



UNIVERSIDAD MICHUACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

*Memoria declarativa en personas con
depresión y deterioro cognitivo leve*

TESIS PRESENTADA POR

Jesús Alejandro García

PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE

Maestro en Psicología

COMITÉ TUTORAL

Ferran Padrós Blázquez (Tutor)

Doctor en Psicología

Adriana Marcela Meza Calleja (Co-tutora)

Doctora en Psicología

Esteban Gudayol Ferré

Doctor en Investigación en Medicina

Erwin Rogelio Villuendas González

Doctor en Ciencia del Comportamiento

REVISORES

Victoria González Ramírez

Maestra en Psicología

MORELIA, MICH., FEBRERO DE 2018



Índice

Resumen	1
Abstract	2
Introducción	3
Capítulo 1 Memoria	5
1.1 La memoria en el ser humano	6
1.2 Tipos de memoria	7
1.2.1 Memoria sensorial	7
1.2.2 Memoria a corto plazo	7
1.2.3 Memoria a largo plazo	8
1.3 Procesos mnésicos	9
1.4 Trastornos de la memoria	10
1.5 Herramientas para la evaluación de la memoria	12
1.6 La memoria en el adulto mayor	13
1.6.1 Posibles causas de los problemas de memoria	15
1.6.2 Maneras de mantener y mejorar la memoria del adulto mayor	16
Conclusiones del Capítulo	16
Capítulo 2 Depresión	18
2.1 Epidemiología de la depresión	19
2.2 Etiología de la depresión	21
2.3 Clasificación de los trastornos depresivos	24
2.3.1 Criterios diagnósticos de la depresión	26
2.3.2 Herramientas para la evaluación de la depresión	27
2.4 Comorbilidad de la depresión	29
2.5 Tratamiento de la depresión	31
2.5.1 Tratamiento farmacológico	31
2.5.2 Tratamientos psicológicos	33
2.5.3 Tratamientos fisiológicos	34
2.5.4 Otros tratamientos	36
2.6 Particularidades de la depresión en el adulto mayor	37
2.6.1 Factores de riesgo de la depresión en el adulto mayor	39

2.6.2 Factores protectores de la depresión en el adulto mayor	40
2.6.3 Tratamientos para el adulto mayor	41
Conclusiones del capítulo	42
Capítulo 3 Deterioro Cognitivo Leve (DCL)	44
3.1 Epidemiología del Deterioro Cognitivo Leve	45
3.2 Clasificación de los trastornos neurocognitivos	46
3.2.1 Tipos de Deterioro Cognitivo Leve	48
3.2.2 Criterios diagnósticos de los trastornos neurocognitivos	49
3.2.3 Actividades de la vida cotidiana en el deterioro cognitivo leve	50
3.2.4 Herramientas para la evaluación del DCL	51
3.3 Progresión del DCL a la Demencia	54
3.3.1 Factores de riesgo para la progresión de DCL a demencia	55
3.4 Tratamiento del DCL	57
3.4.1 Tratamiento farmacológico	57
3.4.2 Tratamientos psicológicos	58
3.4.3 Otros tratamientos	60
Conclusiones del capítulo	61
Capítulo 4 Rendimiento cognitivo y sesgo emocional en depresión y en deterioro cognitivo leve	63
4.1 Características compartidas entre la depresión y el Deterioro Cognitivo Leve	64
4.2 La memoria y otros procesos cognitivos en la depresión y en el deterioro cognitivo leve	69
4.3 El estado emocional en el deterioro cognitivo leve	73
4.4 Depresión y sesgo de memoria	74
4.5 Inducción de estados de ánimo y memoria	75
Conclusiones	78
Capítulo 5 Método	80
5.1 Planteamiento del problema y justificación	80
5.2 Preguntas de investigación	81
5.3 Diseño y muestreo	83
5.4 Participantes	84

5.5 Instrumentos	85
5.6 Procedimiento	86
5.7 Consideraciones éticas del estudio.....	87
Capítulo 6 Resultados	88
6.1 Datos descriptivos de la muestra	88
6.2 Rendimiento general en la prueba de memoria declarativa	91
6.3 Rendimiento de palabras con carga emocional positiva	92
6.4 Rendimiento de palabras con carga emocional negativa.....	93
6.5 Rendimiento de palabras sin carga emocional	94
6.6 Correlaciones entre las pruebas utilizadas en el estudio	95
Capítulo 7 Discusión y conclusiones	100
Limitaciones	106
Referencias	108
ANEXOS	137

Resumen

La depresión es un trastorno caracterizado por la presencia de sentimientos de tristeza y un estado del ánimo bajo. Los datos epidemiológicos indican que alrededor del 8.7% de la población mexicana experimenta este trastorno, de los cuales entre el 15% y 17% son adultos mayores. Por otra parte, el Deterioro Cognitivo Leve (DCL) es un síndrome en el que se presenta una disminución del rendimiento cognitivo sin que sea lo suficientemente severo como para considerarse un tipo de demencia. En México, se estima que alrededor del 7% de los adultos mayores presentan este trastorno cognitivo. Tanto la depresión como el DCL son enfermedades mentales que generan alteraciones en el rendimiento general cognitivo y afectan el estado afectivo de las personas que las presentan, por lo cual puede llegar a ser complicado distinguirlas de forma correcta. En el presente estudio se evaluó la memoria declarativa de 113 adultos mayores, con el propósito de determinar si existían diferencias en el rendimiento general y en el componente afectivo del recuerdo de palabras entre personas de un grupo control, personas con depresión, personas con DCL y un grupo que presentaba ambos trastornos. Los resultados sugieren que el rendimiento general en la memoria declarativa ayuda a diferenciar entre la presencia de depresión y deterioro cognitivo leve. Sin embargo, el uso de herramientas para evaluar esta función cognitiva, que incluyan palabras con carga emocional positiva y negativa, no parece ser de utilidad para distinguir a personas deprimidas de aquellas que experimentan DCL.

Palabras Clave: Depresión, Deterioro Cognitivo Leve, Pseudodemencia, Memoria declarativa, Adulto mayor

Abstract

Depression is a disorder characterized by the presence of feelings of sadness and sad mood. Epidemiological data indicate that about 8.7% of the Mexican population experience this disorder, of which between 15% and 17% are older adults. On the other hand, Mild Cognitive Impairment (MCI) is a syndrome in which there is a decrease in cognitive performance without being severe enough to be considered a type of dementia. In Mexico, it is estimated that around 7% of older adults have this cognitive disorder. Both depression and MCI are mental illnesses that generate alterations in the general cognitive performance and affect the mood of the people who present them, so it can be difficult to distinguish them correctly. In this study, we evaluated declarative memory of 113 elderly adults to determine if there were differences in the overall performance of declarative memory and in the affective component of word recall among people in a control group, people with depression, people with MCI and a group that presented both disorders. The results suggest that the general performance in declarative memory helps to differentiate between the presence of depression and mild cognitive impairment. However, the use of tools to evaluate this cognitive function, which include words with a positive and negative emotional charge, don't seem to be useful to distinguish depressed people from those who experience MCI.

Key words: Depression, Mild Cognitive Impairment, Pseudodementia, Declarative memory, Older adult

Introducción

La depresión y el deterioro cognitivo leve (DCL) son trastornos mentales que se pueden encontrar entre los adultos mayores, presentándose una prevalencia del 5.2% (National Institute of Mental Health, 2014) en Estados Unidos y del 7.2% para la población mexicana (Belló, Puentes-Rosas, Medina-Mora y Lozano, 2005). Estos síndromes presentan ciertas similitudes entre sí, tales como la sintomatología depresiva y alteraciones cognitivas. Dichas semejanzas pueden dificultar que los profesionales de la salud mental diferencien adecuadamente a los pacientes que muestran bajo rendimiento cognitivo debido a que la sintomatología que se presenta en la depresión presenta síntomas similares en el DCL.

Dentro de la investigación, se revisaron estudios orientados a identificar formas que faciliten esta distinción, siendo el rendimiento de la memoria declarativa una forma de realizar esto. La memoria declarativa es aquella en la que se almacenan conceptos y hechos de vida (Squire, 1987). De acuerdo con algunos estudios, la evaluación de la memoria declarativa es un método útil para diferenciar a personas con depresión y DCL, debido a que los pacientes con depresión tienden a recordar más palabras. Sin embargo, otros autores indican que el rendimiento de la memoria declarativa es similar entre personas con depresión y DCL. Ante los resultados contradictorios, se hace relevante la evaluación de la memoria declarativa en personas que presenten estos trastornos, con la intención de determinar si existen diferencias en el rendimiento general de esta función cognitiva.

Una forma que podría facilitar la diferenciación entre la depresión y el deterioro cognitivo leve es mediante el estudio del sesgo emocional, el cual se refiere a la relación existente entre el estado de ánimo de las personas y su pensamiento e interpretación de las experiencias (Matthews y McLeod, 1994). Existen modelos psicológicos que señalan que las personas tienden a memorizar de mejor manera la información que es congruente con su estado emocional. Un ejemplo de ello es el Modelo de la red afectiva de Bower (1981) en el cual se explica que el estado de ánimo tiene un efecto observable en la memoria. Este sesgo en la memoria ha sido estudiado mediante experimentos donde se realizaron inducciones de estados de

ánimo. De acuerdo con los resultados encontrados en estos estudios, las personas que fueron inducidas hacia un estado anímico feliz mostraron mayor facilidad para recordar información positiva, mientras que los participantes con un estado de ánimo triste pudieron recordar de mejor manera la información negativa. Ante estos datos, se podría pensar que los pacientes deprimidos tienden a recordar más información triste en comparación con las personas que no experimentan este trastorno mental.

