A. leve.	1		1
		22-33= A. moderada.	1		1
	Total.		2		2

A: alienación. Fuente directa N=37.

Con respecto a la relación con experiencia solitaria y trastorno psiquiátrico, 10 participantes se concentraron en la clasificación sin alienación y ausencia de déficit cognoscitivo con depresión, representando el subgrupo con mayor número de sujetos; solo cuatro tuvieron déficit cognoscitivo leve, 50% sin alienación y el otro 50% con grado leve, en el grupo de ansiedad se encontraron seis sin deterioro, en el trastorno mixto y en el trastorno con depresión y ansiedad se encontró el 50% con déficit cognoscitivo y 50% sin alteración, por otro lado en el subgrupo de distimia, los dos se catalogaron sin detrimento en la función cognitiva, presentándose un fenómeno similar con la subescala de insatisfacción personal (cuadro 22).

<b>Cuadro 22. Asociación entre subescala Insatisfacción Personal IMSOL y MMSE según el trastorno psiquiátrico.</b>					
<b>Trastorno psiquiátrico afectivo.</b>	<b>IMSOL insatisfacción personal clasificación.</b>		<b>Minimental clasificación.</b>		<b>Total.</b>
			<b>Ausencia de deficit cognoscitivo.</b>	<b>Deficit cognoscitivo leve.</b>	
<b>Depresión.</b>	IMSOL Insatisfacción personal clasificación.	0-9= sin insatisfacción.	13	2	15
		10-18= I. leve.	2	0	2
		19-27= I. moderada.	1	2	3
	Total.		16	4	20
<b>Ansiedad.</b>	IMSOL Insatisfacción personal clasificación.	0-9= sin insatisfacción.	5	1	6
		10-18= I. leve.	1	0	1
	Total.		6	1	7
<b>Mixto Ansioso-Depresivo.</b>	IMSOL Insatisfacción personal clasificación.	0-9= sin insatisfacción	3	2	5
		19-27= I. moderada.	0	1	1
	Total.		3	3	6

<b>Depresión y Ansiedad.</b>	IMSOL	0-9= sin	1	1	2
	Insatisfacción personal clasificación.	insatisfacción.			
	Total		1	1	2
<b>Distimia.</b>	IMSOL	10-18= I.	2		2
	Insatisfacción personal clasificación.	leve.			
	Total.		2		2

*I: insatisfacción. Fuente directa N=37*

## 6. DISCUSIÓN

En esta investigación hubo mayor número de mujeres participantes, con un total de 76% comparado con el 24% de hombres, con respecto al estado civil, fue mayor la población casada que participó en el estudio y al evaluar la escolaridad el porcentaje dominante estuvo en aquellos que estudiaron bachillerato, en el 35.1%, al evaluar los trastornos psiquiátricos en relación a si viven solos o no, se encontró que es mayor la frecuencia de depresión en aquellos que viven solos, comparado con los que cohabitan con algún familiar, con respecto a las comorbilidades médicas, fueron más frecuentes las metabólicas como diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial sistémica, obesidad y dislipidemia, únicamente nueve participantes fueron los que no presentaron alguna enfermedad no psiquiátrica. En cuanto a la presentación de trastornos afectivos en relación al estado civil, se observó que aquellas personas que padecen depresión tienen un comportamiento similar entre solteros y casados, sin embargo, la ansiedad muestra una mayor frecuencia entre los participantes casados y el trastorno mixto ansioso depresivo entre personas viudas. En relación a la experiencia solitaria en la subescala de insatisfacción personal, el porcentaje de personas que puntuaron sin insatisfacción es

elevado entre ambos sexos, no obstante, al evaluar la subescala de alienación familiar, el comportamiento entre sexos es similar, sin embargo, se reduce a 57% el número de participantes que se perciben sin alienación contra el 78.6% de mujeres y 81.% de hombres que se encontraron sin insatisfacción personal, lo que habla de la importancia de sentirse parte del núcleo familiar, aunque aparentemente no impactó sobre la satisfacción individual; al analizar el puntaje total de experiencia solitaria negativa, aproximadamente el 68% de ambos sexos, fueron agrupados dentro de los que no experimentaban soledad, sin embargo, el siguiente grupo en orden decreciente de frecuencia fue el de soledad moderada para mujeres y leve para hombres.

Al evaluar el desempeño cognitivo según MMSE, se encontró un alto porcentaje de personas sanas y ninguna evidenció déficit severo, sin embargo, al integrar lo obtenido en la prueba de MOCA, un alto porcentaje de mujeres y varones evaluados cursaron con alteraciones cognitivas en el rango de deterioro y con menor porcentaje en el rango de demencia, es importante destacar, que los cuatro participantes que puntuaron en la clasificación de demencia de la evaluación cognitiva de Montreal fueron clasificados con déficit cognoscitivo leve en el Minimental de Folstein, dos con puntajes de 18, 23 y dos con 25 respectivamente, en este sentido, es importante destacar que ninguno de los participantes del estudio tenía el diagnóstico o presentaba cuadro clínico sugerente de síndrome demencial, los cuatro participantes mantienen independencia en las actividades básicas e instrumentadas de la vida diaria; la integración de los datos anteriores con otros datos clínicos son importantes para considerar el diagnóstico de demencia y no solo la alteración en una prueba cognitiva. Por otro lado, con respecto al déficit cognoscitivo medido con MOCA, en los trastornos afectivos, la mayor frecuencia se presentó en el grupo de

pacientes con depresión, que se ubicaban en el subgrupo sin soledad, sin alienación o insatisfacción personal por separado, en comparación con el Minimental en donde el mayor subgrupo reunía las mismas características, excepto por la ausencia de déficit cognoscitivo; ninguno de los que tenían diagnóstico de distimia cursaron con deterioro en el funcionamiento cognitivo.

