

Ansiedad y depresión en ancianos cubanos con deterioro cognitivo leve: un acercamiento desde sus vivencias

Anxiety and depression in Cuban elderly with mild cognitive impairment: an approximation since their experiences.

MSc. Raquel Pérez Díaz,^I Lic. Roxana Mato Díaz,^{II} MSc. Tania Méndez Amador,^{III} Lic. Eva Sánchez Sánchez^{IV}

^I Lic. Psicología. Máster en Gerontología y Medicina Natural y Tradicional. Profesor Asistente. Investigador Auxiliar. Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud (CITED). La Habana, Cuba.

^{II} Lic. Psicología. Hospital Calixto García Iñiguez. La Habana, Cuba.

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

^{IV} Eva Sánchez Sánchez. Lic. Biología. Profesor Asistente. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: la ansiedad y la depresión han sido investigadas en ancianos con deterioro cognitivo leve, aunque hay carencia de estudios desde las vivencias y con una concepción dimensional.

Objetivo: caracterizar la ansiedad y la depresión en ancianos con deterioro cognitivo leve, específicamente evaluar las dimensiones como rasgo y estado, identificar si existen relaciones entre: variables sociodemográficas y las dimensiones estado, así como, describir la afectividad estado desde las vivencias de los pacientes.

Métodos: estudio triangulado, cualitativo, descriptivo, transversal, correlacional en muestra no probabilística e intencional de 20 ancianos diagnosticados en el Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud, voluntarios y con trastornos adaptativos mixtos, cuya etiología única era la percepción del déficit cognitivo. Se les aplicaron los test Idere, Idare y una entrevista semiestructurada, cumpliéndose con los principios éticos. Se empleó la estadística descriptiva, prueba de correlación de Pearson ($p \leq 0,05$) y análisis de las categorías de contenido del estado para sus vivencias.

Resultados: se encontraron niveles de ansiedad y depresión estado altos y como rasgos, medios; relaciones significativas entre la escolaridad y la ansiedad estado. Desde las vivencias los ancianos reportaron preocupación por el futuro, pensamientos catastróficos, pérdida de autoconfianza y autoestima, trastornos del sueño, inseguridad y disminución en la funcionalidad y contrariedad con síntomas físicos; sentimientos de inutilidad, pensamientos evasivos, pérdida de capacidades cognitivas, fatiga (deprimidos), ansiedad y tristeza (ansiosos).

Conclusiones: se pudo caracterizar a los ancianos con deterioro cognitivo leve desde las vivencias, lo cual posibilitó la realización de formas de intervención desde la subjetividad en los mismos. Se ofrecen recomendaciones finales.

Palabras clave: depresión, ansiedad, deterioro cognitivo leve, vivencias, anciano.

ABSTRACT

Introduction: anxiety and depression have been investigated in elderly with mild cognitive impairment, however there is lack of studies from the experiences (knowledge gained from experience), with a dimensional conception.

Objective: to characterize anxiety and depression in elderly with mild cognitive impairment and specifically: to evaluate the dimensions like feature and state, to identify if there are relationships between socio-demographic variables and the state dimensions, to describe the affectivity since the experiences of the patients.

Methods: a descriptive, cross-sectional, correlational, quali-quantitative triangular study, in non probabilistic, intentional sample (20 elderly), diagnosed of the Longevity, Aging and Health Research Center, volunteers, with mixed adaptive disorders, whose unique etiology was the perception of the cognitive deficit. Several tests were applied: IDARE, IDERE and a semi structured interview, where ethical principles are fully met. The descriptive statistic, test of correlation of Pearson ($p \leq 0.05$) was used and analysis of the content categories of the state for its experiences.

Results: they were: high levels of anxiety and depression state, and means like features, significant relationships between the education and the state anxiety. From the experiences the elderly reported: concern for the future, catastrophic thoughts, loss of self-confidence and self-esteem, dream dysfunctions, insecurity in the functional nature and annoyance with physical symptoms; feelings of uselessness, evasive thoughts, loss of the cognitive capacities and tiredness (depressed) anxiety and sadness (anxious).

Conclusions: it was possible to characterize the elderly with mild cognitive impairment from the experiences which has facilitated the realization of interventional ways from the subjectivity in

the same ones. It offer final recommendations.

Key words: depression, anxiety, mild cognitive impairment, experiences, elderly

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población en Cuba es equivalente al de muchos países desarrollados, con un índice más elevado dentro del grupo en desarrollo debido fundamentalmente a la disminución de la fecundidad y la mortalidad, los avances sociales y en materia de salud de la población, así como a la transición de las enfermedades infecciosas a crónicas no transmisibles lo cual ha contribuido a que se vivan largos años con mayor calidad.^{1,2}

Si bien el envejecimiento puede ser saludable y, estudios nacionales muestran adultos mayores activos y funcionales,^{3,4} este incremento de la existencia puede venir acompañado de altas tasas de prevalencia de demencia y de deterioro cognitivo leve (DCL).⁵⁻⁷

En Cuba, estudios epidemiológicos sobre estas patologías cognitivas muestran un cuadro muy parecido al de los países desarrollados. Investigaciones realizadas en diferentes municipios de las provincias habaneras (Marianao, Lisa, Playa, Diez de Octubre y Bauta) y en otros del país (Santa Clara y Matanzas) encontraron una tasa de prevalencia de síndrome demencial entre 8.2 – 11.2 % (por cada 100 adultos mayores de 65 años), correspondiéndole a la enfermedad de Alzheimer el 5.5 %⁸ y en el municipio Playa se identificó, que el 6.47 % de la población con edades entre 65-85 años presentan síntomas de DCL.⁹ En el estudio del Grupo de Investigación en Demencias 10/66, en población cubana, (2 944 adultos mayores), en el cual se utilizaron criterios diagnósticos de Petersen y otros, la prevalencia global de DCL fue de 4.1 % reportada, sobre todo, en edades inferiores a los 75 años.¹⁰

Las investigaciones sobre el envejecimiento, en cuanto a lo psicológico se refiere, se han basado más en evaluar los aspectos cognitivos y sus alteraciones patológicas como la aparición de deterioro cognitivo,¹¹ siendo interés de la ciencia, en la última década, el detectar tipologías clínicas de riesgo que pudieran tener correspondencia con el desarrollo ulterior de una demencia.

En este sentido, el DCL está siendo considerado como una forma clínica intermedia o período transicional entre el envejecimiento normal y la demencia, aunque en esta línea de trabajo no hay nada aún concluyente.^{5-7,12} Algunos investigadores han encontrado asociación entre el DCL en los ancianos y variables sociodemográficas,¹³⁻¹⁷ así como con la presencia de estados emocionales negativos de ansiedad y depresión, señalando que los mismos son frecuentes en este grupo específico,¹⁸⁻²⁴ aunque las mismas se han llevado a cabo siguiendo los criterios de los clasificadores internacionales,^{25,26} teniéndose en consideración criterios categoriales y no desde una perspectiva dimensional de los procesos afectivos.^{27,28} De este modo, se reporta la presencia de síntomas de ansiedad y depresión, entre otras alteraciones psíquicas, y se carece

de estudios desde las vivencias de aquellos que la padecen y necesitan ser intervenidos en cuanto a lo psicológico se refiere.