Por tal motivo, en la presente investigación se evaluó la memoria declarativa en un grupo de personas con posible depresión, otro con probable deterioro cognitivo leve, otro que podría presentar ambas enfermedades mentales y un grupo control, con la intención de identificar si existían diferencias en el rendimiento general de esta función cognitiva y al tomar en cuenta la carga emocional de las información a memorizar. La evaluación de la memoria declarativa se realizó mediante una prueba que se construyó basándose en el funcionamiento del Rey Auditory Verbal Learning Test (Rey, 1964). El instrumento utilizado incluía 12 palabras, las cuales se clasificaron en tres tipos; palabras con carga emocional positiva, palabras con carga emocional negativa y palabras sin carga emocional (neutras).

Los resultados encontrados muestran que las personas sin deterioro cognitivo leve obtuvieron mejor rendimiento general de memoria declarativa en comparación con los participantes con probable DCL. Al contrastar al grupo con posible depresión y a las personas del grupo control, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el rendimiento general de la prueba de memoria. En relación a la memorización de información con contenido emocional, los datos sugieren que no existen diferencias significativas entre los grupos conformados en la muestra.

Los resultados reportados sugieren que el rendimiento general en la memoria declarativa puede ayudar a diferenciar entre la presencia de depresión y deterioro cognitivo leve. Sin embargo, el uso de herramientas para evaluar esta función cognitiva, que incluyan palabras con carga emocional positiva y negativa, no es de utilidad debido a que no ayudan a distinguir a personas deprimidas de aquellas que experimentan DCL.

Capítulo 1 Memoria

Introducción

La memoria es un proceso cognitivo que permite a las personas adquirir información mediante los sentidos y las experiencias, para después utilizarla en su vida cotidiana (Consuegra, 2010). Esta información se almacena en diferentes partes de la corteza cerebral, siendo los lóbulos frontales y temporales las áreas que más se asocian a este proceso cognitivo (Kundera, 2012).

La memoria se compone de diferentes sistemas interconectados, con funciones específicas cada uno (Kundera, 2012). Los sistemas más grandes son la memoria sensorial, la cual permite registrar la información proveniente del medio en el que se desenvuelven las personas, mediante los receptores sensoriales; la memoria a corto plazo almacena y analiza una cantidad limitada de información durante un corto periodo de tiempo; mientras que la memoria a largo plazo permite a las personas almacenar el conocimiento durante mucho tiempo (Atkinson y Shiffrin, 1968).

Algunas personas pueden presentar dificultades para memorizar información, por lo cual experimentan dificultades para realizar sus actividades de la vida cotidiana de forma normal. Las alteraciones en la memoria pueden deberse a diversos factores tales como trastornos psicológicos, enfermedades físicas deficiencias nutricionales o uso de fármacos u otro tipo de sustancias (University of California San Francisco, 2002).

Otro factor que puede influir en el rendimiento de la memoria es la edad, sin embargo los resultados encontrados sobre el tema son variables. De acuerdo con diferentes estudios (p. ej. Craik, 1994), algunas partes del cerebro que se relacionan con la memoria cambian conforme las personas envejecen, por lo que su funcionamiento se ve afectado. También existen investigaciones (Hernández-Ramos y Cansino, 2011; Fournet et al., 2012) que indican que sólo algunos sistemas de la memoria se ven afectados por el paso del tiempo, por ejemplo la memoria a corto plazo.

Es importante mencionar que, a pesar de que se pueden presentar cambios en el funcionamiento de la memoria, la mayoría de los adultos mayores tendrán un funcionamiento cognitivo normal, por lo cual se recomienda a los adultos mayores con problemas de memoria que acudan con un profesional de la salud mental para obtener una evaluación adecuada e identificar las causas de su alteración cognitiva.

1.1 La memoria en el ser humano

El estudio de la memoria es una de las temáticas más abordadas en la psicología básica. El interés por conocer más sobre este fenómeno se remonta desde finales del siglo XIX y principios del siglo XX con la investigación realizada por Ebbinghaus, quien es conocido como el pionero en el estudio experimental de la memoria humana (Manzanero y Álvarez, 2015), quien señalo que la memoria comprende tres fases: fase de adquisición, en la cual la persona memoriza sus respuestas por medio de repeticiones sucesivas y de manera progresiva, con la intención de dominar la tarea que realiza; fase de retención, la persona conserva la información de manera latente; fase de reactivación o actualización de respuestas adquiridas, en la cual el participante produce conductas mnémicas observables (Montealegre, 2003).

En la actualidad, la memoria es considerada como la capacidad que tienen los seres humanos para obtener información o conocimiento a través de sus experiencias pasadas (Tulving, 1985). La información almacenada puede ser evocada de forma voluntaria y consciente o de manera involuntaria (Schacter, 1996).

La memoria permite que los seres humanos conserven los conocimientos necesarios para comprender el entorno en el que se desenvuelven, reelaborando sus recuerdos en función del presente y actualizando sus ideas, planes y habilidades de acuerdo a las necesidades que se presentan en el momento (Kundera, 2012).

Actualmente, se conoce que el procesamiento de la información se almacena en diferentes partes de la corteza cerebral (Bermudez, 2001). Las regiones que principalmente se asocian con los procesos de la memoria son los lóbulos frontales

y temporales; sin embargo las regiones parietales y occipitales también muestran relación con el funcionamiento de la memoria (Kundera, 2012).

Se ha encontrado que en la corteza frontal se almacena la información de manera ordenada, lo cual permite que las personas puedan planear actividades y recordar información en el orden que se le presenta. Por otro lado, la corteza parietal está relacionada a la memoria matemática, del lenguaje y al recuerdo de palabras (Bermudez, 2001). Otros estudios sobre la memoria indican que las estructuras del cerebro que se activan durante este proceso cognitivo son el cerebelo, el tálamo, la circunvolución del cíngulo, los ganglios basales, el hipocampo y la amígdala (Casanova-Sotolongo, Casanova-Carrillo y Casanova-Carrillo, 2004).

1.2 Tipos de memoria

La investigación neuropsicológica ha mostrado que la memoria se compone de varios sistemas interconectados. Cada uno de estos sistemas tiene sus propias tareas y formas de funcionamiento, operando de manera coordinada y simultánea (Kundera, 2012).

Sobre este tema, Atkinson y Shiffrin (1968) desarrollaron el modelo estructural de la memoria, en el cual indican que este proceso cognitivo se compone de tres estructuras que se comunican e interactúan entre sí; éstas son la memoria sensorial, la memoria a corto plazo y la memoria a largo plazo.

1.2.1 Memoria sensorial

Esta estructura de la memoria permite registrar la información proveniente del medio en el que se desenvuelven las personas mediante los receptores sensoriales (Ballesteros, 1999). De acuerdo con Atkinson y Shiffrin (1968) la memoria sensorial se divide en memoria icónica (visual), memoria ecoica (sonido), memoria háptica (tacto), memoria gustativa y memoria olfativa.

1.2.2 Memoria a corto plazo

Posteriormente, parte de la información almacenada en la memoria sensorial se transfiere a la memoria a corto plazo. Esta estructura, también conocida como

memoria de trabajo, permite almacenar y analizar una cantidad limitada de información durante un corto periodo de tiempo (Kundera, 2012).

1.2.3 Memoria a largo plazo

Después de que la información se ha analizado dentro de la memoria a corto plazo, ésta es enviada a la memoria a largo plazo, la cual transforma dicha información en conocimiento útil para entender la realidad y el entorno físico. La memoria a largo plazo permite almacenar el conocimiento de forma verbal y visual, generando diferentes tipos de asociaciones entre estímulos y reacciones aprendidas. Este tipo de memoria tiene una capacidad ilimitada para depositar información. En cuanto a su duración, esta estructura permite que las personas puedan retener la información durante años (Etchepareborda y Abad-Mas, 2005).

De Acuerdo con el neuropsicólogo Squire (1987), la memoria a largo plazo se subdivide en dos sistemas, los cuales se pueden observar en la Tabla 1.

Tabla 1 División de la memoria a largo plazo (Squire, 1987)

Memoria declarativa: También conocida como memoria explícita, se realiza de forma deliberada y consciente, logrando relatarla verbalmente y permite almacenar conceptos y hechos de la vida.

De acuerdo con Tulving (1986) existen dos tipos de memoria declarativa:

- Memoria episódica: Este tipo de memoria hace alusión a la información adquirida a través de las experiencias de vida y la percepción sensorial. Se adquiere de forma no verbal y permite evocar eventos o episodios específicos
- Memoria semántica: Almacena el conocimiento verbal, tales como las palabras y los conceptos. Esta clase de memoria recupera la información sin hacer referencia al tiempo o al lugar donde se adquirió el conocimiento y permite retenerlo prácticamente para siempre.