En estudios previamente realizados (44,45,46,49), se encontró correlación entre soledad y funcionamiento cognitivo, por citar uno de dichos estudios, encontramos la revisión sistemática realizada por Boss, Kang y Branson(43) en la que se emplearon algunas pruebas como el MMSE y otras escalas para la medición del fenómeno soledad, en una muestra grande de 2207 pacientes; la información anterior, es contraria a los resultados del presente estudio, ya que no encontramos correlación entre experiencia solitaria y deterioro cognitivo, nuestros resultados arrojan que 25 (65.6%) de los 37 participantes no experimentaron soledad, 16 de ellos fueron catalogados con deterioro cognitivo en las dos pruebas cognitivas aplicadas y 13 de ellos presentaron deterioro cognitivo con la escala de MOCA, con esta misma escala, tres pacientes se encontraron en el rango de demencia. Es importante mencionar que el tamaño de la muestra de nuestra investigación fue pequeño, no obstante, como en otras investigaciones que refutan la correlación (41,53) y al no establecerse aun causalidad y su dirección, tendría que valorarse si la pobre percepción de soledad, es consecuencia del deterioro cognitivo o demencia, como una hipótesis de trabajo para futuras investigaciones.

Es importante resaltar que se encontraron participantes con ausencia de déficit cognoscitivo o demencia en el Minimental, sin embargo, según el desempeño en el MOCA si fueron clasificados con alteración cognitiva, con lo que se reproduce lo descrito en la

literatura sobre la mayor sensibilidad de este test para detectar alteraciones cognitivas en comparación con el MMSE, no obstante, la alteración en estas pruebas no es criterio suficiente para determinar un síndrome demencial, de igual forma como ya era esperado, se observó una correlación estadísticamente significativa entre lo medido por MOCA y Minimental, sin embargo, al buscar correlación entre los puntajes de experiencia solitaria negativa y cada una de sus subescalas por separado, con los test de funcionamiento cognitivo mencionados, no se encontró correlación estadísticamente significativa y al contar con datos insuficientes no se pudo determinar si existe algún área cognitiva con mayor afectación en los sujetos con experiencia solitaria negativa con o sin deterioro cognitivo contrario a las investigaciones previas a nivel internacional.

## **7. CONCLUSIÓN.**

El objetivo de identificar si los participantes del estudio presentaban el factor de riesgo experiencia solitaria fue alcanzado mediante la escala IMSOL-AM, sin embargo, al correlacionar los puntajes y grado de severidad de experiencia solitaria con el funcionamiento cognitivo, específicamente deterioro cognitivo, la asociación no fue estadísticamente significativa, sin embargo, se logro obtener información sobre estas variables y los diferentes trastornos afectivos incluidos, predominando el subgrupo de pacientes deprimidos sin experiencia solitaria clasificados con deterioro o sin él, según la prueba cognitiva utilizada.

La muestra fue caracterizada según las variables sociodemográficas y clínicas, sin embargo, debido a la disparidad en la cantidad de hombres y mujeres, así como en el numero de participantes por grado de experiencia solitaria, los resultados son limitados para emitir una postura con respecto a su frecuencia según sexo o grado de soledad.



Con respecto a las limitaciones existentes en el presente estudio, una de ellas fue el tamaño de la muestra, siendo necesario en futuras investigaciones un mayor número de participantes que permitan el aumento de significancia estadística, asimismo, fue evidente la importancia de establecer y estandarizar puntos de corte en la escala IMSOL-AM que nos permitan graduar la severidad de experiencia solitaria negativa para posteriormente poder diseñar un estudio por subgrupos según el grado de experiencia solitaria con el mismo número de participantes por cada uno y su correlación con tests de funcionamiento cognitivo.

#### **8.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.**

1. Conapo. La situación demográfica de México 2013.
2. Routasalo P., Pitkala KH. Loneliness among older people. *Rev. Clin. Gerontol.* Cambridge University Press; 2003;13(4):303–11.
3. Cohen S. Social Relationships and Health. *Am. Psychol.* 2004;676–84.
4. Uchino BN. Social support and health: A review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *J. Behav. Med.* 2006;29(4):377–87.
5. Amieva H., Stoykova R., Matharan F., Helmer C., Antonucci TC., Dartigues J. What Aspects of Social Network Are Protective for Dementia? Not the Quantity But the Quality of Social Interactions Is Protective Up to 15 Years Later. *Psychosom Med.* 2010;72(9):905–11.
6. Sarason IG., Sarason BR. Social Support: Theory, Research and Applications. *Loneliness Res. Basic Concepts Find.* 1985;270–86.