Un estudio desde la subjetividad de los adultos mayores que padecen de este trastorno, posibilita un acercamiento al complejo mundo interior de los mismos y por ende, permite la elaboración de formas de abordajes más específicas e individualizadas que se acerquen a su realidad existencial.

En el Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud (CITED), existe la Clínica del Deterioro Cognitivo, el mismo está conformado por un equipo multidisciplinario encargado de la evaluación, diagnóstico y tratamiento a adultos mayores con DCL. En esta clínica se ha observado un aumento de casos con DCL que tienen trastornos adaptativos, cuya etiología única es la percepción del déficit cognitivo, los cuales requieren de una caracterización desde lo emocional a fin de poder llevar a cabo una intervención científicamente argumentada. El propósito del presente trabajo es caracterizar la ansiedad y la depresión en ancianos con DCL y específicamente: 1- evaluar la ansiedad y la depresión como dimensiones rasgo y estado y 2- identificar si existen relaciones en cuanto a las variables sociodemográficas y las dimensiones estado de la ansiedad y la depresión, así como 3- describir la ansiedad y la depresión estado desde las vivencias de los pacientes.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se presenta un estudio descriptivo, correlacional, transversal, cuanti-cualitativo, triangulando desde las técnicas y sus análisis.

El universo estuvo constituido por todos los adultos mayores que asistieron a la Clínica del Deterioro Cognitivo del CITED, en el período de julio-diciembre de 2012, de los que se extrajo una muestra no probabilística, intencional de 20 adultos mayores (60 años y más) cuyos criterios de inclusión fueron: ser pacientes diagnosticados por el equipo multidisciplinario con DCL, con trastorno adaptativo mixto ansioso-depresivo, cuya etiología única era la percepción del déficit cognitivo (diagnosticados por el psicólogo de la Clínica), de cualquier sexo, escolaridad, estado civil y ocupación y que desearon participar voluntariamente en la investigación. Se excluyeron aquellos con otros trastornos afectivos y cognitivos, o patologías psiquiátricas, enfermedades crónicas no transmisibles descompensadas y los que estuvieran consumiendo medicamentos o sustancias que pudieran conllevar a una alteración emocional. La mitad de la muestra correspondió a las edades entre 70 a 79, años y un 25 % para los grupos etáreos de 60-69 años y 80 o más años respectivamente, con predominio del sexo femenino (75 %) y estado civil casado (70 %). Respecto al nivel de escolaridad, el 50.0 % tenía

un nivel de técnico medio seguido del primario con un 25.0 %, solamente el 10 % era universitario. El 95.5 % estaban jubilados.

Instrumentos

IDARE (Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado): técnica construida por Spielberger, Goursuch y Lushene en 1970 con el propósito de disponer de una escala relativamente breve y confiable para medir dos dimensiones de la ansiedad como rasgo y estado. La misma fue validada en la población cubana por Jorge A. Grau y Marta Martín en 1982. Consta de 44 ítems, de preguntas cerradas. Se utilizó de manera individual y autoaplicada en la investigación.²⁹

IDERE (Inventario de Depresión Rasgo-Estado): técnica validada por autores cubanos con el fin de disponer de una escala relativamente breve y confiable para medir dos dimensiones de la depresión: como rasgo y estado. Los primeros resultados de este test fueron publicados en el año 1980 y su primera publicación internacional fue en 1989. La técnica esta constituida por 40 ítems de preguntas cerradas. Se utilizó de manera individual y autoaplicada. Se ha llevado a cabo la validación del mismo en adultos mayores.²⁹⁻³²

Entrevista semiestructurada

En la presente investigación el objetivo de la entrevista fue la obtención de información acerca de: los datos generales (para la caracterización sociodemográfica de los sujetos) y para el análisis de las categorías de contenido de las técnicas aplicadas, al interrogarse a los pacientes por las respuestas emitidas para cada ítem de los test IDARE e IDERE (en su dimensión estado).

Procedimiento

Se extrajo una muestra de los adultos mayores (según interés del investigador). A los sujetos se les explicaron los objetivos de la investigación. La consulta se llevó a cabo todos los miércoles, en el horario de la tarde, en el período de julio- diciembre del 2012. Aquellos sujetos seleccionados se les aplicó el IDARE y el IDERE rasgo y estado, así como una entrevista para indagar en las particularidades sociodemográficas de los sujetos y para profundizar en cada una de las respuestas dadas a los ítems del IDERE estado, a fin de que los ancianos pudieran expresar sus vivencias.

Para el procesamiento estadístico se confeccionó una base de datos. Los resultados obtenidos fueron reflejados en tablas y gráficos que permitieron posteriormente el análisis de los mismos. Para los objetivos 1 y 2 se empleó la estadística descriptiva con el cálculo de frecuencias absolutas y relativas, y por cientos. En el objetivo 1, se utilizó además la media, mediana, moda, desviación estándar, máximo y mínimo, nivel de confianza ($p \leq 0.05$). Para el objetivo 2 se empleó, también, el análisis del coeficiente de correlación lineal de Pearson ($p \leq$

0.05). En el objetivo 3 se utilizó el análisis de frecuencias absolutas y relativas y por cientos, así como, desde la metodología cualitativa, se elaboraron categorías de contenido obtenidos a través de la entrevista. Para el análisis de datos se utilizó el procesador de análisis de datos Microsoft Excel versión 2010 y se compararon los análisis con el programa SPSS de análisis estadístico versión 11.5. Se cumplieron con los principios éticos de la investigación.

RESULTADOS

Objetivo 1: obsérvese gráficos 1 y 2 para la depresión estado y rasgo; gráficos 3 y 4 ansiedad estado y rasgo.

El gráfico 1 muestra como la totalidad de los sujetos reportaron niveles altos de depresión estado. La media de las respuestas en la dimensión estado fue de 57.5, con una desviación estándar de 6.7, la mediana de 57 y la moda 58, con una puntuación mínima de 52 y máxima de 69, para un nivel de confianza de 2.11766482 ($p \leq 0.05$). En tanto, (gráfico 2) los valores de la calificación del IDERE rasgo tuvieron un comportamiento medio para la mayoría de los sujetos (60 %). Solamente el 30 % reportó valores bajos y un número muy pequeño de la muestra (el 10 %) valoraron la depresión en su dimensión rasgo como alta. La media de la puntuación fue de 38.8, la desviación estándar de 4.5, con máxima puntuación de 54 y mínima de 24, para un nivel de confianza de 3.45882662 ($p \leq 0.05$).