Memoria procedimental: También llamada memoria implícita, ocurre a un nivel inconsciente y se encarga del aprendizaje de habilidades motoras. Este tipo de conocimiento se adquiere por condicionamiento o experiencias repetidas

1.3 Procesos mnésicos

De acuerdo con la teoría del procesamiento de la información, la memoria es como un sistema de archivos que opera a través de tres pasos básicos (Kundera, 2012), los cuales se muestran en la Tabla 2.

Tabla 2 Pasos básicos con los que opera la memoria (Kundera, 2012)

Codificación: Es la fase en la que se transforman los estímulos en representaciones mentales.

Almacenamiento: Consiste en la retención y organización de la información para formar conjuntos de conocimientos, con la intención de utilizarlos posteriormente.

Recuperación: Se refiere al acceso que se tiene a la información almacenada en la memoria, la cual puede ser utilizada de forma voluntaria o involuntaria.

Cabe destacar que no todos los sistemas de memoria deben pasar por cada una de las fases del proceso mnésico. Sólo algunos de los tipos de memoria incluyen en su funcionamiento los tres pasos, tal es el caso de la memoria episódica (Brickman y Stern, 2009).

Por otra parte, en la Tabla 3 se muestran los factores que influyen para que las personas memoricen la información (Kundera, 2012).

Tabla 3 Factores que influyen en la memorización (Kundera, 2012)

Recuerdos vividos: La información se almacena de forma más sencilla si se relaciona con sucesos emocionalmente significativos.

Contexto: La recuperación de la información almacenada es más sencilla si acontece en el mismo contexto donde ocurrió el aprendizaje.

Estado del ánimo: El procesamiento de los estímulos se ven influenciados por el estado anímico de la persona al momento del almacenamiento de la información. Aquellos estímulos interesantes, emotivos y nuevos son más fáciles de grabar en la memoria.

Durante todo el día estamos expuestos a estímulos que pueden almacenarse en la memoria, sin embargo sólo una parte de esa información se retiene en el cerebro, mientras que el resto se olvida. El olvido se refiere a la incapacidad para recordar información. Las causas por las que se presenta el olvido se presentan en la Tabla 4 (Kundera, 2012).

Tabla 4 Causas por las que se presenta el olvido

Lesión cerebral: el olvido se puede producir por daños en alguna región del cerebro o por alteraciones neurológicas, por ejemplo la enfermedad de Alzheimer.

Represión: Se refiere al proceso inconsciente de olvidar información dolorosa o perturbadora para la persona.

Interferencia: Se produce a causa de la competencia entre las experiencias que la persona vive. Existen dos tipos de interferencia; la interferencia proactiva en la cual se dificulta el aprendizaje debido a que existe cierta información anteriormente memorizada; y la interferencia retroactiva, la cual se produce cuando el aprendizaje reciente interfiere en el recuerdo de la información pasada.

Falta de procesamiento: La información se olvida porque no se procesa la primera vez y no se vuelve a utilizar en cierto periodo de tiempo.

Contexto inadecuado: El recuerdo de la información se dificulta porque su aprendizaje se produjo en un ambiente diferente.

1.4 Trastornos de la memoria

En ocasiones, los problemas de memoria repercuten de manera negativa en la vida cotidiana de quienes los presentan. La pérdida de memoria puede deberse a diversos factores tales como trastornos psicológicos (como la depresión), enfermedades (como diabetes), deficiencias nutricionales o uso de fármacos u otro tipo de sustancias (University of California San Francisco, 2002). Algunos ejemplos de trastornos de la memoria se presentan en la Tabla 5.

Tabla 5 Trastornos de la memoria (Kundera, 2012; American Psychiatric Association, 2013)

Amnesia: Síndrome que dificulta el aprendizaje y la retención de nueva información, producido por una lesión, sin que haya otros deterioros intelectuales (Consuegra, 2010). Entre los tipos de amnesia se pueden distinguir las siguientes:

- Amnesia anterógrada o de fijación. Es la incapacidad que tiene una persona para memorizar nueva información debido a lesión cerebral o un desorden degenerativo, sin embargo en este tipo de amnesia se logra recordar cómo ejecutar hábitos aprendidos con anterioridad.
- Amnesia retrógrada. En este tipo de amnesia la persona no logra recordar los acontecimientos que ocurrieron antes de la lesión cerebral, sin embargo puede aprender nuevas habilidades.
- Amnesia psicógena. La pérdida de memoria se produce debido a la exposición a un intenso estrés psicológico y no se presentan alteraciones neurobiológicas.

Hipermnesia: Es una alteración de la memoria que permite a la persona recordar grandes cantidades de información, propiciándole serias dificultades de abstracción y selección del material recordado y generándole un malestar significativo y disminuyendo su funcionalidad

Paramnesia: Es la alteración de la memoria caracterizada por la distorsión de los recuerdos. Las personas con esta problemática tienden a elaborar recuerdos falsos (Kundera, 2012).

Síndrome de Korsakoff: Problemática en la que se deterioran las funciones de la memoria anterógrada y de la memoria retrógrada.

Trastorno Neurocognitivo (TNC): Término utilizado en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta versión para referirse a la demencia. Las personas con esta problemática muestran alteraciones cognitivas, entre las que se encuentra la memoria. Los tipos de trastornos neurocognitivos son TNC debido a la enfermedad de Alzheimer, TNC vascular, TNC con cuerpos de Lewy, TNC debido a la enfermedad de Parkinson, TNC frontotemporal, TNC debido a lesión cerebral traumática, TNC debido a infección por VIH, TNC inducido por sustancias/medicamentos, TNC debido a la enfermedad de Huntington, TNC debido a enfermedad por priones, TNC debido a otra afección médica, TNC debido a múltiples etiologías y TNC no especificado.

Estos trastornos son algunos ejemplos por los cuales la memoria puede llegar a funcionar de manera inadecuada, sin embargo existe una gran cantidad de

enfermedades y problemáticas por las que las personas pueden presentar alteraciones mnésicas.

1.5 Herramientas para la evaluación de la memoria.

Para determinar si una persona presenta un funcionamiento adecuado de la memoria es necesario realizar evaluaciones. El uso de instrumentos neuropsicológicos para medir la memoria permite obtener una descripción detallada del perfil mnésico de las personas, distinguiendo los cambios que se presentan a lo largo del tiempo e identificando los trastornos que pudieran experimentarse (Burin, Drake y Harris, 2007).

Como se mencionó anteriormente, existen diferentes sistemas de memoria, por lo que el psicólogo debe seleccionar las pruebas tomando en cuenta el sistema de memoria que pretende evaluar.

Evaluación de la memoria a corto plazo

Uno de los instrumentos más utilizados para evaluar este sistema de memoria es la Escala Wechsler de Inteligencia para Adultos (WAIS), utilizando específicamente la prueba de dígitos inversos, en la cual la persona debe repetir en orden inverso la secuencia de números emitida por el examinador. Si el participante responde correctamente, se aumenta progresivamente la secuencia de los números. Esta prueba puede ser utilizada en el rango de edad entre 16 y 89 años (Wechsler, 2008).

Otra manera de evaluar la memoria a corto plazo es mediante el uso de la Prueba de Adiciones Seriadas por Audición (PASAT, 1977). Dentro de esta prueba, los participantes deben sumar cada número que el participante escucha. El evaluador debe dejar un intervalo de tiempo entre cada estímulo que presenta (Gronwall, 1977).

Evaluación de la memoria a largo plazo

En cuanto a la evaluación de la memoria a largo plazo, podemos encontrar diferentes instrumentos para evaluar tanto la memoria procedimental, como la memoria declarativa. Entre las escalas más utilizadas para evaluar la memoria

procedimental se encuentra la Prueba del Laberinto, que b, tomándose el tiempo que tarda en finalizarlo. Este ejercicio se realiza por lo menos en dos ocasiones para comparar los resultados en cada uno de los ejercicios (Harris, 2007).

Sobre la evaluación de la memoria declarativa, la forma más habitual para medirla es por medio del aprendizaje y el recuerdo de listas de palabras o textos. Entre las pruebas más utilizadas para llevar a cabo esta tarea se encuentra el Rey Auditory Verbal Learning Test (AVLT), en la cual la persona escucha una lista de 15 palabras y se le pide que recupere tantas palabras de la lista como sea posible. Posteriormente se le presenta una segunda lista de palabras y se le pide que recuerde las palabras. Tras este ensayo, se le pide a la persona que recuerde las palabras de la primera lista y se observa la influencia que tuvo la segunda lista sobre el recuerdo de la primera (Schmidt, 1996).

1.6 La memoria en el adulto mayor

En las últimas décadas, se han realizado investigaciones orientadas al estudio de la memoria en los adultos mayores. Dichos estudios señalan que existen algunos aspectos de la memoria que cambian a medida que las personas envejecen, por ejemplo, se ha encontrado que el procesamiento de la información, el aprendizaje, la capacidad para realizar más de una tarea y la habilidad para cambiar de tarea (American Psychological Association, 2006).

Uno de los aspectos relevantes en el estudio de la memoria y el envejecimiento es que los cambios en el rendimiento relacionados con la edad son variables. Algunos sistemas de la memoria muestran pérdidas importantes con la edad, mientras que el rendimiento en otros permanece prácticamente intacto (Craik, 1994).