7. Sønderby LC. Loneliness: An integrative approach. 2013;3(1):1–29.
8. Golden J., Conroy RM., Lawlor BA. Social support network structure in older people: underlying dimensions and association with psychological and physical health. *Psychol. Health Med.* 2009;14(3):280–90.
9. House JS., Landis KR., Umberson D. Social relationships and health. *Science.* 1988;241(4865):540–5.
10. Holt-Lunstad J., Smith TB., Layton JB. Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLoS Med.* 2010;7(7).
11. Reed S. *Cognition: Theory and Applications.* Cengage Learning; 2006. 512 pp
12. Jurado MB., Rosselli M. The elusive nature of executive functions: A review of our current understanding. *Neuropsychol. Rev.* 2007;17(3):213–33.
13. Depp CA., Jeste DV. Definitions and predictors of successful aging: a comprehensive review of larger quantitative studies. *Am. J. Geriatr. Psychiatry.* 2006;14(1):6–20.
14. Johnson JK., Lui LY., Yaffe K. Executive function, more than global cognition, predicts functional decline and mortality in elderly women. *J. Gerontol. A Biol. Sci Med Sci.* 2007;62(10):1134–41.
15. Deary IJ., Corley J., Gow AJ., Harris SE., Houlihan LM., Marioni RE., et al. Age-associated cognitive decline. *Br. Med. Bull.* 2009; 92:135–52.

16. Park HL., O'Connell JE., Thomson RG. A systematic review of cognitive decline in the general elderly population. *Int. J. Geriatr. Psychiatry.* 2003;18(12):1121–34.
17. Salthouse TA. When does age-related cognitive decline begin? *Neurobiol. Aging.* 2009;30(4):507–14.
18. Salthouse T. Selective review of cognitive aging. *J. Int. Neuropsychol. Soc.* 2010;16(5):754–60.
19. Schaie KW., Willis SL., Caskie GI. The Seattle Longitudinal Study: Relationship Between Personality and Cognition. *Aging, Neuropsychol. Cogn.* 2004;11(2-3):304–24.
20. Lyketsos CG., Chen LS., Anthony JC. Cognitive decline in adulthood: an 11.5-year follow-up of the Baltimore Epidemiologic Catchment Area study. *Am. J. Psychiatry.* 1999;156(1):58–65.
21. MacDonald SW., De Carlo CA., Dixon RA. Linking biological and cognitive aging: toward improving characterizations of developmental time. *J. Gerontol. B. Psychol. Sci. Soc. Sci.* 2011; 66 Suppl 1:i59–70.
22. MacDonald SW., Dixon RA., Cohen AL., Hazlitt JE. Biological Age and 12-Year Cognitive Change in Older Adults: Findings from the Victoria Longitudinal Study. *Gerontology.* 2004; 50(2):64–81.

23. Agrigoroaei S., Lachman ME. Cognitive functioning in midlife and old age: combined effects of psychosocial and behavioral factors. *J. Gerontol. B. Psychol. Sci. Soc. Sci.* 2011; 66 Suppl 1:130–40.
24. Stern Y. What is cognitive reserve? Theory and research application of the reserve concept. *J. Int. Neuropsychol. Soc.* 2002; 8(3): 448–60.
25. Alley D., Suthers K., Crimmins E. Education and Cognitive Decline in Older Americans: Results From the AHEAD Sample. *Res. Aging.* 2007; 29(1): 73–94.
26. Spiro A., Brady CB. Integrating health into cognitive aging: toward a preventive cognitive neuroscience of aging. *J. Gerontol. B. Psychol. Sci. Soc. Sci.* 2011; 66 Suppl 1: 17–25.
27. Paterniti S., Verdier-Taillefer MH., Dufouil C., Alperovitch A. Depressive symptoms and cognitive decline in elderly people. Longitudinal study. *Br. J. Psychiatry.* 2002; 181: 406–10.
28. Plassman BL., Williams JW., Burke JR., Holsinger T., Benjamin S. Systematic review: factors associated with risk for and possible prevention of cognitive decline in later life. *Ann. Intern. Med. American College of Physicians;* 2010;153(3):182–93.
29. Gao Y., Huang C., Zhao K., Ma L., Qiu X., Zhang L., et. al. Depression as a risk factor for dementia and mild cognitive impairment: A meta-analysis of longitudinal studies. *Int. J. Geriatr. Psychiatry.* 2013;28(5):441–9.

30. Valtorta N., Hanratty B. Loneliness, isolation and the health of older adults: do we need a new research agenda? *J. R. Soc. Med.* 2012;105(12):518–22.
31. Uchino BN., Cacioppo JT., Kiecolt-Glaser JK. The relationship between social support and physiological processes: a review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychol Bull.* 1996;119(3):488–531.
32. Juster RP., McEwen BS., Lupien SJ. Allostatic load biomarkers of chronic stress and impact on health and cognition. *Neurosci. Biobehav. Rev.* 2010;35(1):2–16.
33. Seeman TE. Social ties and health: The benefits of social integration. *Ann. Epidemiol. Elsevier*; 1996; 6(5):442–51.
34. Berkman LF., Glass T., Brissette I., Seeman TE. From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Soc. Sci. Med.* 2000;51(6):843–57.
35. Bennett DA., Schneider JA., Tang Y., Arnold SE., Wilson RS. The effect of social networks on the relation between Alzheimer’s disease pathology and level of cognitive function in old people: a longitudinal cohort study. *Lancet Neurol.* 2006;5(5):406–12.
36. Hawkey LC., Cacioppo JT. Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Ann. Behav. Med.* 2010; 40(2):218–27.
37. Thoits PA. Stress and health: major findings and policy implications. *J. Health Soc. Behav.* 2010; 51 Suppl:S41–53.