Todos los sujetos obtuvieron una calificación del IDARE estado con niveles de ansiedad alta (gráfico 3). La media de respuestas fue de 60.4 con una desviación estándar de 4.3, la puntuación mínima 51 y la máxima 68, con un nivel de confianza de 2.02286086 ($p \leq 0.05$). Sin embargo, la mayoría de los sujetos tuvo un nivel medio de ansiedad como rasgo (70 %) y solamente el 30% reportó un nivel alto, no encontrándose valores bajos (gráfico 4). La media de puntuación fue de 41.2, la desviación estándar de 7.2, con puntuación máxima de 56 y mínima de 32 y un nivel de confianza de 3.34952691 ($p \leq 0.05$).

De manera general, en cuanto a la evaluación de las dimensiones rasgo y estado para la ansiedad y la depresión hemos encontrado, en la muestra seleccionada, niveles de ansiedad y depresión estados altos en tanto la dimensión rasgo para ambos fueron medios.

Gráfico 1. Calificación del test IDERE estado

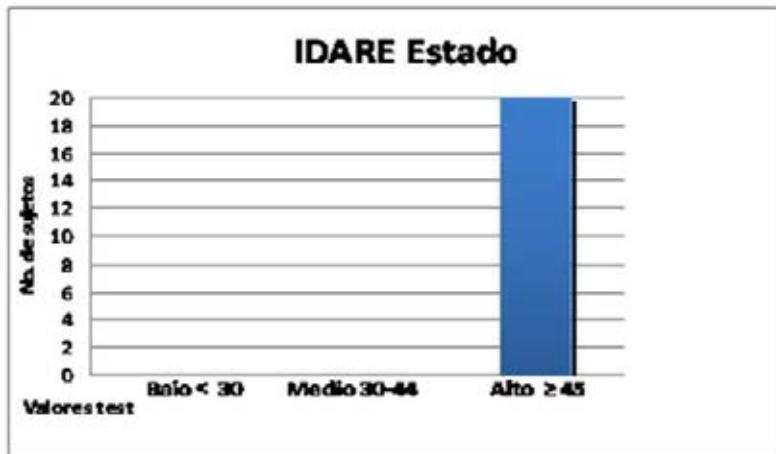


Gráfico 2. Calificación del test IDERE rasgo

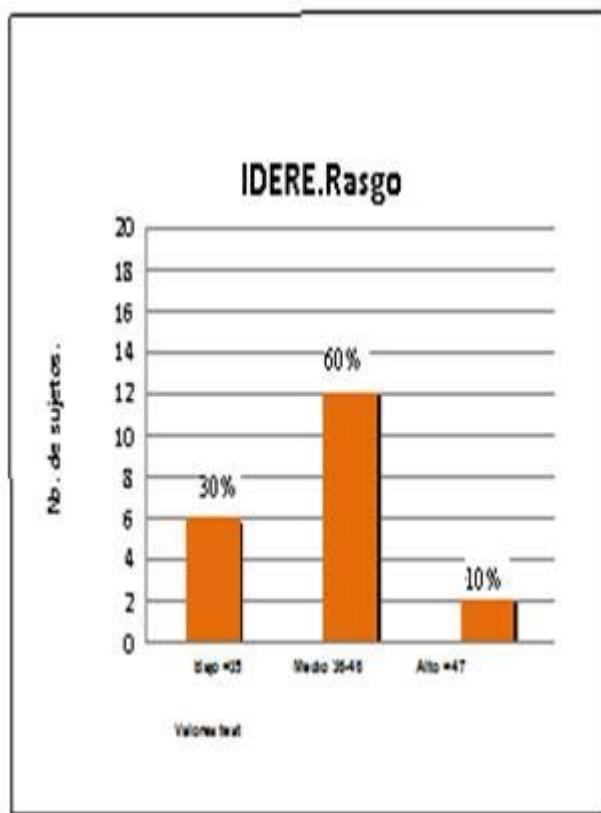
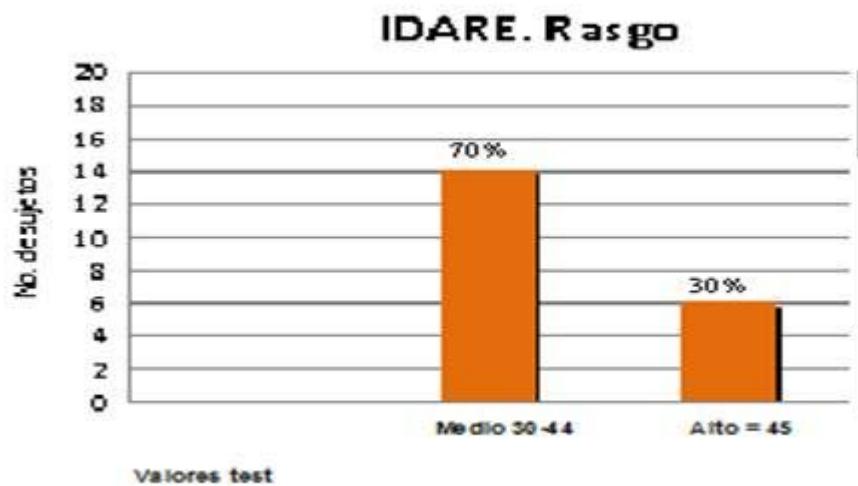
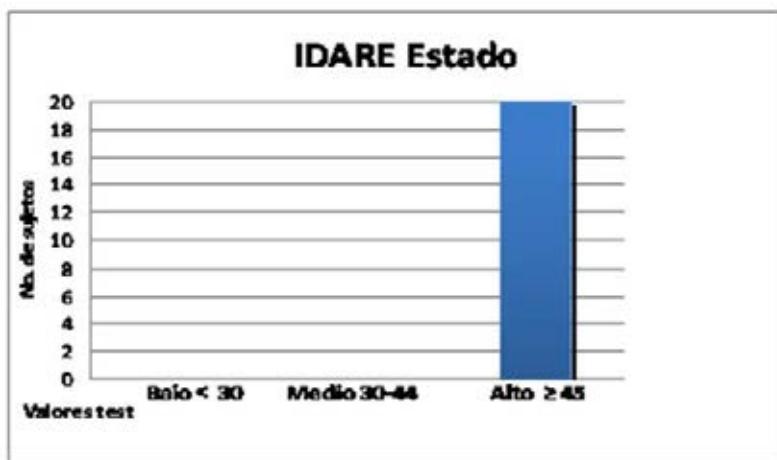


Gráfico3 Calificación del test IDARE estado. Gráfico 4.Calificación del test IDARE rasgo.