Algunos de los sistemas de la memoria en los que se han observado deficiencias relacionadas con la edad son el recuerdo libre de listas de palabras no relacionadas, el aprendizaje de parejas de palabras no relacionadas, las tareas de memoria de trabajo, la memoria espacial y la memoria episódica (Craik, 1994). Algunas investigaciones sugieren que el deterioro de la memoria de trabajo se asocia a la alteración de otros dominios cognitivos y de memoria (Brickman y Stern, 2009).

Un ejemplo de estos estudios es el realizado por Fournet et al. (2012) en el cual evaluaron la memoria de trabajo de 445 adultos mayores en edades entre 55 y 85 años, encontrando que la edad, la escolaridad y el sexo tuvieron un efecto en el rendimiento que mostraron los participantes, siendo las participantes mujeres, con menor edad y con mayor escolaridad las que obtuvieron mejores resultados.

De igual forma, el estudio realizado por Hernández-Ramos y Cansino (2011), se llevó a cabo un experimento donde evaluaron el rendimiento en la memoria de trabajo verbal, visual y espacial en 21 adultos mayores y 21 adultos jóvenes, en dos niveles de complejidad (baja y alta). De acuerdo con los resultados, ambos grupos obtuvieron la misma eficacia en las tareas de complejidad baja, sin embargo los adultos mayores tuvieron un menor desempeño que los adultos jóvenes en la tarea visual y espacial de alta complejidad, lo cual, de acuerdo con los autores, indica que el grupo de adultos mayores presenta menos recursos de atención en comparación con los jóvenes.

Por otro lado, la memoria declarativa episódica es un sistema que se puede ver disminuido; aún en el envejecimiento normal se puede presentar cierto deterioro. Las dificultades en este tipo de tareas se presentan debido a que en los adultos mayores hay un procesamiento más limitado de estímulos, por lo que disminuye la cantidad de información recordada. En ejercicios donde se le pide a los participantes que recuerden una historia, el grupo de adultos mayores tiende a mostrar un menor rendimiento en comparación con los grupos de adultos jóvenes y de acuerdo con los estudios, esto se debe a las diferencias que muestran estos grupos en la velocidad de procesamiento perceptual (Brickman y Stern, 2009).

En cuanto a sistemas de memoria que muestran poca o ninguna disminución relacionada con la edad se encuentran la memoria implícita, la memoria de reconocimiento (Craik, 1994) y la memoria semántica (Brickman y Stern, 2009).

Respecto a la memoria semántica, diversos estudios indican que este sistema de memoria es uno de los más estables a lo largo de la vida y aún cuando los adultos mayores reporten dificultades para recordar nombres de objetos comunes,

difícilmente se verá afectada por causa del envejecimiento normal (Brickman y Stern, 2009).

Un ejemplo de esto es el estudio realizado por Park et al. (1996) en el cual midieron la habilidad verbal mediante ejercicios de memoria semántica en una muestra de adultos sanos, en edades entre 20 y 92 años. Los resultados de la investigación mostraron un aumento gradual en el rendimiento de cada uno de los grupos de edad de la muestra.

1.6.1 Posibles causas de los problemas de memoria

De acuerdo con la American Psychological Association (2017), los adultos mayores que experimentan problemas de memoria no deben asumir que estas dificultades se presentan por causa de la edad o debido a una demencia. En la Tabla 6 se muestran diferentes situaciones por las cuales se pueden presentar alteraciones en la memoria.

Tabla 6 Situaciones por las que se pueden presentar alteraciones en la memoria (American Psychological Association, 2017)

-
- Deshidratación
 - Infecciones
 - Efectos secundarios de medicamentos
 - Problemas de nutrición
 - Abuso de sustancias
 - Desequilibrio en el funcionamiento de la tiroides
 - Estrés psicológico
 - Ansiedad
 - Depresión
-

La American Psychological Association (2017) señala que, a pesar de que se pueden presentar cambios en el funcionamiento de la memoria, la mayoría de los adultos mayores tendrán un funcionamiento cognitivo normal. La recomendación que se hace a los adultos mayores en caso de presentar deficiencias de memoria es que se acerquen con los profesionales de la salud mental y discutan estas y otras

posibles causas que puedan estar afectando su memoria. Es importante que las personas reciban una evaluación psicológica para descartar presencia de estrés, ansiedad o depresión.

1.6.2 Maneras de mantener y mejorar la memoria del adulto mayor

Por otra parte, la American Psychological Association (2017) indica algunos consejos para que los adultos mayores mantengan o mejoren el funcionamiento de la memoria, los cuales se muestran en la Tabla 7.

Tabla 7 Consejos para que los adultos mayores mantengan o mejoren el funcionamiento de la memoria (American Psychological Association, 2017)

-
- Participación social: Las personas que interactúan y colaboran con otras personas muestran un mejor estado de ánimo y mejoras en la memoria
 - Actividad física: Realizar ejercicio ayuda a tener un mejor rendimiento cognitivo
 - Uso de estrategias: El uso de diferentes herramientas para recordar información ayuda en el mejoramiento en el aprendizaje y la memorización.
 - Evitar creer en estereotipos: Aquellos adultos mayores que muestran tener pensamientos positivos sobre el envejecimiento tienden a tener mejor rendimiento de memoria
 - Atender a la necesidad de usar aparatos: El uso de artefactos que faciliten utilizar los cinco sentidos (como gafas o audífonos) mejoran el rendimiento de la memoria
-

Conclusiones del Capítulo

La memoria es uno de los temas que más atención ha recibido en los últimos tiempos por parte de la psicología básica, debido a que esta función cognitiva se asocia a diferentes problemáticas que pueden llegar a dificultar que las personas lleven una vida cotidiana normal.

Los trastornos de la memoria pueden ser causados por diferentes circunstancias tales como trastornos psicológicos, enfermedades médicas, problemas de nutrición o uso y abuso sustancias. Los problemas de memoria suelen presentarse en mayor medida entre la población de adultos mayores en comparación con otros grupos de edad, ya que algunas funciones del cerebro se ven disminuidas con el paso del tiempo.

A pesar de ello, la mayoría de los adultos mayores tendrán un funcionamiento cognitivo normal, por lo que se recomienda que aquellas personas de 65 años o más que experimenten problemas de memoria, acudan con un profesional de la salud mental, con la intención de identificar y tratar el problema de la mejor manera.

En ocasiones, los problemas de memoria se pueden deber a la presencia de trastornos mentales tales como la depresión, por lo que los profesionales de la salud mental deberán evaluar la presencia de dichas enfermedades mentales y hacer uso de escalas que midan los diferentes sistemas de memoria, utilizando aquellos instrumentos que más se adecúen a las características de la persona.

Finalmente, existen algunos consejos que pueden ser útiles para que los adultos mayores mantengan o mejoren el funcionamiento de la memoria, los cuales tienen relación con realizar actividades de socialización, apoyarse de herramientas que permitan recordar la información más fácilmente, utilizar aquellos aparatos que permitan el mejor funcionamiento de los sentidos y evitar creer en los estereotipos de la adultez mayor.

Capítulo 2 Depresión

Introducción

La depresión es un trastorno mental que se caracteriza por la presencia de sentimientos de tristeza y un estado del ánimo bajo. A nivel mundial, se estima que existen alrededor de 350 millones de personas con depresión (OMS, 2015). En Estados Unidos se estima que 15.7 millones de adultos han presentado al menos un episodio depresivo, lo cual representa el 6.7% de la población general y el 5.2% de adultos mayores de 50 años (National Institute of Mental Health, 2014), mientras que en México se ha encontrado que el 8.7% de la población tiene depresión, siendo entre el 15 y 17% de los adultos mayores (Medina-Mora et al., 2005)

La depresión es una enfermedad que resulta de la interacción de diversos factores tales como el aspecto biológico, la configuración genética, el contexto social en el que se desenvuelve la persona y las características psicológicas (Berenzon, Lara, Robles y Medina-Mora, 2013)

Existen diferentes tipos de depresión, sin embargo el más común es el Trastorno Depresivo Mayor y para su diagnóstico, la persona debe presentar ciertos síntomas relacionados a alteraciones en el sueño, cambios en el apetito, presencia de sentimientos de tristeza, dificultad para experimentar placer o interés, fatiga y dificultad para concentrarse (American Psychiatric Association, 2013).

Dentro de la población de adultos mayores, la depresión tiende a presentarse con algunas manifestaciones diferentes a las de otros grupos de edad. Estas diferencias tienen que ver con mayor referencia de malestar o dolor físico, mayores niveles de desesperanza, alteraciones cognitivas más perceptibles, así como sentimientos de inutilidad o baja autoestima (Fiske, Wetherell y Gatz, 2009).

Existen ciertos factores que aumentan la posibilidad de que una persona presente depresión tales como presencia de enfermedades físicas y psicológicas, uso de sustancias, la exposición a eventos estresantes y la experiencia de pérdidas importantes (Fiske et al., 2009). También, existen algunas variables que disminuyen

el riesgo de presentar depresión tales como la participación en actividades sociales, el ejercicio físico, el nivel socioeconómico y el acceso a los servicios de salud (George, Ellison y Larson, 2002; Fiske et al., 2009).

Para el diagnóstico de la depresión, los profesionales de la salud se basan en el uso del Manual Diagnóstico de Trastornos Mentales DSM V en el cual se indican los criterios necesarios que una persona debe presentar para determinar que tiene depresión. Asimismo, existen diversos instrumentos validados en nuestro país que permiten evaluar este trastorno mental y de acuerdo a las características del usuario, el psicólogo deberá elegir el instrumento más adecuado (American Psychiatric Association, 2013).