38. Fratiglioni L., Wang HX., Ericsson K., Maytan M., Winblad B. Influence of social network on occurrence of dementia: a community-based longitudinal study. *Lancet*. 2000;355(9212):1315–9.
39. Stoykova R., Matharan F., Dartigues JF., Amieva H. Impact of social network on cognitive performances and age-related cognitive decline across a 20-year follow-up. *Int. Psychogeriatr*. 2011;23(9):1405–12.
40. Seeman TE., Lusignolo TM., Albert M., Berkman L. Social relationships, social support, and patterns of cognitive aging in healthy, high-functioning older adults: MacArthur studies of successful aging. *Health Psychol*. 2001;20(4):243–55.
41. Cohen S. Social Relationships and Health. *Am. Psychol*. 2004;676–84.
42. Luo Y, Hawkey LC., Waite LJ., Cacioppo JT. Loneliness, health, and mortality in old age: a national longitudinal study. *Soc. Sci. Med*. 2012; 74(6):907–14.
43. Boss L., Kang DH., Branson S. Loneliness and cognitive function in the older adult: A systematic review. *Int. Psychogeriatrics*. 2015.
44. Seeman TE., Miller-Martinez DM., Stein Merkin S., Lachman ME., Tun PA., Karlamangla AS. Histories of social engagement and adult cognition: midlife in the U.S. study. *J. Gerontol. B. Psychol. Sci. Soc. Sci*. 2011;66 Suppl 1:141–52.
45. James, B., Wilson, R., Barnes, L., Bennett D. Late-Life Social Activity and Cognitive Decline in Old Age. *J. Int. Neuropsychol. Soc*. 2011;17(6):998–1005.

46. Hughes TF., Flatt JD., Fu B., Chang CH., Ganguli M. Engagement in social activities and progression from mild to severe cognitive impairment: the MYHAT study. *Int. Psychogeriatr.* 2013;25(4):587–95.
47. Wilson RS., Boyle PA., James BD., Leurgans SE., Buchman AS., Bennett DA. Negative social interactions and risk of mild cognitive impairment in old age. *Neuropsychology.* 2015; 29(4):561–70.
48. Canady VA. Study links loneliness with cognitive decline in older adults. *Ment. Heal. Wkly.* 2015; 25(29):3–4
49. Kuiper JS., Zuidersma M., Oude Voshaar RC., Zuidema SU., Van den Heuvel ER., Stolk RP., et. al. Social relationships and risk of dementia: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Ageing Res. Rev.* 2015; 22:39–57.
50. Santini ZI., Koyanagi A., Tyrovolas S., Mason C., Haro JM. The association between social relationships and depression: a systematic review. *J. Affect. Disord.* 2015; 175:53–65.
51. Hemingway H, Marmot M. Evidence based cardiology: psychosocial factors in the aetiology and prognosis of coronary heart disease. Systematic review of prospective cohort studies. *BMJ.* 1999; 318(7196):1460–7.
52. Hughes TF., Andel R., Small BJ., Borenstein AR., Mortimer JA. The association between social resources and cognitive change in older adults: evidence from the Charlotte County Healthy Aging Study. *J. Gerontol. B. Psychol. Sci. Soc. Sci.* 2008; 63(4):241–4.

53. Peláez SA. Experiencia solitaria en pacientes usuarios de clinica de trastornos afectivos del servicio de psicogeriatría en Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez". 2011.
54. Russell DW. UCLA Loneliness Scale (Version 3): reliability, validity, and factor structure. *Journal of personality assessment*. 1996; 20–40.
55. Yaben SY. Adaptación al castellano de la escala para la evaluación de la soledad social y emocional en adultos SESLA-S. *Int. J. Psychol. Psychol. Ther.* 2008;8(1):103–16.
56. Rubio HR. La soledad en las personas mayores. *Influ. Pers. Fam. y Soc. Anal. Cual.* 2001.
57. Rangel AC. Evaluación en psicogerontología . Editorial El Manual Moderno; 2009. 168 p.
58. Heinze M., et. al. Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I) Spanish version (South and Central America) 5.0.0 DSM-IV. Mexico D.F.: Instituto Nacional de Psiquiatría; 2000. p. 2000.
59. López Á., Calero M. Predictores del deterioro cognitivo en ancianos. *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.* 2009;44(4):220–4.
60. Consejo de Salubridad General. GPC. Diagnóstico y Tratamiento del Deterioro Cognoscitivo en el Adulto Mayor en el primer nivel de atención. GPC. Guías Pract. Clin. 2012; (IMSS-144-08):89.