Objetivo 2: Identificar si existen relaciones en cuanto a: edad, sexo, escolaridad y las dimensiones como estado de la ansiedad y la depresión en los sujetos de la muestra. No se encontró relación entre las variables sexo y edad para el IDARE y IDERE como estados, solamente se halló una relación inversa significativa para la escolaridad y las respuestas dadas en el IDARE estado de los adultos mayores que tenían DCL, de manera que los valores más altos de ansiedad estado del test se relacionaron con aquellos ancianos que tenían niveles más bajos de escolaridad para $p < 0.05$ (-0,00060965).

Objetivo 3: Describir la afectividad como estado desde las vivencias de los pacientes con DCL.

Un análisis de la entrevista a cada respuesta dada por los sujetos en el IDARE e IDERE (dimensión estado), nos condujo a las categorías de contenido que se presentan en la tabla 1 (ver conceptualización de las mismas en el anexo).

Tabla 1. Categorías de contenido para IDARE e IDERE de los pacientes con deterioro cognitivo leve.

Categorías para IDARE	Categorías para IDARE
Preocupación por el futuro	Preocupación por el futuro
Pensamientos catastróficos	Pensamientos catastróficos
Disminución de la autoestima y la autoconfianza	Disminución de la autoestima y la autoconfianza
Alteraciones del sueño	Alteraciones del sueño
Inseguridad y disminución en la funcionalidad	Inseguridad y disminución en la funcionalidad
Contrariedad con síntomas físicos	Contrariedad con síntomas físicos
Ansiedad	Sentimientos de inutilidad
Tristeza	Pensamientos evasivos
	Pérdida en las capacidades cognitivas
	Fatiga

En el anexo se observan algunas de las respuestas que reportaron los adultos mayores de la investigación acerca de sus vivencias. Se unificaron las respuestas 1, 2 como bajas y 3, 4 como altas. Debido a que los sujetos reportaron respuestas porcentuales bajas (de no depresión estado) para los ítems 5, 6, 11, 12, 14, 15, 16 así como para los ítems 10, 13, 16 de no ansiedad, estos fueron eliminados del análisis cualitativo.

En general, las categorías de contenido para la ansiedad y la depresión en la dimensión estado fueron: preocupación por el futuro, pensamientos catastróficos, disminución de autoconfianza y autoestima, alteraciones del sueño, disminución e inseguridad en la funcionalidad y contrariedad con síntomas físicos, así como ansiedad y tristeza para aquellos adultos mayores que respondieron con ansiedad estado alta y sentimientos de inutilidad, pensamientos evasivos, pérdida en las capacidades cognitivas y fatiga para aquellos con depresión estado alta.

DISCUSIÓN

La presencia de depresión relacionada con la percepción de déficit cognitivo en pacientes adultos mayores con DCL ha sido reportada en varios estudios.^{23,27,30,33} De esta forma todos los autores coinciden en que, si bien en los pacientes con DCL la afectación de la funcionalidad es nula o mínima,¹² pueden existir pequeñas alteraciones en las funciones tales como: ir de compras, recordar automedicación, viajar solo y preparar comidas complejas,³⁴ lo cual repercute en la vida emocional del anciano pudiendo devenir en estados depresivos transitorios en estos. En la presente investigación los estados depresivos tuvieron un nivel de connotación altos en los sujetos, por lo que los mismos pudieran estar requiriendo la necesidad de ayuda psicológica especializada, tal como lo han referido los autores que validaron el test considerándose de valor clínico las puntuaciones superiores a 50.³⁰⁻³²

Por otro lado, la propensión a sufrir, ante situaciones estresantes o conflictivas, estados depresivos como una cualidad de la personalidad relativamente estable, ha sido señalada en varias investigaciones encontrándose valores altos de depresión rasgo.^{28,35,36} Sin embargo, estos estudios se basan fundamentalmente, en ancianos con trastornos depresivos tales como: las distimias y depresiones mayores (donde la personalidad de base de los mismos es generalmente desadaptativa al medio, o sea, hay antecedentes personológicos patológicos)^{25,26} y no en aquellos que tienen un trastorno adaptativo (tal como se presenta en los sujetos del estudio donde la depresión como rasgo fue media y en menor medida baja para la mayoría de los sujetos) en tanto la situación concreta de la percepción del déficit cognitivo conlleva a una depresión como estado alta, pues están siendo sometidos, los sujetos, a un evento estresante que los desborda.

Varias investigaciones de adultos mayores han reportado la presencia de ansiedad ante situaciones estresantes^{23,37,38} y en especial, en aquellos que presentan déficit cognitivos, incluyendo el DCL, donde los daños mínimos en el funcionamiento son percibidos por el anciano, y pueden provocar, por consiguiente, estados desadaptativos transitorios al medio.^{11,39,40} La muestra en su totalidad presentó altos niveles de ansiedad estado que denota la connotación emocional que el propio DCL está teniendo en estos sujetos.

Teniéndose en consideración que, en las investigaciones con adultos mayores con DCL se ha encontrado una asociación entre estos y las alteraciones afectivas (ansiedad y depresión), y entre este trastorno y las variables sociodemográficas, se puede presuponer que deberá existir relación entre todas ellas. En la presente investigación se ha encontrado una relación inversa significativa entre la escolaridad y los niveles de ansiedad estado del test IDARE (los valores más altos de ansiedad estado del test se relacionaron con aquellos ancianos que tenían niveles más bajos de escolaridad).

Estudios en el mundo reportan la relación existente entre la afectividad y la presencia de DC.¹⁴⁻

¹⁶ Las personas que padecen esta entidad pueden mostrar estados emocionales negativos como

respuesta a los acontecimientos que los déficit cognitivos traen consigo, expresando pérdidas ligeras en el funcionamiento para actividades complejas e instrumentadas del vivir diario.^{18,34,41}

Los síntomas psicológicos y conductuales se presentan con frecuencia en el DCL con una prevalencia de hasta un 86 %. Estos síntomas corresponden a alteraciones en la conducta, el afecto, especialmente: depresión, ansiedad, apatía, indiferencia, irritabilidad, labilidad emocional, entre otros.²²

Se ha reportado la relación del DCL y algunas variables sociodemográficas tales como: sexo, edad y escolaridad, hallándose divergencias entre los estudios. Así, en cuanto a género, algunos investigadores han encontrado un predominio del sexo femenino^{17,18} o masculino,¹⁴ mientras que otros no han señalado la presencia de diferencias significativas para esta variable sociodemográfica.^{19,34}

En relación con la edad se ha hallado una correlación positiva del DCL con el incremento de la misma^{17,19-21} y negativa con la escolaridad, es decir, que a menor educación hay una mayor prevalencia de padecer esta enfermedad.^{16,17,22}

De este modo, un estudio de prevalencia realizado en la Clínica Mayo¹⁴ en el año 2012, reportó la presencia de un número mayor de ancianos con deterioro cognitivo leve del sexo masculino y de escolaridad media. Similares resultados fueron encontrados por Montejo y colaboradores en el año 2009.¹⁵