En cuanto al tratamiento de la depresión, se ha encontrado que la manera más eficaz de combatir a la depresión es mediante la combinación de fármacos con psicoterapia (Cuijpers, Straten, Warmerdam y Andersson, 2009). Existen diferentes tipos de fármacos, por lo que la persona debe acudir con un psiquiatra para obtener el mejor tratamiento posible. Por otra parte, la terapia cognitivo-conductual es el proceso psicológico que más eficacia ha mostrado, sin embargo existen otros tratamientos que han funcionado en el tratamiento de la depresión (Scogin, Welsh, Hanson, Stump y Coates, 2005; Evans, 2007).

2.1 Epidemiología de la depresión

A lo largo de la vida, las personas experimentan diversos estados emocionales, sintiendo que tienen cierto control sobre su estado anímico. Cuando un trastorno afectivo se presenta, se pierde esa sensación de control y se experimenta un malestar general, propiciando desequilibrios en la reacción emocional o anímica sin que esto se deba a otro trastorno físico o mental (Baena, Sandoval, Urbina, Juárez y Villaseñor, 2005).

De acuerdo con los datos obtenidos de la Encuesta Nacional de Comorbilidad de los Estados Unidos (Kessler, Chiu, Demler y Walters, 2005) el 21% de la población adulta presentó un trastorno afectivo alguna vez en su vida, mientras que el 9% lo experimentó durante los últimos doce meses. En México, se aplicó la Encuesta

Mundial de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud, donde participaron personas en edades entre 18 y 65 años; en esta encuesta, se encontró que el 11% ha presentado un trastorno afectivo alguna vez en su vida, mientras que el 2% lo presentó en el último mes (OMS, 2004).

Posteriormente, los datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (Rafful, Medina-Mora, Borges, Benjet y Orozco, 2012) muestran que el 9% de los mexicanos presentaron un trastorno afectivo en algún momento en su vida, mientras que el 5% lo experimentó en el último año.

Uno de los trastornos afectivos más prevalentes es la depresión, la cual es una enfermedad que puede causar sufrimiento, generar alteraciones en la vida cotidiana y en algunos casos puede llevar al suicidio. Esta enfermedad es común en el mundo y en muchas ocasiones, las personas que la presentan no son tratadas debido a situaciones como la falta de recursos y de personal sanitario capacitado, la evaluación incorrecta o la estigmatización social de los trastornos mentales (Organización Mundial de la Salud, 2015).

A nivel mundial, se estima que existen 350 millones de personas con depresión, siendo una de las principales causas de discapacidad por encima de enfermedades crónico-degenerativas como enfermedades respiratorias, cardíacas o diabetes (OMS, 2015). Dentro de los Estados Unidos se estima que 15.7 millones de adultos han presentado al menos un episodio depresivo, lo cual representa el 7% de la población general y el 5% de adultos mayores de 50 años (National Institute of Mental Health, 2014).

En México, Medina-Mora et al. (2005) llevaron a cabo un estudio, en el cual encontraron que el 9% de los mexicanos presentaron depresión alguna vez en su vida, mientras que el 2% la presentó en el último mes.

Por su parte, Belló, Puentes-Rosas, Medina-Mora y Lozano (2005), utilizaron los datos de la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño (ENED) 2002-2003 para determinar la prevalencia de depresión existente dentro de la población adulta en México, encontrando que el 5% de los participantes presentaron este trastorno

un año antes de haberse realizado la encuesta; asimismo, para el grupo de edad de 60 años y más se encontró que el 7% habían experimentado depresión en los últimos doce meses.

En datos obtenidos por el INEGI (Estadísticas a propósito del día internacional del adulto mayor, 2014) entre el 15 y el 17% de los adultos mayores en México presentan depresión actualmente.

2.2 Etiología de la depresión

La depresión es una enfermedad que resulta de la interacción de diversos factores como lo son el aspecto biológico, el contexto social y las características individuales (Berenzon et al., 2013). Autores como Friedman y Thase (1995) plantean el estudio de la depresión desde una perspectiva biológica, la cual puede entenderse como una alteración en la regulación en la facilitación conductual, la inhibición conductual, el grado de respuesta al estrés, los ritmos biológicos de la persona y el procesamiento ejecutivo cortical de la información.

Estudios como el realizado por la American Psychiatric Association (2013) indica que la herencia genética es un factor frecuentemente asociado con depresión, reportándose un aumento en el riesgo de presentarla de dos a cuatro veces para aquellas personas que tienen familiares biológicos en primer grado deprimidos (padres, hermanos o hijos).

Baldwin y Birtwistle (2002) señalan que la influencia genética se presenta de forma más marcada en personas con depresión severa. De acuerdo con estos autores, los marcadores genéticos potenciales donde se localizan los trastornos afectivos son X, 4, 5, 11, 18 y 21; dos de los marcadores putativos en el cromosoma 5 contienen genes que contribuyen a los receptores para noraepinefrina, dopamina, ácido aminobutírico y glutamato.

Una explicación acerca de la presencia de depresión es la alteración en los neurotransmisores monoaminérgicos, como la noradrenalina, la dopamina y la serotonina, así como del mal funcionamiento de los receptores que se encargan de capturarlos (Stahl, 2002).

Ressler y Nemeroff (2001) señalan que las personas que muestran alteraciones en la presencia de norepinefrina tienden a presentar características típicas de la depresión como alteraciones en el apetito o el sueño, presencia de anhedonia, altos niveles de estrés, así como dificultades de atención y memoria.

Por su parte, Saveanu y Nemeroff (2012) indican que la depresión se presenta debido a la deficiencia de diferentes neurotransmisores, pero además señalan que algunas estructuras del cerebro muestran alteraciones, por ejemplo se observa una reducción en el tamaño del hipocampo y aumento de volumen de la glándula pituitaria.

Existen otras investigaciones en las que se estudian las alteraciones cerebrales en personas con depresión, por ejemplo Fitzgerald, Oxley, Laird, Kulkarni, Egan y Daskalakis (2006) hicieron una revisión de las investigaciones que intentaban identificar las áreas del cerebro que se asocian a la depresión, encontrando que las áreas prefrontales se relacionan con la presencia de este trastorno.

Campagne (2012) señala que, además de las deficiencias en los neurotransmisores, existen otros factores biológicos u orgánicos que pueden causar depresión tales como deficiencias de vitaminas, minerales y características hormonales de las personas. El autor señala que, en algunos casos, la alteración en las vitaminas A, B, D (Calcio, Magnesio y Zinc) afecta el estado de ánimo de las personas, ya que la variación de estas sustancias en el organismo puede propiciar la aparición de síntomas depresivos o intensificarlos. Asimismo, indica que la alteración en los niveles de testosterona, cortisol, la hormona del crecimiento, DHEA-S, la progesterona y la hormona paratiroidea han mostrado una relación verificable con la depresión, tanto en hombres como en mujeres.

También, existen modelos psicológicos que tratan de explicar la presencia de la depresión, por ejemplo Seligman (1975) propone su teoría sobre la indefensión aprendida, la cual sugiere que las personas deprimidas esperan experimentar acontecimientos desagradables en el futuro debido a las experiencias aversivas que

han vivido, sin la posibilidad de presenciar un cambio; en pocas palabras, se acostumbran a vivir en la desesperanza.

Asimismo, la teoría de Rhem (1977) propone que las personas con depresión tienden a enfocar su atención a los aspectos negativos de la conducta y no a los positivos, evaluando su comportamiento de forma negativa, minimizando sus aciertos.

De igual manera, el abordaje Cognitivo-Conductual sugiere que los pensamientos o cogniciones determinan la manera en que una persona se siente y actúa frente a un suceso de vida, por lo que aquellas personas que han experimentado constantes acontecimientos negativos a lo largo de su vida desarrollarán esquemas cognitivos distorsionados que propiciarán un pensamiento irracional, dando lugar a la depresión (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979).

Existen algunos estudios que indican que las características socioeconómicas de las personas influyen en la presencia de la depresión, por ejemplo, Medina-Mora et al. (2005) señalan que las prevalencias más altas de este trastorno se observan en grupos sociales con menor capacidad monetaria.

De igual forma, Compton, Conway, Stinson y Grant (2006) indican que las tasas más altas de depresión se asocian a características sociodemográficas como la raza, la edad y el sexo, siendo mayor para aquellas personas hispanas, mujeres, en edades de 18 a 29 años. Asimismo, ciertas características ambientales como el estilo de crianza e historia familiar pueden llegar a ser factores precipitantes de la depresión (Padrós-Blázquez, Martínez-Medina, Gudayol-Ferré y Villuendas-González, 2010).

Finalmente, se han desarrollado algunos modelos que estudian a la depresión desde una perspectiva integral o biopsicosocial; un ejemplo es el modelo de diatésis-estrés, en el cual se maneja que las características psicológicas (p. ej. la estructura del pensamiento) y las alteraciones biológicas (p. ej. de neurotransmisores) hacen que las personas sean vulnerables a desarrollar

depresión cuando se enfrentan con acontecimientos desfavorables o estresantes en su vida (Akiskal, 1995).