61. Martínez de la Iglesia J., Onís Vilches MC., Dueñas HR., Albert CC., Aguado TC., Luque LR. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Medifam.* 2002;12(10):620–30.
62. Folstein MF., Folstein SE., McHugh PR. “Mini-mental state”. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J. Psychiatr. Res.* 1975;12(3):189–98.
63. Nasreddine ZS., Phillips NA., Bédirian V., Charbonneau S., Whitehead V., Collin I., et. al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J. Am. Geriatr. Soc.* 2005; 53(4):695–9.
64. Gallego M., Ferrándiz M. Validación del Montreal Cognitive Assessment (MoCA): test de cribado para el deterioro cognitivo leve. Datos preliminares. *Real. Invest. Demenc.* 2009.
65. Gil L., Ruiz de Sánchez C., Gil F., Romero SJ., Pretelt BF,. Validation of the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) in Spanish as a screening tool for mild cognitive impairment and mild dementia in patients over 65 years old in Bogotá, Colombia. *Int. J. Geriatr. Psychiatry.* 2014; 30(6):655–62.

## **9. Anexos.**

**Anexo A. Carta de consentimiento informado.**

**Anexo B. Carta de consentimiento del jefe de servicio donde se realizó el estudio.**

**Anexo C. Cédula de datos.**

**Anexo D. Mini Inventario Neuropsiquiátrico Internacional.**

**Anexo E. Escala de depresión de Yesavage 15 ítems.**

**Anexo F. Escala de soledad IMSOL-AM.**

**Anexo G. Mini examen del estado mental de Folstein.**

**Anexo H. Evaluación cognitiva de Montreal.**

**Anexo A.**  
**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA.**

**Título del protocolo:** “Experiencia solitaria negativa factor de riesgo para la disminución del funcionamiento cognitivo del adulto mayor”

**Investigador principal:** Dra. Fernanda Rojas Miranda

**Sede donde se realizará el estudio:** Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

**1. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.**

La soledad es un fenómeno que se presenta a lo largo de la vida, sin ser privativo de ninguna etapa, sin embargo, en el adulto mayor parece presentarse con mayor frecuencia y adquiere dimensiones especiales al exponerse a mayores pérdidas en varios aspectos de su vida y limitación de los recursos con los que cuenta para afrontarlas, sin embargo, la soledad en el adulto mayor es una tema poco estudiado en la población mexicana y son escasos los estudios que investigan este factor de riesgo para el inadecuado funcionamiento cognitivo del adulto mayor en México, por lo que es necesario evaluar el factor de riesgo soledad en relación al funcionamiento cognitivo para diseñar y poner en marcha estrategias de tratamiento integral.

**2. OBJETIVO DEL ESTUDIO**

Determinar el impacto de sentimiento de soledad en el funcionamiento cognitivo del adulto mayor mexicano e identificar las áreas afectadas así como apoyar el crecimiento de la investigación sobre la relación entre deterioro cognitivo y soledad y fundamentar la necesidad de realizar esfuerzos para el diseño y puesta en marcha de estrategias que disminuyan este factor de riesgo modificable para evitar el desarrollo de deterioro cognitivo o demencia.

**3. BENEFICIOS DEL ESTUDIO**

Identificar si los pacientes que presentan el factor de riesgo de experiencia solitaria experimentan disminución en el funcionamiento cognitivo en comparación con quienes no lo tienen.

**4. PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO**

En caso de aceptar participar en el estudio se le aplicara una cedula de identificación, y se administra una escala para identificar la presencia de soledad así como y 2 test para la valoración del funcionamiento cognitivo. Una vez valorados todos los participantes se realizara el análisis y posteriormente la publicación de los resultados obtenidos

**5. RIESGOS ASOCIADOS CON EL ESTUDIO**

El presente estudio presenta un riesgo mínimo para usted.

## 6. ACLARACIONES

- ✓ Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- ✓ No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- ✓ Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, -aun cuando el investigador responsable no se lo solicite-, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.
- ✓ No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
- ✓ No recibirá pago por su participación.
- ✓ En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.
- ✓ La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.
- ✓ Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

## 7. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, \_\_\_\_\_ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

\_\_\_\_\_  
Firma del participante o del padre o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo 1

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo 2

\_\_\_\_\_  
Fecha

Esta parte debe ser completada por el Investigador (o su representante):

He explicado al Sr(a). \_\_\_\_\_ La naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

\_\_\_\_\_  
Firma del investigador

\_\_\_\_\_  
Fecha

Anexo B.

**CARTA DE CONSENTIMIENTO DE LOS JEFES DE SERVICIO DONDE SE  
REALIZARA EL ESTUDIO.**

HOSPITAL PSIQUIATRICO “FRAY BERNARDINO ALVAREZ”.

Dr. Andrés Gerardo Roche Bergúa.

Jefe del Servicio de Psicogeriatría:

Por medio de la presente me permito informar a usted, jefe médico del servicio de psicogeriatría, el deseo de realizar el estudio de investigación que lleva por nombre “Experiencia solitaria negativa factor de riesgo para la disminución del funcionamiento cognitivo del adulto mayor”, por lo cual solicito su apoyo para permitirme la aplicación de los instrumentos necesarios a pacientes que se encuentren en su servicio en la clínica de trastornos afectivos, para completar mi proyecto de tesis.

A T E N T A M E N T E:

Dra. Fernanda Rojas Miranda.