En nuestro país una investigación llevada a cabo en el Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay" por Llibre y colaboradores, en un estudio descriptivo, transversal, de casos y controles, en sujetos mayores de 50 años con DCL, se encontró que este trastorno era mayor en aquellos con escolaridad baja (secundaria concluida o menos), teniendo 16.7 veces más riesgo de tener dicha afección que aquellos de nivel medio o universitarios, y con el aumento de la edad aumentaba dicha enfermedad.¹⁷

En la comunidad científica se ha sugerido que la reserva cognitiva es un mecanismo que vincula los niveles educativos bajos con un mayor riesgo de padecer un trastorno neurodegenerativo planteándose que un nivel educacional más alto repercute sobre el cerebro y da lugar a cierta reserva cognitiva, la cual está vinculada a la educación.¹⁶

En el presente trabajo hemos encontrado, en los sujetos con DCL investigados, una asociación entre los niveles de ansiedad estado y la escolaridad de manera que: los valores más altos de ansiedad estado del test se relacionaron con aquellos ancianos que tenían niveles más bajos de escolaridad. Es bueno recordar que estos adultos mayores estaban sometidos al estrés que la percepción del déficit cognitivo generaba en ellos, con trastornos de adaptación al medio, por lo que esto puede haber influido en el auto reporte mayor de ansiedad en los mismos. Sin embargo, estos resultados deben tomarse con cautela, ya que la muestra fue intencional, no aleatorizada, por lo que no es representativa del universo.

Finalmente, la presencia del DCL y su relación con las alteraciones emocionales debido a la percepción del déficit cognitivo (como se ha mencionado) se ha reportado en la literatura científica, aunque, fundamentalmente desde un modelo categorial.^{39,40} No obstante, en una investigación en la que se tuvieron en consideración aspectos cualitativos,⁴² se encontró que, en estos pacientes (al darse cuenta de su incapacidad para realizar ciertas tareas, por ejemplo: responder preguntas o realizar funciones complejas) se manifestaban reacciones catastróficas, las cuales podían ser confundidas, incluso, con un estado de agitación. En algunos casos era posible distinguir los diversos componentes de la ansiedad: el cognitivo y afectivo (el anciano experimentaba y hacía valoraciones acerca de los sentimientos de frustración ante la tarea que no era capaz de realizar con éxito) y el conductual al mostrar contrariedad, a través de síntomas físicos, expresando inquietud, aturdimiento e

hipercinesia.⁴² El presente estudio mostró interés también en caracterizar las vivencias de estos pacientes ancianos desde un enfoque dimensional de la ansiedad y la depresión como estados emocionales.

Se concluye que a través de la investigación se pudo caracterizar la ansiedad y la depresión en ancianos con DCL y específicamente: 1- se hallaron niveles de ansiedad y depresión estados altos y medios en la dimensión rasgo, 2- Se encontró una relación inversa significativa para la escolaridad y la ansiedad de manera que: los valores más altos de ansiedad estado del test se relacionaron con aquellos ancianos que tenían niveles más bajos de escolaridad. No se halló asociación para el sexo y la edad, ni para la depresión y estas variables, 3- Se pudo caracterizar a los ancianos con DCL desde sus vivencias.

El presente trabajo denota el valor que desde la subjetividad tiene para el psicólogo el conocimiento del mundo interior del adulto mayor que presenta DCL, a fin de poder caracterizarlos considerando sus estados emocionales, para llevar a cabo una intervención individualizada, que se acerque más al ser humano que la padece. Se recomienda llevar a cabo nuevos estudios en este grupo específico para diferentes alteraciones emocionales y en muestras representativas.

ANEXO

Análisis de categorías de contenido para el IDERE e IDARE en su dimensión estado:

1. **Respuestas catastróficas:** aquellas en la que el sujeto valora las consecuencias de la situación como excesivas o extremas, sin solución.
2. **Disminución de autoestima y autoconfianza:** disminución del orgullo personal y la confianza en sí mismo.

3. **Preocupación por el futuro:** dudas acerca del futuro.
4. **Disminución de la funcionalidad:** valoración que hace el sujeto acerca de su capacidad funcional.
5. **Contrariedad con síntomas físicos:** Reportan síntomas físicos varios.
6. **Alteraciones del sueño:** Dificultades en el dormir expresando problemas con el sueño.
7. **Sentimientos de inutilidad:** relativos a inutilidad, o incapacidad, expresado por el sujeto.
8. **Pérdida de confianza en la capacidad cognitiva:** percepción de daño o disminución de algún proceso cognitivo.
9. **Fatiga:** percepción de cansancio, decaimiento, pérdida de energía.
10. **Pensamientos evasivos:** pensamientos de negación de la situación que atraviesa el sujeto.
11. **Ansiedad:** estado de aprensión e inquietud.
12. **Tristeza:** Relacionado con estado emocional de melancolía, tristeza, pesimismo.

-Análisis y ejemplos de respuestas de categorías de contenido para el test IDERE dimensión estado:

-Ítem 1: " Pienso que mi futuro es desesperado y no mejorará mi situación " Esta pregunta tiene un contenido negativo, donde el 95 % de la muestra respondió negativamente a la misma, es decir, con una frecuencia entre 3 y 4.

Se encontraron dos categorías de contenido:

1. **Respuestas catastróficas:** " creo que voy a empeorar ", " me doy cuenta que estoy viejo y esto no es algo que se cure "
2. **Disminución de autoestima y autoconfianza:** " soy muy torpe, " "no se hacer las cosas", "estoy perdiendo facultades", "ya soy muy viejo"

Igual categoría (disminución de la autoestima y la autoconfianza) para ítem 13

-Ítem 13: " He perdido la confianza en mí mismo " Por su contenido es una pregunta negativa donde el 80 % de los ancianos refieren haber perdido la confianza en ellos. Ejemplos: "no me

siento seguro saliendo a la calle solo", "en ocasiones soy incapaz de hacer cosas que antes hacia con facilidad"

-**Ítem 2:** " Estoy preocupado " y el **Ítem 19:** " Tengo gran confianza en el porvenir. " En la primera el contenido es positivo con una frecuencia de respuesta entre 3 y 4 para un 95% en tanto en la segunda el contenido es negativo y la respondieron un 85% de los ancianos de la muestra. En ambos la categoría de contenido encontrada fue:

1. **Preocupación por el futuro:** **ítem 2** " no se que va hacer de mi ", " no se como lo voy a superar ", " estoy muy preocupada porque vivo sola con mi esposo y si me pongo peor, quien lo va a cuidar ", " estoy preocupada porque salgo a la calle y ¿si me pierdo el camino de regreso?, tengo miedo de perderme y no poder volver " Ejemplos de **ítem 19:** " no se que va a pasar conmigo en el futuro ", " me preocupo por mi estado de salud ya que tengo una familia que atender "

