

Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana

Volumen 11 No.2 - 2014

Deterioro cognitivo leve y afectividad en el adulto mayor

Mild cognitive impairment and Affectivity on the Elder

Lic. Roxana Mato Díaz,¹MSc. Raquel Pérez Díaz,¹MSc. Tania Mèndez Amador,^{1,II}

^ILic. Psicología. Hospital Calixto García Fríguez. La Habana, Cuba.

^{II}Lic. Psicología. Máster en Gerontología y Medicina Natural y Tradicional. Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud (CITED). La Habana, Cuba.

^{III} Lic. Defectología. Máster en Psicología de la Salud. Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud (CITED). La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: En los últimos años el aumento del envejecimiento poblacional ha sido considerable, encontrándose altas tasas de prevalencia de demencia y de deterioro cognitivo leve a nivel mundial.

Objetivos: Destacar desde una revisión bibliográfica actualizada, el valor de la relación entre el deterioro cognitivo leve y las alteraciones emocionales, específicamente la ansiedad y la depresión.

Método: Se realizó la búsqueda en Internet, extrayéndose textos clásicos, así como publicaciones de los últimos 10 años, utilizándose aquellas informaciones completas y novedosas sobre el tema. La búsqueda se realizó en las bases de datos: Pubmed, Scielo, y MEDLINE, escogiéndose descriptores tanto en español como en inglés.

Desarrollo: Según avanza la edad, el aumento de estas patologías se hace ver más a menudo y junto con ellas las alteraciones emocionales, describiéndose por muchos autores como predictoras, antecesoras o son consecuencias de enfermedades crónicas no transmisibles. En lo psicológico, las investigaciones sobre el envejecimiento, se han basado más en evaluar los aspectos cognitivos y sus alteraciones patológicas como la aparición de deterioro cognitivo leve.

Conclusiones: Las investigaciones sobre las alteraciones emocionales que acompañan a las enfermedades crónicas no transmisibles en el anciano, deben seguir siendo un desafío para la rama de la Gerontología y la Psicología.

Palabras clave: deterioro cognitivo leve, afectividad, anciano.

ABSTRACT

Introduction: During the last years the increment of the population aging has been significant and finding high levels of dementia prevalence and mild cognitive deterioration in a worldwide level.

Objective: To stand out by an update bibliographic review, the value of the relationship between the mild cognitive deterioration and the emotional changes, specifically the anxiety and depression.

Methods: Through a search done in INTERNET, there were collected classic texts as well as publications of the last 10 years and there were used those complete and novel informations about the theme. This search was done in PubMed, SCIELO and MEDLINE sites; English and Spanish descriptors were selected.

Development: As people become older, the increase of these pathologies is more visible so the emotional changes, describe by many authors as prognosticators, predecessors or they are consequences of non transmittable chronic diseases. On the psychological branch, researches about aging have been more prone to assess the cognitive aspects and their pathological changes as the mild cognitive deterioration appearance

Conclusions: The researches about emotional changes together with non transmittable chronic diseases on elders should continue being a challenge for Gerontology and Psychology specialties.

Key words: mild cognitive impairment, affectivity, elder

INTRODUCCIÓN

Durante los últimos años ha existido un creciente envejecimiento de la población a nivel mundial. En América Latina y el Caribe, según la División de Población de las Naciones Unidas, Cuba es el segundo país más envejecido y se espera que para el 2025 ocupe la primera posición.^{1, 2}

Estudios realizados demuestran que los individuos con deterioro cognitivo y sus manifestaciones clínicas ligeras, tienen un mayor riesgo de padecer en un futuro no muy lejano de algún tipo de demencia.^{3- 5}

Si bien todo aumento del envejecimiento trae consigo el incremento de enfermedades crónicas no transmisibles, entre ellas el deterioro cognitivo leve, con el cual se ha incrementado el número de investigaciones que contribuyan, desde lo psicológico, a describir el mismo; estas investigaciones se han encaminado a los aspectos cognitivos y menos a los afectivos y dentro de estos últimos acerca de la sintomatología clínica ansiosa o depresiva y no a sus aspectos dimensionales y cualitativos dentro de sujetos que comienzan con el déficit cognitivo leve.