Médico residente de 4to año.

Anexo C.

**CEDULA DE RECOPIACION DE DATOS.  
 “Experiencia solitaria negativa como factor de riesgo para deterioro cognitivo  
 en el adulto mayor” en la Clínica de Trastornos Afectivos del servicio de  
 Psicogeriatría del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”.**

<b>CEDULA DE RECOPIACION DE DATOS.                  “Experiencia solitaria negativa como factor de riesgo para deterioro cognitivo en el                  adulto mayor”.</b>			
1. Fecha:			
2. Nombre del paciente:			
3. Edad:			
4. Sexo:			
5. Escolaridad:			
6. Estado civil:			
7. Lugar de residencia			
8. Teléfono:			
9. Actualmente con quien vive:			
10. Convivencia con otras personas fuera de núcleo familiar o vivienda.			
11. Trastorno psiquiátrico afectivo			
12. Comorbilidad medica:	SI	NO	
Hipertensión Arterial Sistémica.			
Diabetes Mellitus Tipo:			
Dislipidemia			
Obesidad			
Otra(s):			
13. Queja cognitiva:	Si ↓		No
<b>En caso de responder si describir:</b>			

## Anexo D.

### MINI ENTREVISTA NEUROPSIQUIATRICA INTERNACIONAL.

#### 1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

2

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Número de protocolo: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Hora en que inició la entrevista: \_\_\_\_\_  
 Nombre del entrevistador: \_\_\_\_\_ Hora en que terminó la entrevista: \_\_\_\_\_  
 Fecha de la entrevista: \_\_\_\_\_ Duración total: \_\_\_\_\_

Módulos	Periodo explorado	Cumple los criterios	DSM-IV	CIE-10
A EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (EDM)	Actual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	299.20-296.26 episodio único	F32.x
	Recidivante	<input type="checkbox"/>	296.30-296.36 recidivante	F33.x
EDM CON SÍNTOMAS MELANCÓLICOS (opcional)	Actual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26 episodio único	F32.x
			296.30-296.36 recidivante	F33.x
B TRASTORNO DISTÍMICO	Actual (últimos 2 años)	<input type="checkbox"/>		
C RIESGO DE SUICIDIO	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.4	F34.1
	Riesgo: <input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderado <input type="checkbox"/> alto	<input type="checkbox"/>		
D EPISODIO MANÍACO	Actual	<input type="checkbox"/>	296.00-296.06	F30.x-F31.9
	Pasado	<input type="checkbox"/>		
EPISODIO HIPOMANÍACO	Actual	<input type="checkbox"/>	296.80-296.89	F31.8-F31.9/F34.0
	Pasado	<input type="checkbox"/>	300.01/300.21	F40.01-F41.0
E TRASTORNO DE ANGUSTIA	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>		
	De por vida	<input type="checkbox"/>	300.22	F40.00
F AGORAFOBIA	Actual	<input type="checkbox"/>		
G FOBIA SOCIAL ( <i>Trastorno de ansiedad social</i> )	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.23	F40.1
H TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.3	F42.8
I ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (opcional)	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	309.81	F43.1
J DEPENDENCIA DE ALCOHOL	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	303.9	F10.2x
ABUSO DE ALCOHOL	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	305.00	F10.1
K DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS (no alcohol)	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.1-F19.1
ABUSO DE SUSTANCIAS (no alcohol)	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.1-F19.1
L TRASTORNOS PSICÓTICOS	De por vida	<input type="checkbox"/>	295.10-295.90/297.1	F20.xx-F29
	Actual	<input type="checkbox"/>	297.3/293.81/293.82 293.89/298.8/298.9	
TRASTORNO DEL ESTADO DEL ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS	Actual	<input type="checkbox"/>	296.24	F32.3/F33.3
M ANOREXIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
N BULIMIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.51	F50.2
ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVA/PURGATIVA	Actual	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
O TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	Actual (últimos 6 meses)	<input type="checkbox"/>	300.02	F41.1
P TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD (opcional)	De por vida	<input type="checkbox"/>	301.7	F60.2

## Anexo E.

### ESCALA DE DEPRESIÓN DE YESAVAGE

(VERSIÓN 15 PREGUNTAS).

	SI	NO
1- ¿En general, está satisfecho con su vida?	0	1
2- ¿Ha abandonado mucho sus tareas habituales y aficiones?	1	0
3- ¿Sientes que su vida está vacía?	1	0
4- ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	1	0
5- ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	0	1
6- ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	1	0
7- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	0	1
8- ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a?	1	0
9- ¿Prefiere ud quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	1	0
10- ¿Crees que tiene más problemas que la mayoría de las gentes?	1	0
11-¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo?	0	1
12- ¿Actualmente se siente un/una inútil? 1	1	0
13-¿Se siente lleno/a de energía?	0	1
14-¿Se siente sin energías en estos momentos?	1	0
15-¿Piensa que la mayoría de las gentes está en mejor situación que usted?	1	0

Calificación:

0 a5..... Normal

6 a 9 .....D. leve

+ 10.....D. establecida



**Anexo F.**  
**IMSOL-AM. ESCALA DE SOLEDAD EN EL ADULTO MAYOR.**

Autores: Montero-López Lena, M; Rivera-Ledesma, A.