-**Ítem 3:** " Me siento con confianza en mí mismo " La misma es una pregunta positiva donde el 95% de los sujetos respondieron negativamente, manifestando su preocupación por su condición actual. La frecuencia de respuestas fue de 1 y 2. La categoría encontrada para este ítem fue:

1. **Pérdida de confianza en la capacidad cognitiva.** Esta respuesta fue dada por la mayoría de los ancianos estudiados, refiriendo: " tengo problemas para recordar cosas ", " las personas no confían en darme un recado importante porque se me olvida ", " estoy viejo, no recuerdo bien las cosas como antes. "

-**Ítem 4:** " Siento que me canso con facilidad " y el **ítem 9:** " Me canso más pronto que antes " responden a un mismo aspecto sintomático de la depresión. En el primero las respuestas fueron en su 100 % negativa para una frecuencia de 3 y 4 y en el segundo la frecuencia fue de un 95 %. En ambos la categoría de contenido fue:

1. **Fatiga:** " ya yo estoy viejo ", cualquier cosa que hago me cansa, prefiero no hacer nada ", " estoy preocupado antes lograba hacer cualquier cosa y ahora no porque me canso de nada. "

-**Ítem 9:** las expresiones más frecuentes fueron: " no quiero hacer nada ", " ya no puedo dedicarme por entera a la casa ", " cualquier cosa que hago tengo que parar y sentarme a descansar. "

-**Ítem 7:** " Me siento seguro " El ítem es positivo y los sujetos respondieron negativamente a la misma, donde un 95% responde a no sentirse seguro.

1. **Disminución de la funcionabilidad:** " me da miedo salir a la calle y perderme ", " no poder hacer las cosas de la casa ", " descuidar de mi familia al no poderme desempeñar como antes lo hacía, ni valerme con igual desempeño, no poder hacer las cosas que me gustan porque ya no funciono como antes ".

-Ítem 8: " Deseo desentenderme de todos los problemas que tengo ".

Esta pregunta tiene un contenido negativo, la misma expresa los deseos de los sujetos a no enfrentarse a los problemas existentes. Con una frecuencia del 95%, los adultos mayores respondieron entre 3 y 4, es decir los mismos manifiestan que quisieran pasar de todos los problemas que tienen. La categoría de contenido encontrada en este ítem fue:

1. **Pensamientos evasivos:** " quiero que todo pase ", " no quiero sentirme así y que la gente se de cuenta " " creo que nadie ha notado estas dificultades porque no se ven y yo trato de que la familia no se de cuenta ni mis amistades "

-Ítem 10: " Estoy contrariado " El 50% de los sujetos respondieron de manera positiva a esta pregunta negativa, y el otro 50% de manera negativa, es decir, la mitad refiere no sentirse contrariado, o solo un poco, y la otra mitad refiere sentirse bastante o muy contrariado.

Categorías de contenido:

1. **Contrariedad con síntomas físicos:** " me siento como aturrido ", " me duele mucho la cabeza ", " no me siento bien de salud, tengo dolores en las piernas "
2. **Preocupación por el futuro:** " no se que va a pasar conmigo ". Por el contrario la otra mitad responde " " espero que todo salga bien " " se que mi familia me va a ayudar "

-Ítem 17: " Duermo perfectamente " y **Ítem 20:** " Me despierto más temprano que antes y me cuesta trabajo dormirme. " **El ítem 17** tiene un contenido positivo, en el cual el 95 % responde de manera negativa, mientras que en el ítem 20 el 75% manifiestan dificultades en el sueño. La categoría de contenido para estos ítems fue:

1. **Alteraciones del sueño:** **Ítem 17:** " me levanto muy temprano ", " me cuesta trabajo dormir ", " cuando me acuesto pienso mucho y me demoro en conciliar el sueño. " **Ejemplo ítem 20:** " me levanto muy temprano ", " me cuesta trabajo quedarme dormido ", " cuando pongo la cabeza en la almohada pienso mucho "

-Ítem 18: " Me siento incapaz de hacer cualquier trabajo por pequeño que sea "

Por su contenido es una pregunta negativa, donde la frecuencia de respuesta positiva es mayor para un 85%, es decir, los sujetos refieren incapacidad para realizar tareas sencillas. La categoría de contenido para este ítem fue:

1. **Sentimientos de inutilidad:** " me siento inútil, hay cosas que ya no puedo hacer ", " ya no soy tan útil como antes, muchas cosas me salen mal "

-Análisis y ejemplos de categorías de contenido para el test IDARE dimensión estado:

-Ítem 1: "Me siento calmado", **Ítem 3:** "Estoy tenso" y **Ítem 17.** "Estoy preocupado" **El ítem 1** tiene un contenido positivo, pero las respuestas dadas por los sujetos son negativas, es decir,

el 60% de la muestra contestó que no se sienten calmados. **El ítem 3** tiene un contenido negativo, para lo cual los ancianos en un 100% refirieron sentirse tensos. **El ítem 17** tiene un contenido negativo, donde el 95% de los adultos mayores refirieron preocupación.

La categoría de contenido para el ítem 1, 3 y 17 fue:

1. **Preocupación por el futuro:** ítem 1: "me siento muy preocupado por lo que va a suceder más adelante", "estoy buscando ayuda porque no puedo más con esto, no se que me va a pasar en el futuro"; ítem 3: "me siento tenso porque no se que va a pasar conmigo en el futuro" y ítem 17: "no se que va a pasar conmigo, me preocupa el futuro".

-**Ítem 2.** "Me siento seguro". Por el contenido, la misma es una pregunta positiva, pero el 100 % de los adultos mayores refieren no sentirse seguros, para lo que la categoría de contenido para este ítem es:

1. **Inseguridad en la funcionalidad:** "tengo miedo de salir solo a la calle", "ya no puedo hacer las cosas como antes, me angustio por esto".

-**Ítem 4.** "Estoy contrariado" El 100 % los sujetos refieren sentirse contrariados, siendo esta una pregunta negativa en su contenido. La mayoría de la muestra responde que se sienten contrariado por la gran preocupación que tienen por el déficit percibido. Las categorías de contenido encontradas fueron:

1. **Inseguridad en la funcionalidad:** "he perdido muchas capacidades", "ya no puedo hacer nada sin que me estén supervisando todo el tiempo"
2. **Preocupación por el futuro:** "estoy muy preocupado en lo que va pasar", "me preocupo por el mañana", "pienso mucho en lo que va a pasar de aquí en adelante"

-**Ítem 5.** "Me siento a gusto" A pesar de ser una pregunta positiva, el 95 % de los ancianos responden negativamente, es decir, refieren no sentirse a gusto. La categoría de contenido para este ítem fue:

1. **Disminución de la autoestima y la autoconfianza:** "ya no soy el de antes", "no me siento a gusto conmigo mismo".