2.3 Clasificación de los trastornos depresivos

De acuerdo con la American Psychiatric Association (2013) existen diferentes tipos de trastornos depresivos que pueden llegar a presentarse en las personas. Esta clasificación se describe en la Tabla 8.

Tabla 8 Clasificación de los trastornos depresivos de acuerdo al DSM-V (American Psychiatric Association, 2013)

Trastorno Depresivo Mayor	Representa el trastorno clásico del grupo depresivo y se caracteriza por la presencia de uno o varios episodios depresivos de al menos dos semanas de duración (aunque la mayoría de los episodios tienden a durar más tiempo) que propician cambios en el afecto, la cognición y las funciones neurovegetativas. Se puede realizar un diagnóstico basado en un solo episodio, aunque en la mayoría de los casos el trastorno suele ser recurrente. Asimismo, debe tomarse en cuenta la diferencia entre la tristeza normal y la presencia de un episodio depresivo mayor.
Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo	Trastorno de tipo depresivo que se diagnostica a aquellos niños y adolescentes (pero que iniciaron el trastorno antes de los diez años) que presentan síntomas de irritabilidad crónica y elevados niveles de frustración.
Trastorno depresivo persistente (Distimia)	Trastorno que era conocido anteriormente como Distimia, y se refiere al estado de ánimo depresivo persistente durante al menos dos años, presentándose casi todos los días, la mayor parte del tiempo.
Trastorno disfórico premenstrual	Problemática que tiene que ver con una exacerbación patológica de los cambios somáticos y psíquicos presentes durante el periodo menstrual de las mujeres.

Tabla 8 Clasificación de los trastornos depresivos de acuerdo al DSM-V Continuación (American Psychiatric Association, 2013)

Trastorno depresivo debido a otra afección médica	Como su nombre lo indica, se refiere a la presencia de un estado de ánimo deprimido relacionado a la presencia de alguna enfermedad.
Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento	Es aquel en el que el estado de ánimo deprimido es causado por la administración de una sustancia o medicamento.
Otro trastorno depresivo especificado	En esta categoría se incluyen aquellas alteraciones en las que predominan los síntomas que caracterizan a la depresión, causando malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral o en otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen con los criterios de alguno de los trastornos categorizados en los trastornos depresivos.
Otro trastorno depresivo no especificado	Incluye las alteraciones en las que predominan los síntomas característicos del trastorno depresivo, causando malestar clínicamente significativo o deterioro en algún área de la vida cotidiana pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos. Esta categoría se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo por el que no se cumplen los criterios de un trastorno depresivo específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico.

2.3.1 Criterios diagnósticos de la depresión

Para diagnosticar la presencia de un trastorno depresivo, los profesionales de la salud mental utilizan el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5, el cual contiene los criterios necesarios para indicar la presencia de depresión. Cada uno de los tipos de los trastornos depresivos tiene sus propios criterios diagnósticos (American Psychiatric Association, 2013).

En general estos criterios se relacionan principalmente con el periodo de tiempo y la cantidad de síntomas que presentan las personas, muestras de malestar o dificultades en diferentes áreas de la vida cotidiana, la exclusión de otros trastornos y el descarte de que los síntomas se presenten debido a los efectos de una sustancia, sin embargo también se deben realizar especificaciones como la gravedad de los síntomas, señalar si hay presencia de ansiedad, si se observan características melancólicas, catatónicas, psicóticas, atípicas; si es de inicio en el periparto o si tiene un patrón estacional. En la Tabla 9 se muestran los criterios que una persona debe presentar para indicar que tiene depresión de acuerdo con el DSM V (American Psychiatric Association, 2013).

Tabla 9 Criterios Diagnósticos para la depresión de acuerdo con el DSM V (American Psychiatric Association, 2013)

A. Cinco o más de los síntomas han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de placer. Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej. siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej. se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable).
 - Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación)
 - Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado)
-

Tabla 9 Criterios Diagnósticos para la depresión de acuerdo con el DSM V continuación (American Psychiatric Association, 2013).

- Insomnio o hipersomnia casi todos los días. - Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento). - Fatiga o pérdida de energía casi todos los días. - Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo) - Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas). - Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra afección médica.
D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
E. Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco.

2.3.2 Herramientas para la evaluación de la depresión

Existen diversos instrumentos validados que permiten identificar depresión en las personas. Algunos ejemplos de este tipo de pruebas se muestran en la Tabla 10.

Tabla 10 Instrumentos para evaluar presencia de depresión

Inventario para Depresión de Beck: Instrumento desarrollado por Beck et al. (1961). Es una escala autoaplicable para adultos y adolescentes diseñada para medir la severidad de los síntomas de depresión y consta de 21 reactivos con cuatro opciones de respuesta y cuya suma total fluctúa entre cero y 63 puntos (Goldston, 2003). Beck, Steer y Carbin (1988) realizaron un estudio meta-análisis para evaluar las propiedades psicométricas de este cuestionario de 1961 a 1986, encontrando un promedio de coeficiente alfa de 0,86 para pacientes psiquiátricos y 0.81 para las personas no psiquiátricas. Dentro de la población mexicana, Jurado et al., (1998) validaron esta prueba con una muestra de 1508 participantes entre 15 y 65 años de edad, encontrando una confiabilidad de alfa de Cronbach de 0.87 y obteniendo tablas normativas para estudiantes y para la población general.

Escala de Valoración de Hamilton para la Evaluación de la Depresión: Es un instrumento diseñado para evaluar la gravedad de los síntomas depresivos en las personas. Consta de 17 reactivos y de acuerdo al puntaje obtenido la depresión se clasifica en; 1) de 0 a 7 no deprimido; 2) de 8 a 13 depresión ligera; 3) de 14 a 18 depresión moderada; 4) de 19 a 22 depresión severa; y 5) 23 o más depresión muy severa (Hamilton, 1960). En relación a sus propiedades psicométricas, Bagby, Ryder, Schuller y Marshall (2004) esta escala obtiene un valor promedio de alfa de Cronbach de 0.70. Dentro de población hispanohablante, este instrumento también ha obtenido valores de confiabilidad de Cronbach de 0.70 (Bobes et al., 2003).

Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D): Instrumento que se utiliza para la detección de casos de depresión con base en su sintomatología, obteniendo un nivel de validez de Cronbach de 0.80 en su versión original (Radloff, 1977). En México, Reyes-Ortega et al. (2003) validaron este instrumento para la población de adultos mayores, obteniendo un alfa de Cronbach de 0.90.

Cuestionario para depresión ENASEM: Es un tamiz que detecta la presencia de depresión y que se originó a partir de un panel de expertos conformado por personal del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) y por investigadores de las universidades de Pennsylvania, Maryland y Wisconsin de Estados Unidos. Este instrumento fue validado con una muestra de 199 personas con un promedio de edad de 79.5 años y obtuvo un alfa de Cronbach de 0.74 (Aguilar-Navarro, Fuentes-Cantú, Ávila-Funes y García-Mayo, 2007).

Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage: es un tamiz dirigido a adultos mayores y permite evaluar presencia de depresión (Yesavage et al., 1983). Debido a que este instrumento es el que se utilizó para evaluar a la muestra de estudio, se desarrollará con más detalle dentro del método.

2.4 Comorbilidad de la depresión

La depresión es un fenómeno que usualmente se asocia con la presencia de otras enfermedades, tanto físicas como mentales (Berenzon et al., 2013).

Diversos estudios señalan que la depresión se asocia a trastornos mentales como trastorno bipolar (Tondo et al., 1999), trastorno de ansiedad generalizada, agorafobia, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de estrés postraumático (Kessler et al., 2003), así como dificultades para desenvolverse adecuadamente en el ámbito social (Davis, Uezato, Newell y Frazier, 2008). También, estudios como el de Tondo et al. (1999) indican asociación entre riesgo suicida y depresión.

Un estudio en el que se evaluó la presencia de ansiedad en personas con depresión fue el realizado por Fava et al. (2000), en el cual participaron 255 personas en edades entre 18 y 65 años. Los investigadores encontraron que el 51% de las personas diagnosticadas con depresión también presentaban un trastorno de ansiedad, entre los que se encontraban la fobia social (27%), fobia simple (17%), trastorno de pánico (14%), trastorno de ansiedad generalizada (11%), trastorno obsesivo-compulsivo (6%) y agorafobia (5%).

Por su parte, Beekman et al. (2000) realizaron un estudio para examinar la comorbilidad y los factores de riesgo asociados a la depresión en 3056 personas en edades entre 55 y 65 años, encontrando que el 48% de las personas que presentaban trastorno depresivo mayor también reunían los criterios para el trastorno de ansiedad generalizada.

Asimismo, Lenze et al. (2000) llevaron a cabo una investigación para evaluar la presencia de ansiedad en 182 personas de 60 años o más que habían sido diagnosticadas con depresión; ellos encontraron que el 35% de los participantes habían presentado un trastorno de ansiedad alguna vez en la vida y el 23% lo presentaba actualmente, siendo el más común el trastorno de ansiedad generalizada.

El uso de sustancias ha sido otra problemática asociada a la depresión (Davis et al., 2008), siendo el alcohol una de las sustancias con mayor presencia en aquellas personas que poseen este trastorno mental (Tondo et al., 1999).