Fecha de Aplicación:

Nombre del Paciente:

Instrucciones: Enseguida encontrará una serie de afirmaciones que describen diversos sentimientos. Su tarea consiste en indicar con qué frecuencia experimenta dichos sentimientos para ello la clave que se encuentra al lado derecho de cada oración. Responda de manera sincera y espontánea, recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas, lo que importa es lo que usted sienta.

Afirmaciones	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
01. Siente que sólo cuenta consigo mismo	4	3	2	1	0
02. se siente rechazado(a)	4	3	2	1	0
03. Se siente inseguro(a) acerca de su futuro	4	3	2	1	0
04. Se siente aislado(a)	4	3	2	1	0
05. Se siente incomprendido(a) en su familia	4	3	2	1	0
06. Se siente vacío (a) de cariño	4	3	2	1	0
07. Se siente cansado(a) de luchar por la vida	4	3	2	1	0
08. Se siente como encerrado(a) en sí mismo(a)	4	3	2	1	0
09. Se siente solo(a)	4	3	2	1	0
10. Se siente apartado (a) de su familia	4	3	2	1	0
11. Se siente abandonado(a)	4	3	2	1	0
12. Siente su vida vacía	4	3	2	1	0
13. Siente que su familia desconoce sus sentimientos	4	3	2	1	0
14. Se siente insatisfecho(a) con su vida	4	3	2	1	0
15. Siente que su familia desapueba su manera de ser	4	3	2	1	0
16. Siente que su vida carece de propósito	4	3	2	1	0
17. Se siente desamparado(a)	4	3	2	1	0
18. Siente que la soledad es su única compañía	4	3	2	1	0
19. Siente que su vida está llena de conflictos y tristezas	4	3	2	1	0
20. Se siente triste	4	3	2	1	0
Puntuación Total:					
Subescala de Alienación Familiar: (reactivos 1,2,4,5,6,8,9,10,11,13 y 15)					
Subescala de Insatisfacción Personal: (reactivos 3,7,12,14,16,17,18,19 y 20)					

## Anexo G.

### MINIEXAMEN DEL ESTADO MENTAL “MINIMENTAL” DE FOLSTEIN. (ANVERSO Y REVERSO).

#### MINIEXAMEN DEL ESTADO MENTAL, “MINIMENTAL” DE FOLSTEIN

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_  
 Sabe leer: si  no  Sabe escribir si  no   
 Escolaridad (años): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 No. de registro: \_\_\_\_\_ Puntaje total: \_\_\_\_\_

#### **Instrucciones:**

Debe realizar la detección una vez al año a las personas de 60 años y más que acudan a la unidad de salud, independientemente del motivo (aplique también la Escala de Depresión Geriátrica conocida como GDS). para realizar una evaluación del estado Mental. En todos los casos, las respuestas del sujeto se califican con el número 1 cuando son correctas y con cero, cuando son incorrectas. Las calificaciones deben anotarse en cada espacio y al final sumaras y anotar en la casilla derecha. Finalmente sume todas las calificaciones de cada apartado para obtener la puntuación total y anótelo en el espacio destinado para Calificación Total.

ORIENTACIÓN																																																	
<p>Máximo 5.</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 20%; text-align: center;">Correcto</th> <th style="width: 20%; text-align: center;">Incorrecto</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>Tiempo</b></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>¿En qué año estamos?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>¿En qué mes estamos?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>¿Qué día del mes es hoy?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>¿Qué día de la semana es hoy?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>¿Qué hora es aproximadamente?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Total correcto _____</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Correcto	Incorrecto	<b>Tiempo</b>			¿En qué año estamos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿En qué mes estamos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Qué día del mes es hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Qué día de la semana es hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Qué hora es aproximadamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Total correcto _____			<p>Máximo 5.</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 20%; text-align: center;">Correcto</th> <th style="width: 20%; text-align: center;">Incorrecto</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>Lugar</b></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>¿En dónde estamos ahora?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>¿En qué piso estamos?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>¿Qué colonia es esta?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>¿Qué ciudad es esta?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>¿En qué país estamos?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Total correcto _____</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Correcto	Incorrecto	<b>Lugar</b>			¿En dónde estamos ahora?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿En qué piso estamos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Qué colonia es esta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Qué ciudad es esta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿En qué país estamos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Total correcto _____		
	Correcto	Incorrecto																																															
<b>Tiempo</b>																																																	
¿En qué año estamos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																															
¿En qué mes estamos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																															
¿Qué día del mes es hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																															
¿Qué día de la semana es hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																															
¿Qué hora es aproximadamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																															
Total correcto _____																																																	
	Correcto	Incorrecto																																															
<b>Lugar</b>																																																	
¿En dónde estamos ahora?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																															
¿En qué piso estamos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																															
¿Qué colonia es esta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																															
¿Qué ciudad es esta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																															
¿En qué país estamos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																															
Total correcto _____																																																	

MEMORIA			
<b>Le voy a decir 3 objetos. Cuando yo termine quiero que por favor usted los repita</b>			
Máximo 3.			
Papel    Correcto <input type="checkbox"/> Incorrecto <input type="checkbox"/>	Bicicleta    Correcto <input type="checkbox"/> Incorrecto <input type="checkbox"/>	Cuchara    Correcto <input type="checkbox"/> Incorrecto <input type="checkbox"/>	
Total correcto _____			