-**Ítem 6.** "Me siento alterado" y el **Ítem 9.** "Me siento ansioso" Ambos ítems tienen un contenido negativo, el cual fue referido por el 100% de la muestra para el ítem 6 y por el 95 % para el ítem 9, siendo la categoría de contenido:

1. **Ansiedad:** **Ítem 6:** "estoy nervioso", "estoy inquieto". Ejemplo **Ítem 9:** "me siento muy inquieto", "a veces me siento muy mal"

Igual categoría para los ítems **12, 14, 15.**

Ítem 12. "Me siento nervioso" Esta es una pregunta negativa y las respuestas dadas por los sujetos fueron negativas en todos (100 %). Ejemplos "me siento nervioso, con temores y miedos, intranquilo"

Ítem 14. "Me siento a punto de explotar" Con un 55 %, los sujetos estudiados refieren sentirse a punto de explotar. Ejemplos: "me siento muy ansioso, como si no me pudiera controlar, muy intranquilo y sin control"

Ítem 15. "Me siento relajado" Este ítems tiene un contenido positivo, donde el sujeto refiere sentirse relajado, en el cual la mayor frecuencia de respuesta fue del 95 %, donde expresan no sentirse relajados. Ejemplos: "me siento tenso, ansioso, intranquilo".

-**Ítem 7.** "Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo "

La preocupación se muestra en un 100 % de los ancianos estudiados, viendo como la frecuencia de respuesta en esta pregunta negativa se encuentra entre 3 y 4. La categoría de contenido para este ítem fue:

1. **Pensamiento catastrófico:** "me parece que me va a pasar algo peor", "que no me voy mejorar"

-**Ítem 8.** "Me siento descansado", Esta es una pregunta positiva donde las respuestas negativas prevalecieron en un 85% de los sujetos estudiados, es decir, los sujetos refieren sentirse cansados. La categoría de contenido para este ítem es:

1. **Alteraciones del sueño:** "no duermo bien en las noches", "me cuesta trabajo dormir", "me levanto muy temprano en la mañana".

-**Ítem 11.** "Me siento con confianza en mí mismo". Con una frecuencia del 100 %, los ancianos refirieron tener pérdida de confianza en si mismo. La categoría de contenido fue:

1. **Disminución de la autoestima y autoconfianza:** "ya no puedo hacer nada sola", "prefiero no hacer nada, si total ya no lo puedo hacer bien".

-**Ítem 18.** "Me siento muy excitado y aturdido" Por su contenido esta es una pregunta negativa dada por el 100% de la muestra. La categoría de contenido para este ítem fue:

1. **Contrariedad con síntomas físicos:** " me siento aturdido, como si tuviera algo en la cabeza ".

Ítem 19. " Me siento alegre " Con un 90% de frecuencia, los ancianos responden a esta pregunta de manera negativa, es decir, refieren estar tristes, por lo que la categoría de contenido para este ítem fue:

1. **Tristeza:** Relacionado con estado emocional de melancolía, tristeza, pesimismo. Ejemplos: "me siento triste", "me siento sin alegrías", "Me siento con deseos de llorar".

-Ítem 20. "Me siento bien". Este es una pregunta que por su contenido es positiva, sin embargo, el 100 % de los adultos mayores refieren no sentirse bien. La categoría de contenido para este ítem según las respuestas dadas por los ancianos es:

- **Preocupación por el futuro:** "estoy preocupada por mi vida, por lo que va a pasar en el día de mañana".

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Envejecimiento poblacional en el mundo. 2008.[citado Agosto 2012]. 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. Instituto de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud (CITED). Colectivo de autores. Centenarios en Cuba. Los secretos de la longevidad. La Habana: Centro Félix Varela; 2012. (Publicaciones Acuario). ISBN: 978-959-7071-92-1
4. Salud, Bienestar y Envejecimiento en las Américas. SABE: Resumen ejecutivo. La Habana; 2000-2003.[citado 15 Jul 2012]. Disponible en: [www.one.cu/publicaciones/investigaciones .htm](http://www.one.cu/publicaciones/investigaciones.htm)
5. Petersen RC, Rosebud OR, Knopman DS, Boeve BF, Geda YE, Ivnik R J, et al. Mild Cognitive Impairment. Ten Years Later. *Archive of Neurology*. 2009; **66**:1447-55.
6. Sperling RA, Aisen PS, Beckett LA, Bennett DA, Craft S, Fagan AM, et al. Toward defining the preclinical stages of Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia*. 2011; **7**: 280-92.
7. Dubois BF, Jacova HC, Dekosky ST, Barberger- Gateau P, Cummings J, et al. Research criteria for the diagnosis of Alzheimer's disease: revising the NINCDS-ADRDA criteria. *Lancet Neurology* 2007; **6**: 734-746

8. Llibre JJ, Fernández Y, López AM, Otero M, Marcheco B, Contreras N, Álvarez J, Collado H, Bayarre H, Guerra M, Ortiz Z. The Cuban Dementia and Alzheimer's Study Playa (EDAP). *Restorative Neurology and Neuroscience* 2003; 21: 251-82.
9. Fernández-García Y, Ortiz Calderón Z, Contreras Hernández N, Álvarez RJ, Llibre RJ, Collado FH, et al. Estudio Epidemiológico de Deterioro Cognitivo Leve en adultos mayores en el Municipio Playa de Ciudad de la Habana, Cuba. 19na Conferencia Internacional de Alzheimer's Disease International y 6ta reunión Latinoamericana y del Caribe. Res Type: Conference Proceeding; 2007.
10. Llibre R JJ y Grupo de Investigación en Demencias 10/66. Deterioro Cognitivo Leve. En: Llibre Rodríguez JJ. Demencias y enfermedad de Alzheimer en la población cubana. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2008: 13-121.
11. Pérez DR. **Estrés y longevidad. Reflexiones acerca del tema desde una perspectiva psicológica.** Revista Electrónica GEROINFO. 2006; 1(3). [citado Jul 2012]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/estres_y_lungevidadI.pdf
12. 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., June 11, 2010.
13. Vallejo SJ; Rodríguez M. Prevalencia del deterioro cognitivo leve en mayores institucionalizados. *Gerokomos*. 2010; 21(4). [citado Dic 2012]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2010000400003>
14. Clínica Mayo. The Incidence of MCI Differs by Subtype and is Higher in Men. enero 2012. [citado 15 Jul 2012]. Disponible en: http://www.farmanews.com/notas_de_prensa/N3770.html
15. Montejo P, Montenegro M, Llanero M, Ruiz JM, Fernández MA, Sánchez-Garnica JM et al. Centro de Prevención de Deterioro Cognitivo. Servicio de Prevención, Promoción de la Salud y Salud Ambiental. Instituto de Salud Pública. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid. 10.º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis. Febrero, 2009.
16. Roe CM, Xiong Ch, Miller JPh, Morris JC. Education and Alzheimer disease: Support for the cognitive reserve hypothesis. *Neurology*. 2007; 68:223-28.