No cabe duda de que el rápido incremento de los adultos mayores durante las recientes décadas ha brindado oportunidades para la investigación gerontológica sobre la salud, el bienestar y la expectativa de vida con el objetivo de brindar una mejor atención a este grupo etario.^{6, 7}

DESARROLLO

El aumento del envejecimiento ha traído como consecuencias altas tasas de prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, entre ellas el deterioro cognitivo leve y las demencias. Esto no significa que los adultos mayores tengan que presentar estas patologías necesariamente, ya que la mayoría de ellos envejecen con calidad, y tienen una cognición normal para su edad, sexo y años de estudio, por lo que no es extraño encontrar personas adultas mayores activos física y mentalmente.^{7, 8}

Durante el proceso de envejecimiento se produce un enlentecimiento y una menor eficiencia del funcionamiento cognitivo. No obstante, estos cambios o declives en las primeras fases de procesamiento ocurren desde muy temprano en la vida.

Disímiles autores están en correspondencia con que el declive cognitivo comienza a observarse en la mayoría de la población en la edad adulta, sin embargo, el mismo no sucede en todos los individuos ni en todas las áreas de igual manera, hablándose del carácter individualizado, mencionando como las diferencias interindividuales son muy marcadas e

intervienen otros factores de tipo educativo, laboral, social y afectivo.^{9,10}

Investigaciones han demostrado que existen áreas cognitivas que se ven afectadas por el proceso de envejecimiento, resaltando como aparece un déficit en la memoria a corto plazo, destacándose las dificultades en la memoria de trabajo y en la memoria primaria estas acompañadas de un déficit en la memoria episódica, las cuales no afectan la funcionalidad del adulto.¹⁰⁻¹¹

Cuando nos encontramos con adultos mayores afectados con deterioro cognitivo leve, las dificultades cognitivas que encontramos son entre otras, leves problemas en el pensamiento y la memoria las cuales no interfieren en sus actividades cotidianas, aunque tanto los mismos, como sus amigos y familiares, suelen ser conscientes de esos problemas de memoria. Sin embargo, no todos los afectados de deterioro cognitivo leve desarrollan demencia, se estima que sí lo hacen, entre un 5 % y un 10 % de ellos 12 y hasta un 15 % o más.¹³

El deterioro cognitivo leve puede ir acompañando de trastornos afectivos en el adulto mayor, agravando el cuadro clínico de la enfermedad al incrementar el daño, propiciar la dependencia, el desajuste farmacoterapéutico y los problemas de seguimiento y adherencia de dichos tratamientos, la severidad de la sintomatología y la carencia de redes sociales de apoyo y cuidado.¹⁰

Entre las sintomatologías afectivas, la depresión y la ansiedad se han abordado con más frecuencia en los estudios, aunque sus términos han sido una fuente de confusión, ya que los mismos tienen significados diferentes en los distintos campos de la ciencia, de hecho en una misma disciplina como la psicopatología los términos de ansiedad y depresión se han empleado indistintamente para referirse a un estado de ánimo, a un síntoma y a un síndrome.¹⁴

Se ha considerado que la ansiedad es una de las alteraciones más comunes encontradas en investigaciones del adulto mayor, en ocasiones, la percepción subjetiva de este fenómeno no es experimentada o comunicada por el anciano, por lo que se hace más evidente los síntomas físicos de inquietud motora o tensión muscular, así como psicosomáticos.⁹

La ansiedad ante el desafío es uno de los cuadros situacionales que aparecen asociados al deterioro cognitivo leve, con la presencia de síntomas ansiosos que son el resultado de percibir incapacidad para realizar ciertas tareas.¹⁵ Los niveles de la ansiedad ante el desafío pueden llegar hasta reacciones catastróficas e incluso ser confundidos con conductas de agitación.

Clark y Watson¹⁶ indican como un elemento que eleva la confusión entre la ansiedad y la depresión es, precisamente, que en ambas existen los estados de ánimo normales y las entidades diagnósticas específicas.