Currie et al. (2005) realizaron un estudio donde se evaluó uso de sustancias en personas que presentaban depresión en los últimos 12 meses, encontrándose que el 12% ingería alcohol de forma nociva, el 6% mostraba dependencia al alcohol y el 3% dependían de algún otro tipo de sustancia.

Hasin, Goodwin, Stinson y Grant (2005) presentaron los datos sobre depresión de la Encuesta Nacional de Epidemiología de Estados Unidos. Los autores muestran que, entre las personas con depresión, 5% manifestaba trastorno por uso de drogas, 14% tenían un trastorno por uso de alcohol y el 26% tenía dependencia a la nicotina.

Asimismo, Compton et al. (2006) realizaron un estudio para evaluar los cambios en las prevalencias de depresión mayor y el uso de sustancias en Estados Unidos entre 1991-1992 y 2001-2002, descubriendo que la prevalencia de depresión entre personas que también presentaban un trastorno por uso de sustancias se incrementó de manera estadísticamente significativa de 10% en 1991-1992, a 15% en 201-2002, de los cuales 12% eran personas con 45 años o más.

Por su parte, Davis et al. (2008) indican que cerca de un tercio de los pacientes que presentan un trastorno depresivo mayor también muestra uso de sustancias. Los autores indican que la comorbilidad entre estos trastornos produce un mayor deterioro social y aumenta el riesgo de presentar otros trastornos mentales e incluso suicidio.

Asimismo, la depresión ha mostrado tener relación con síntomas somáticos como enfermedades del corazón, obesidad (Omel et al., 2007), dolor abdominal, síndrome de colon irritable (Reséndiz-Figueroa, Ortiz-Garrido, Pulido, Arcila-Martínez y Schmulson, 2008) y presencia de diabetes mellitus (Castillo-Quan, Barrera-Buenfil, Pérez-Osorio y Álvarez-Cervera, 2010). Por ejemplo, Fenton y Stover (2006) señalan que las enfermedades cardiovasculares y la diabetes están entre las enfermedades crónicas que más se relacionan con la depresión. Estos autores

señalan que hasta un 25% de las personas con enfermedades cardiovasculares presentan un trastorno depresivo, mientras que las personas que presentan depresión y diabetes muestran deficiencia en su control glucémico y refieren más síntomas típicos de la diabetes.

2.5 Tratamiento de la depresión

El trastorno depresivo, aún en los casos de mayor gravedad puede tratarse. Lo primero que se recomienda para iniciar un tratamiento es acudir con un profesional de la salud mental para determinar el tratamiento más adecuado para la persona. Lo ideal es iniciar el tratamiento lo más pronto posible, pues esto lo hace más efectivo y aumenta las probabilidades de prevenir una recaída (National Institute of Mental Health, 2014).

2.5.1 Tratamiento farmacológico

En el pasado, los fármacos que ahora sabemos que tienen una acción antidepresiva eran utilizados para tratar la tuberculosis, sin mostrar eficacia para ello. Posteriormente, en 1988 aparecieron nuevos medicamentos antidepresivos con características serotoninérgicas y con menor cantidad de efectos secundarios. Con la llegada de estos nuevos antidepresivos comenzó un crecimiento importante del tratamiento farmacológico (Padrós-Blázquez et al., 2010). Actualmente, los antidepresivos se pueden clasificar en grupos (Padrós-Blázquez et al., 2010), los cuales se describen en la Tabla 11.

Tabla 11 Clasificación de los antidepresivos (Padrós-Blázquez et al., 2010)

IMAO's o Inhibidores de la Monoaminoxidasa: producen su efecto inhibiendo la enzima que degrada las monoaminas cerebrales tales como la noradrenalina, serotonina y dopamina, teniendo los neurotransmisores mayor efecto sobre el órgano receptor. Este medicamento se utiliza ante la presencia de depresiones atípicas con ansiedad, síntomas conversivos, somatización o cuando los antidepresivos tricíclicos o selectivos no funcionan adecuadamente. El uso de este fármaco se restringe debido a que puede propiciar diversos efectos secundarios como hipertensión, vértigo, mareo, fatiga, exacerbación de cefaleas vasculares, entre otras.

Antidepresivos tricíclicos y tetracíclicos; los antidepresivos tricíclicos y tetracíclicos funcionan en la desregulación de la norepinefrina y en el sistema de serotonina. Este medicamento muestra eficacia en trastornos vinculados al sueño y sus efectos suelen observarse en un periodo entre 2 y 8 semanas de haber comenzado el tratamiento. El uso de este tipo de antidepresivo puede generar algunos efectos secundarios como visión borrosa, sequedad de boca, estreñimiento, somnolencia, entre otros.

Inhibidores selectivos de la recaptura de Serotonina (ISRS) e inhibidores selectivos de la recaptura de Noradrenalina (ISRN); estos antidepresivos son los que se han desarrollado más recientemente y que generan menos efectos secundarios. Este tipo de fármaco actúa sobre la reabsorción de serotonina en el caso de los ISRS y en la recaptura de noradrenalina en el caso de los ISRN. Este tipo de medicamento se utiliza en el tratamiento de los diferentes tipos de trastornos de depresivos y de ansiedad. Algunos efectos secundarios que podrían llegar a presentarse son vómito, diarrea, ansiedad o cambios en los hábitos del sueño.

Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina y noradrenalina (ISRN): Son un tipo de antidepresivos que buscan obtener mejores resultados que los demás medicamentos, reduciendo los efectos secundarios.

Antidepresivos Antagonistas de los Receptores Serotoninérgicos (Receptor de 5HT): Se utiliza principalmente para tratar el Trastorno Depresivo Mayor, aun cuando ha mostrado efectos ansiolíticos en las personas. Este tipo de antidepresivos muestran menor cantidad de efectos secundarios que los tricíclicos, pero mayores a los mostrados por los ISRS

Antidepresivo Noradrenérgico-Dopaminérgico: Este tipo de antidepresivo se utiliza principalmente para el tratamiento de la depresión, sin embargo, se ha usado exitosamente en el tratamiento contra el tabaquismo. El bupropión es único medicamento de este grupo y ha mostrado algunos efectos secundarios como insomnio, ansiedad transitoria, crisis convulsivas, entre otras.

2.5.2 Tratamientos psicológicos

Dentro de la psicología se pueden encontrar diferentes modelos de terapia que varían en su fundamentación teórica y en el nivel de desarrollo de sus técnicas, por lo cual la depresión llega a abordarse desde distintas perspectivas (Parikh et al., 2009).

Uno de los enfoques que ha mostrado eficacia para el tratamiento de la depresión es la Terapia Cognitiva Conductual, la cual se centra en la modificación de las conductas, pensamientos y actitudes relacionadas con la depresión (Buttler, Chapman, Forman y Beck, 2006).

La terapia Cognitiva Conductual se lleva a cabo durante 15 o 20 sesiones. Regularmente, cada sesión tiene una duración de 50 minutos y se realiza una vez por semana. La cantidad de sesiones puede variar dependiendo de la gravedad del problema y la comorbilidad con que se presenta. Durante estas sesiones el terapeuta pretende educar al paciente para que aprenda a reconocer sus patrones de pensamiento negativo con la intención de que haga una revaloración de ellos (DeRubeis et al., 2005).

De igual forma, la terapia de Autocontrol o Autogestión consiste en la ejecución de ejercicios de instrucción y presentaciones que sirven para enseñar conceptos y habilidades que serán aplicados por los participantes en su vida diaria. Este tipo de tratamiento dura alrededor de 10 sesiones y ha mostrado eficacia en el tratamiento de depresión con niños, adolescentes, adultos y población geriátrica (Fuchs y Rehm, 1977).

También, la terapia de activación conductual es un tratamiento psicológico que busca incrementar el contacto de la persona con fuentes de recompensa, ayudándolo a ser más activos y a mejorar su contexto de vida. En este tipo de psicoterapia se trabaja en la identificación de los procesos que inhiben la activación, se detectan las conductas que promueven la evitación y se enseña a la persona nuevas habilidades para resolver problemas (American Psychological Association, 2016).

Otro tipo de terapia que ha demostrado su eficacia es la Terapia Interpersonal la cual se centra en las relaciones actuales y en los procesos interpersonales, con el objetivo de reducir los síntomas depresivos mediante el mejoramiento del funcionamiento social de la persona, así como su afrontamiento del estrés (Klerman, Rousanville, Chevron, Neu y Weissman, 1984).

Asimismo, El Sistema de Análisis de Comportamiento de la Psicoterapia Cognitiva es una terapia integrativa para adultos con depresión crónica que combina componentes de las terapias cognitivas, conductuales, interpersonales y psicodinámica. De acuerdo con este modelo, las personas con depresión crónica tienden a desconectarse de su entorno, por lo cual, sus habilidades interpersonales se ven afectadas. Este tipo de psicoterapia ayuda a las personas a desarrollar un comportamiento empático, mediante la identificación y el cambio de los patrones interpersonales relacionados con la depresión. Este tratamiento se lleva a cabo durante alrededor de 20 sesiones (Keller et al., 2000).