17. Samper Noa JA, Llibre Rodríguez JJ, Sánchez Catasús 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]. 2011 Dic [citado 2012 Jul 10];40(3-4):203-10. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572011000300001&lng=es
18. Merino AJ, Martín L. Enfermedad de Alzheimer y ansiedad. *Alzheimer Web*. 2008. [citado Marzo 2013]. Disponible en: <http://www.infodoctor.org/infodoc/Alzheimer/articulos/ANSIEDAD%20Y%20ALZHEIMER.htm>
19. Reyes-Figueroa JC, Rosich-Estrago M, Bordas-Buera E, Gaviria-Gomez AM, Vilella-Cuadrada E, Labad-Alquezar A. Síntomas psicológicos y conductuales como factores de progresión a demencia tipo Alzheimer en el deterioro cognitivo leve. *Rev Neurol*. 2010;50(11):12-4.
20. **Sassi M CG, Masih M.E, Querejeta A, Krawchik R.** Deterioro cognitivo leve: estudio de prevalencia y factores sociodemográficos en la Ciudad de Córdoba, Argentina. *Rev Neurol*. 2007; 44:733-38.
21. Armas CJ, Carrasco G MR, Angel VS. **Los factores de progresión del deterioro cognitivo leve a la enfermedad de Alzheimer.** *Rev Haban Cienc Méd La Habana*. 2008; VII(4) [citado Mayo 2013]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/rhab/rhcm _ vol_7 num_ 4/rhcm21408.htm
22. Contador Castillo I, Fernández Calvo B, Cacho Gutiérrez LJ, Ramos Campos F, Hernandez Martín L. Depresión en la demencia tipo Alzheimer: existe algún efecto sobre la memoria? *Rev Neurol* 2009; 49: 505-10.
23. Pérez DR. Trastorno de la ansiedad fóbica en el adulto mayor. *GEROINFO*. 2009;4(1).Disponible en: Enhttp://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios /gericuba/fobia_adultos_mayores.pdf
24. Pérez DR. Trastornos afectivos en el adulto mayor. Algunas consideraciones sobre el tema. *Geroinfo*. 2006; 1(2)abril-julio. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf /sitios/ gericuba /trastornos _afectivos _final . pdf
25. American Psychiatry Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edition, text revision. Washington: APA;2000.

26. Organización Mundial de la Salud. CIE 10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid : Meditor; 1992.

27. Saz P, Dewey MD. Depression, depressive symptoms and mortality in persons aged 65 and over living in the community: a systematic review of the literature. International Journal of Geriatric Psychiatry. 2001. 16, 622-30.

28. Riquelme MA, Martín M, Ortigosa J, Lechuga M. **Depresión y envejecimiento**: algunas cuestiones de interés respecto a la investigación epidemiológica. Revista Multidisciplinar de Gerontología, 2008; 18 (2): 76-80. [citado Febrero 2013]. Disponible en: http://dialnet.unirioja.es/servlet/lista_articulos?tip_busqueda=VOLUMEN&revista_busqueda=1996&clave_busqueda=18

29. Martín CM, Grau AJA, Grau AR. El inventario de Depresión Rasgo-Estado (IDERE). Desarrollo de una versión cubana. Terapia Psicológica; 2003.

30. González M, Martín M, Grau JA, Lorenzo A. Instrumentos de evaluación psicológica para el estudio de la ansiedad y la depresión. En González, M. Instrumentos de Evaluación Psicológica. La Habana: Ciencias Médicas; 2008:87-102.

31. Martín CM, Riquelme MA, Ortigosa QJM, Meda RM, Córdova AM, Pérez DR. **Análisis factorial confirmatorio de la estructura del IDERE en muestras de varios países Iberoamericanos**. Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana 2012; 9(1). [citado Enero 2013]. Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/rev1-2012/hph01112.html>

32. Martín CM, Riquelme MA, Ortigosa QJM, Meda RM, Córdova AM, Pérez DR. Utilidad del Inventario de Depresión Rasgo-Estado (IDERE) para el diagnóstico clínico. Un estudio con muestras de 4 países iberoamericanos. Rev Anales de Psicología. 2012;28(3). [citado Febrero 2013]. Disponible en: <http://revistas.um.es/analesps/>

33. Ramos García I, Lozano Montoya I, Lopez Ibor JJ. Psiquiatría de enlace en geriatría: estudio descriptivo de la demencia de interconsulta psiquiátrica de un servicio de geriatría. Psicogeriatría. 2011; (4): 151-7. [citado Marzo 2013]. Disponible en www.veguera.com/sepg

34. Peña Sosa ES. Actividades instrumentadas de la vida diaria en pacientes con deterioro cognitivo leve. CITED 2010-2011. Tesis para optar el título de Máster en Longevidad Satisfactoria. La Habana; 2012.

35. Riquelme MA. Trastornos del estado de ánimo en la vejez. En: Ortigosa Guiles MJ y Riquelme MA. Manual de Psicogerontología. Madrid: Ediciones Académica; 2010: 325-46. ISBN: 978-84-92477-23-4.

36. Balleu M, Grau J, Martín M. Caracterización de los estados que surgen ante situaciones estresantes de diferente repercusión emocional. Trabajo de Diploma, Facultad de Psicología de la Universidad Central de Las Villas, Santa Clara, Cuba; 1998

37. Torres HL. Afectividad positiva y negativa en ancianos con y sin trastornos psicopatológicos. Tesis de Diploma, Facultad de Psicología. La Habana, 2011

38. Pérez DR y Martín CM. La ansiedad y sus trastornos en el adulto mayor. En: Riquelme Martín A, Ortigosa Guiles MJ, Martín Carbonell M comp. Manual de Psicogerontología. Madrid. Ediciones Académica. 2010: 355-74. ISBN: 978-84-92477-23-4

39. Ballard C, Boyle A, Bowler C. Anxiety disorders in dementia sufferers. International Journal of Geriatric Psychiatry, 1996. 11(11); 987-90.

40. Seignourel PJ, Kunik ME, Snow L, Wilson N, Stanley M. Anxiety in dementia: A critical review. Clin Psychol Review, 2008.28(7), 1071-82

41. Geda Y, Roberts R, Knopman D, Petersen R, Christianson T, Pankratz V, et al. Prevalence of neuropsychiatric symptoms in mild cognitive impairment and normal cognitive aging. Arch Gen Psychiatry 2008; 65:1193-8

42. Merino AJ y Martín L. Enfermedad de Alzheimer y ansiedad. Alzheimer 2008. [citado Marzo 2013]. Disponible en: <http://www.infodoctor.org/infodoc/Alzheimer/> artículos/ANSIEDAD%20Y%20ALZHEIMER.htm

Recibido: 20 de septiembre de 2013

Aceptado: 10 de noviembre de 2013

Raquel Pérez Díaz. Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud (CITED). La Habana, Cuba.

Correo electrónico: raque@infomed.sld.cu