A su vez el deterioro cognitivo puede dificultar la identificación de los síntomas depresivos por parte del paciente,¹⁷ manifestándose datos que, cuando los familiares son interrogados sobre los posibles síntomas depresivos, la prevalencia aumenta hasta en un 85 %.¹⁸

La manifestación de los síntomas depresivos pueden variar a medida que el deterioro cognitivo progresas,^{19,20} aun cuando la depresión sea más frecuente en los estadios iniciales de la demencia,²¹ esta puede presentarse en fases más avanzadas²² y la gravedad de la depresión no se correlaciona con la gravedad de la demencia.²³

Como uno de los criterios diagnósticos del deterioro cognitivo leve, relevante en su diferenciación con las demencias, se encuentra la conservación del estado funcional.¹³ Un estudio realizado en nuestro país encontró afectación mínima en algunas actividades de la vida cotidiana especialmente: ir de compras, recordar, automedicarse, viajar solo y preparar comidas complejas.²⁴ Esto sucede aun cuando no hay alteraciones emocionales, sin embargo, la presencia de síntomas depresivos puede empeorar el funcionamiento cognitivo en aspectos como la atención, concentración, velocidad de respuesta psicomotora y aspectos de la memoria con gran carga afectiva.²⁵

La ansiedad en el paciente con deterioro cognitivo leve puede manifestarse como síndrome o como síntomas difusos, aunque a veces puede llegar a conformar un trastorno psiquiátrico con criterios diagnósticos establecidos. Entre los trastornos que pueden aparecer se puede mencionar el trastorno de pánico, las fobias y el trastorno de ansiedad generalizada; este último puede aparecer con mayor frecuencia en estadios iniciales o incipientes del deterioro cognitivo leve y la demencia.²⁶

Otro cuadro es el de ansiedad situacional que aparece asociado al deterioro cognitivo leve, específicamente la ansiedad ante el desafío, con la aparición de síntomas que son el resultado de percibir el adulto mayor cierta incapacidad para la realización de algunas tareas. Estos niveles de ansiedad pueden llegar hasta reacciones catastróficas e incluso ser confundidos con conductas de agitación.²⁷

La estimación de la prevalencia global de síntomas ansiosos en la población con deterioro cognitivo leve ha sido estudiado por diferentes investigadores, encontrándose hasta por encima del 30 %.²⁸ Según los diferentes estudios encontramos una prevalencia del 5 % al 21% para los trastornos específicos de ansiedad,²⁷ y de un 8 % a un 71% para los síntomas de esta entidad.²⁹ Hasta un 75% de los pacientes con deterioro cognitivo ligero, presentan síntomas de ansiedad.³⁰ En estos pacientes el riesgo de conversión a demencia se acerca al doble cuando están presentes dichos síntomas.³¹

El predominio de alteraciones afectivas unidas a la presencia de deterioro cognitivo agrava el estado evolutivo del trastorno, ya que el individuo experimenta un marcado declive tanto emocional como físico, hay un detrimento de su actividad cotidiana, elude la sociabilidad y manifiesta diversos síntomas adversos y otros cambios negativos.³¹

Se ha encontrado asociación entre el deterioro cognitivo leve y las alteraciones afectivas,^{32,33} pero también su relación con variables sociodemográficas tales como: sexo, edad y escolaridad, de manera que hay discrepancias en torno al predominio del sexo femenino o masculino³⁴,³⁵ y una correlación positiva de la enfermedad con el incremento de la edad^{35, 36} y negativa con la escolaridad.^{35, 37}

Las evidencias de que muchos de los trastornos emocionales asociados al deterioro cognitivo son síntomas fundamentales de la enfermedad en sí y no solamente una respuesta emocional a una situación desesperada,³⁸ obliga a los profesionales de la atención gerontológica a identificar con precisión los síntomas para poder ser tratados con éxito.