ATENCIÓN Y CÁLCULO	MEMORIA DIFERIDA																								
<p>Escolaridad &gt; 8 años</p> <p>Máximo 5.</p> <p><b>Le voy a pedir que reste de 7 en a partir de 100</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">93</td> <td style="width: 40%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>86</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>79</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>72</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>65</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding-top: 5px;">Total correcto _____</td> </tr> </table>	93	<input type="checkbox"/>	86	<input type="checkbox"/>	79	<input type="checkbox"/>	72	<input type="checkbox"/>	65	<input type="checkbox"/>	Total correcto _____		<p>Escolaridad &lt; 8 años</p> <p>Máximo 5.</p> <p><b>Reste de 3 en 3 a partir de 20</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">17</td> <td style="width: 40%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>14</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>11</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>8</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding-top: 5px;">Total correcto _____</td> </tr> </table>	17	<input type="checkbox"/>	14	<input type="checkbox"/>	11	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	Total correcto _____	
93	<input type="checkbox"/>																								
86	<input type="checkbox"/>																								
79	<input type="checkbox"/>																								
72	<input type="checkbox"/>																								
65	<input type="checkbox"/>																								
Total correcto _____																									
17	<input type="checkbox"/>																								
14	<input type="checkbox"/>																								
11	<input type="checkbox"/>																								
8	<input type="checkbox"/>																								
5	<input type="checkbox"/>																								
Total correcto _____																									
<p>Máximo 3.</p> <p><b>Dígame los 3 objetos que le mencioné al principio</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">Papel</td> <td style="width: 40%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Bicicleta</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Cuchara</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding-top: 5px;">Total correcto _____</td> </tr> </table>		Papel	<input type="checkbox"/>	Bicicleta	<input type="checkbox"/>	Cuchara	<input type="checkbox"/>	Total correcto _____																	
Papel	<input type="checkbox"/>																								
Bicicleta	<input type="checkbox"/>																								
Cuchara	<input type="checkbox"/>																								
Total correcto _____																									



## Anexo H.

### EVALUACION COGNITIVA MONTREAL (MOCA).

#### MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA) (EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL)

NOMBRE:  
Nivel de estudios:  
Sexo:

Fecha de nacimiento:  
FECHA:

VISUOESPACIAL / EJECUTIVA							Puntos	
<p>Final</p> <p>Comienzo</p>		<p>Copiar el cubo</p>		<p>Dibujar un reloj (Once y diez) (3 puntos)</p>			<p>___/5</p>	
[ ]		[ ]		[ ]	[ ]	[ ]		
[ ]		[ ]		[ ]	[ ]	[ ]	___/5	
IDENTIFICACIÓN							Puntos	
							<p>___/3</p>	
[ ]		[ ]		[ ]				
MEMORIA	<p>Lea la lista de palabras, el paciente debe repetirlas. Haga dos intentos. Recuérdelas 5 minutos más tarde.</p>		ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO	Sin puntos
		1er intento						
		2º intento						
ATENCIÓN	<p>Lea la serie de números (1 número/seg.)</p>	<p>El paciente debe repetirla. [ ] 2 1 8 5 4</p> <p>El paciente debe repetirla a la inversa. [ ] 7 4 2</p>					___/2	
<p>Lea la serie de letras. El paciente debe dar un golpecito con la mano cada vez que se diga la letra A. No se asignan puntos si ≥ 2 errores.</p>		<p>[ ] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOF AAB</p>					___/1	
<p>Restar de 7 en 7 empezando desde 100.</p>		[ ] 93	[ ] 86	[ ] 79	[ ] 72	[ ] 65	___/3	
		<p>4 o 5 sustracciones correctas: 3 puntos, 2 o 3 correctas: 2 puntos, 1 correcta: 1 punto, 0 correctas: 0 puntos.</p>						
LENGUAJE	<p>Repetir: El gato se esconde bajo el sofá cuando los perros entran en la sala. [ ] Espero que él le entregue el mensaje una vez que ella se lo pida. [ ]</p>						___/2	
<p>Fluidez del lenguaje. Decir el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra "P" en 1 min. [ ] _____ (N ≥ 11 palabras)</p>							___/1	
ABSTRACCIÓN	<p>Similitud entre p. ej. manzana-naranja = fruta [ ] tren-bicicleta [ ] reloj-regla</p>						___/2	
RECUERDO DIFERIDO	<p>Debe acordarse de las palabras SIN PISTAS</p>	ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO	Puntos por recuerdos SIN PISTAS únicamente	
		[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]		
Optativo	<p>Pista de categoría</p> <p>Pista elección múltiple</p>							
ORIENTACIÓN	<p>[ ] Día del mes (fecha)</p>	[ ] Mes	[ ] Año	[ ] Día de la semana	[ ] Lugar	[ ] Localidad	___/6	
<p>© Z. Nasreddine MD Versión 07 noviembre 2004 www.mocatest.org</p>		<p>Normal ≥ 26 / 30</p>			<p>TOTAL ___/30 Añadir 1 punto si tiene ≤ 12 años de estudios</p>			