CONCLUSIONES

Si bien la ciencia ha realizado grandes avances en la descripción del deterioro cognitivo leve y ha encontrado asociación con las alteraciones emocionales que pueden precederlo, acompañarlo o ser una consecuencia del mismo, los vínculos y bases neurales que están en su base continúan siendo objeto de investigación y constituyen un reto para la Gerontología y la Geriatría en la actualidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Envejecimiento poblacional en el mundo. 2008. [citado Ago 2013]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/dd/ais/hsa2008.htm>
2. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2011. La Habana, 2012. ISSN: 1561-4425.
3. Haninen T, Koivisto K, Reinikainen KJ, Vanhanen M, Helkala EL, Soininen H, et al. Prevalence of age-associated cognitive decline in an elderly population. Age Ageing. 1996; 25(3): 201-5.
4. Koivisto K, Reinikainen KJ, Haninen T, Vanhanen M, Helkala EL, Mykkanen L, et al. Prevalence of age-associated memory impairment in a randomly selected population from eastern. Finland Neurology. 1995; 45 (4): 741-7.
5. Silva A, San José A. Características diferenciales de la enfermedad en el anciano frágil. Medicina. Madrid. 1999; 174: 5789 -96.
6. GR Luis Miguel. Envejecimiento y fragilidad rectos para el desarrollo de servicios socio sanitarios. Fundamentos biológicos y clínicos. 2010. [citado 4 Jul 2013]. Disponible en: www.ccinshae.salud.gob.mx
7. UR Jogiro. Envejecimiento activo, envejecimiento en positivo. 2009. [citado, Ago 2013]. Disponible en: <http://dialnet.es/servlet/libro?codigo=343628> .
8. Vega E. OPS/OMS. Simposio Regional Día Mundial de la Salud 2012: Envejecimiento Saludable. "La salud añade vida a los años". Washington, D.C; 12 de abril de 2012.
9. TH Leonid. Afectividad positiva y negativa en ancianos con y sin trastornos psicopatológicos. (Tesis) .La Habana Junio 2013.
10. Klendall Hunt. Geriatrics Review Syllabus. 3rd ed. EUA; 1996.

11. PD Raquel. Envejecimiento normal y patológico. Conferencia; 2012; Universidad de la Habana; La Habana 2012.
12. Fernández Concepción O, Rojas Fuentes J, Pando A, Marrero Fleita M, Mesa Barrero Y, Santiesteban Velázquez N, et-al. Deterioro cognitivo después de un infarto cerebral: frecuencia y factores determinantes. *Rev. Neurol.* 2008; 46: 326-30.
13. Alzheimer's Disease Workgroup. Mild Cognitive Impairment (MCI) due to Alzheimer's Disease Workgroup. Criteria for Mild Cognitive Impairment due to Alzheimer's Disease. W DC., Jun 11, 2010.
14. Riquelme A. Depresión y envejecimiento. Curso Virtual de Formación en Psicogerontología. 2010. [Citado, Mar 2012]. Disponible en: fpsicologia-206-149.inf.um.es/moodle
15. Ballard C, Neil D, O'Brien J, McKeith IG, Ince P, Perry RI. Anxiety, depression and psychosis in vascular dementia: Prevalence and associations. *Journal of Affective Disorders*, 2000; 59(2): 97-106.
16. Clark L, Watson D. Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*. 1991; 100: 316-36.
17. Logsdon RG, Teri L. Depression in Alzheimer's disease patients: caregivers as surrogate reporters. *J Am Geriatr Soc* 1995; 43: 150-55.
18. Mckenzie TB, Robiner WN, Knopman DS. Differences between patient and family assessments of depression in Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry* 1989; 146: 1174-78.
19. Forsell Y, Jorm AF, Fratiglioni, Winblad, B. Application of DSM-III-R criteria for major depressive episode to elderly subjects with and without dementia. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 1199-02.
20. Lazarus LW, Newton N, Cohler B, Lesser J, Schweon C. Frequency and presentation of depressive symptoms in patients with primary degenerative dementia. *Am J Psychiatry*. 1987; 144: 41-5.
21. Sultzer DL, Levin HS, Mahler ME, High WM, Cummings JL. Assessment of cognitive, psychiatric and behavioral disturbances in patients with dementia: The Neurobehavioral Rating Scale. *J Am Geriatr Soc* 1992; 40: 549-55.
22. Cummings JL, Miller BL, Hill MA. Neuropsychiatric aspects of multi-infarct dementia and dementia of the Alzheimer type. *Arch Neurol* 1987; 44: 389-93.
23. Kathol RG, Williams J, Clamon G, Noyes RRJ. Diagnosis of major depression in cancer patients according to four sets of criteria. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 1021-24.
24. Peña Sosa ES. Actividades instrumentadas de la vida diaria en pacientes con deterioro cognitivo leve (Tesis). CITED 2010-2011. La Habana 2012.
25. Martínez Larrea JA. Trastornos afectivos: análisis de su comorbilidad en los trastornos psiquiátricos más frecuentes. ANALES. [citado Oct 2013]; 25 (3). Disponible en: <http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/5564>
26. Pérez DR. Tratamiento de la ansiedad en el adulto mayor. GEROINFO. Publicaciones de Gerontología y Geriatría. 2007; 2(1).
27. Ballard C, Neil D, O'Brien J, McKeith IG, Ince P, Perry RI. Anxiety, depression and psychosis in vascular dementia: Prevalence and associations. *Journal of Affective Disorders*. 2000; 59(2): 97-106.
28. Ballard C, Boyle A, Bowler C. Anxiety disorders in dementia sufferers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 1996; 11(11): 987-90.
29. Seignourel PJ, Kunik ME, Snow L, Wilson N, Stanley M. Anxiety in dementia: A critical review. *Clin Psychol Review*, 2008; 28(7): 1071-82.
30. Rozzini L, Vicini Chilovi B, Conti M. Conversion of amnestic Mild cognitive Impairment to Dementia of Alzheimer type is independent to memory deterioration. *In J Geriatr Psychiatry*. 2007; 22:1217-22.
31. Frutos MT. Perfil Neuropsicológico del Deterioro Cognitivo leve con afectación de Múltiples áreas cognitivas. Importancia de la amnesia en la distinción de los subtipos de pacientes. *Rev. Neurología*. 2007; 44 (8):455-59.
32. Clínica Mayo. Deterioro cognitivo en el adulto mayor. [citado, Ene 2013]. Disponible en: http://www.farmanews.com/notas_de_prensa/N3770.html
33. Rosselli M, Ardila A. Deterioro cognoscitivo leve. La detección temprana de las demencias desde la perspectiva neuropsicológica. *Acta Neurol Colomb*. 2010; 26: Sup (3:1):59-68. [citado, Oct 2012]. Disponible en: http://www.acnweb.org/acta/acta_2010_26_Sup1_59-68.pdf

34. Clínica Mayo. The Incidence of MCI Differs by Subtype and is Higher in Men. enero 2012. [citado, Jul 2012]. Disponible en:
http://www.farmanews.com/notas_de_prensa/N3770.html
35. Samper Noa JA, Llibre Rodríguez JJ, Sánchez Catases C, Pérez Ramos C, Morales Jiménez E, Sosa Pérez S, et al. Edad y escolaridad en sujetos con deterioro cognitivo leve. Rev Cub Med Mil [Internet] dic 2011 [citado 2012 Jul 10] ; 40 (3-4): 203-10. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0138_65572011000300001&ng=es
36. Petersen RC. Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. J. Int. Med. 2004; 256: 183-94.
37. Roe CM, Xiong Ch, Miller JPh, Morris JC. Education and Alzheimer disease: Support for the cognitive reserve hypothesis. Neurology.2007; 68:223-28.
38. McHugh PR. Trastornos emocionales asociados a las demencias. En: Heston L, editor. Avances en la enfermedad de Alzheimer y estados similares. Barcelona: J&C Ediciones Médicas S.L. 1998: 1-8.

Recibido: 13 de febrero de 2014

Aceptado: 12 de junio de 2014

Roxana Mato Díaz. Hospital Calixto García Íñiguez. La Habana, Cuba. Correo electrónico: roxy@cubasiel.com