Existen otros tipos de psicoterapia que abordan a la depresión, sin embargo la mayoría de ellos no han mostrado ser eficaces cuando se les pone a prueba. Los tratamientos psicológicos que han probado su eficacia basados en la evidencia comparten algunos elementos como la posibilidad de aplicarse de forma individual o en grupo, la psicoterapia se realiza durante una cantidad reducida de sesiones que oscila entre 12 y 16 aumentándose únicamente cuando es necesario y cuentan con manuales claros de aplicación (Pérez-Álvarez y García-Montes, 2001).

El tratamiento de la depresión mediante la psicoterapia puede llegar a ser tan eficaz como el enfoque farmacológico, sin embargo existe evidencia que señala que la opción más eficaz para tratar a la depresión es mediante la conjunción de ambos tratamientos (Pérez-Álvarez y García-Montes, 2001).

2.5.3 Tratamientos fisiológicos

Existen algunos tratamientos para la depresión en los que se toman en cuenta la modificación fisiológica, uno de ellos es la Terapia electroconvulsiva (TEC), en la cual se utiliza la corriente eléctrica para disminuir la gravedad de los síntomas

depresivos. La TEC usualmente se utiliza para el tratamiento de la depresión severa y puede ser especialmente útil en personas que presentan delirios u otros síntomas psicóticos, pacientes que se encuentran en riesgo suicida, que no pueden tomar antidepresivos o que los tratamientos farmacológicos no han sido efectivos (Welch, 2008).

A diferencia de las creencias populares sobre el uso de los electrochoques, la TEC no genera dolor alguno, se lleva a cabo en hospitales con un equipo especial en un proceso que dura alrededor de un minuto. Se requieren entre 6 y 12 sesiones (en ocasiones se necesitan algunas más), se realiza mientras la persona se encuentra anestesiada y al despertar no recordará el tratamiento, sin embargo pueden presentarse algunos efectos secundarios menores como confusión por un periodo breve, dolor de cabeza, presión arterial baja, náusea y malestar muscular (Welch, 2008).

Otro tipo de tratamiento fisiológico es la Terapia de estimulación transcraneal (TMS), el cual es un procedimiento que estimula de manera selectiva, la actividad de las áreas cerebrales relacionadas al afecto y la cognición. Desde el ámbito de la neuroquímica la TMS genera cambios en el metabolismo del triptófano y de la serotonina en áreas límbicas. Los estudios sobre este tipo de tratamiento indican que los efectos secundarios que se pueden llegar a presentar son escasos y de poca importancia, relacionándose principalmente a sensaciones dérmicas atípicas (López-Ibor Aliño, Pastrana-Jiménez, Cisneros-Flores y López-Ibor Alcocer, 2010).

También, se ha utilizado la terapia lumínica para el tratamiento de la depresión, en la cual indica que la exposición a la luz alterara los ritmos circadianos, llegando a suprimir la secreción de melatonina en los seres humanos (Lewy, Wehr, Goodwin, Newsome y Markey, 1980). La terapia lumínica surgió como un tratamiento lógico para el Trastorno afectivo estacional, ya que muchos ritmos estacionales están mediados a través de cambios en la melatonina. El trastorno afectivo emocional consiste en la presencia de episodios recurrentes de depresión mayor que se producen con un patrón estacional, con mayor frecuencia la depresión durante el

otoño e invierno, con remisión completa durante la primavera y el verano (Even, Schröder, Friedman y Rouillon, 2008).

De acuerdo al meta-análisis realizado por Even et al. (2008) la terapia lumínica es eficaz para el tratamiento del Trastorno afectivo estacional, sin embargo los resultados para el tratamiento del trastorno depresivo son inconsistentes, mostrándose mayor eficacia cuando este tipo de terapia se utiliza como apoyo en el uso de antidepresivos.

2.5.4 Otros tratamientos

Además de los tratamientos antes mencionados, se han estudiado otras maneras de intervenir ante la presencia de depresión, un ejemplo de ello son las investigaciones sobre el papel que juega la nutrición en los trastornos del estado del ánimo. Lai et al. (2013) realizaron un meta-análisis con la intención de evaluar la asociación que existe entre la dieta de las personas y la presencia de depresión. Los autores concluyen que las dietas que incluyen frutas, vegetales, pescado y algunos granos pueden reducir el riesgo de presentar depresión.

Parker et al.,(2006) realizaron un meta-análisis científico en la que se sugiere que los déficits de omega-3 en el organismo están relacionados a la presencia de depresión, concluyendo que existen suficientes estudios que apoyan la administración de suplementos de omega-3 como un tipo de tratamiento para la depresión.

También, se han llevado a cabo investigaciones en las que se indica que el nivel de zinc en el organismo se relaciona con la gravedad de la depresión (Maes et al., 1994) y su utilidad como suplemento para mejorar la terapia farmacológica (Nowak, Siwek, Dudek, Ziéba y Pilc, 2003). De igual manera, se ha encontrado que las dietas ricas en magnesio se asocian a menores niveles de síntomas depresivos (Jacka, Maes, Pasco, Williams y Berk, 2012).

Otro método que se ha utilizado para tratar la depresión es el ejercicio físico, sin embargo, los resultados de su eficacia no son concluyentes. La evaluación Josefsson, Lindwall y Archer (2014) hicieron una revisión sistemática de estudios

relacionados a este tipo de tratamiento, encontrando que el ejercicio tiene un efecto terapéutico importante en aquellas personas que presentan depresión leve o moderada. En contraste, Underwood et al. (2013) llevaron a cabo una investigación en la que evaluaron la eficacia de un programa intensivo de ejercicio para reducir los síntomas de depresión; sus resultados indican que esta intervención no disminuye los síntomas depresivos en los participantes.

A pesar de que existen diversas formas de tratar a las personas con depresión, se ha encontrado que el tratamiento más eficaz es la combinación de la psicoterapia basada en la evidencia y el uso de fármacos. Este tipo de intervención se asocia a tasas más altas de mejoría y mayor adherencia al tratamiento por parte de los pacientes con este trastorno (Pampallona, Bollini, Tibaldi, Kupelnick y Munizza, 2004).

2.6 Particularidades de la depresión en el adulto mayor

La depresión es una enfermedad que se presenta comúnmente entre la población de adultos mayores y, al igual que sucede con otros grupos de edad, los síntomas afectan las diferentes áreas de la vida cotidiana del adulto mayor que la presenta, incluyendo su energía, apetito, sueño, interés en el trabajo, pasatiempos y sus relaciones interpersonales (Royal College of Psychiatrists, 2017).

Los trastornos depresivos tienden a presentarse de forma un tanto diferente en los adultos mayores. Algunos síntomas típicos de la depresión tales como la alteración del sueño, la fatiga, el retraso psicomotor, la pérdida de interés en la vida y la desesperanza sobre el futuro son más frecuentes en personas mayores de 60 años (Christensen et al., 1999)

Otros síntomas que se pueden encontrar típicamente en los adultos mayores deprimidos se pueden observar en la Tabla 12 (Gallo, Anthony y Muthén, 1994; Christensen, et al., 1999; Butters et al., 2004).

Tabla 12 Síntomas típicos presentes en adultos mayores deprimidos Gallo et al., 1994; Christensen, et al., 1999; Butters et al., 2004)

-
- La presencia molestias físicas y dolores que no tienen una explicación o que se muestran con mayor gravedad
 - La baja autoestima se puede llegar a experimentar debido a la sensación de ser una carga, sentimientos de inutilidad o de odio por no poder realizar actividades que antes podía llevar a cabo
 - Se experimentan pérdidas relacionadas al ámbito laboral y la muerte de seres queridos
 - Problemas de memoria notorios y dificultad para concentrarse, lo cual puede llevar a que la persona olvide tomar sus medicamentos, realizar sus comidas o descuidar su higiene
-

La mayoría de los adultos mayores que experimentan depresión muestran dificultades para identificar los síntomas debido a que atribuyen su malestar a la edad, a la presencia de otras enfermedades médicas o piensan que la depresión es un estado normal en esa etapa de la vida y se desvaloriza a la depresión como enfermedad (Jorm, 2001).

De acuerdo con una encuesta realizada por el National Mental Health Association (1996) alrededor del 68% de las personas de 65 años o más tienen pocos o nulos conocimientos sobre la depresión. De igual manera, sólo el 38% de los adultos mayores consideran que la depresión es un problema de salud y el 58% creen que es normal que las personas se depriman a medida que envejecen.

Asimismo, las personas de 65 años o más pueden asumir que las alteraciones cognitivas que presentan son un signo normal de la vejez, dejan de lado la posibilidad de que se trate de depresión o algún trastorno neurocognitivo. En estudios como el de Gallo et al. (1994) se indica que los adultos mayores deprimidos tienden a expresar en menor medida su malestar cognitivo en comparación con personas más jóvenes.

Sobre las alteraciones cognitivas, diferentes estudios indican que, en comparación con personas más jóvenes, los adultos mayores con depresión presentan en mayor medida alteraciones en la fluidez verbal, problemas de memoria, concentración, dificultades para obtener nuevos aprendizajes y menor velocidad de procesamiento (Butters et al., 2004).

Por otro lado, los trastornos del sueño, la sensación de fatiga, el aletargamiento, la pérdida de interés en la vida y la desesperanza sobre el futuro pueden ser más frecuentes entre los adultos mayores deprimidos en comparación con personas con depresión de otras edades (Christensen et al., 1999).

2.6.1 Factores de riesgo de la depresión en el adulto mayor

Diversos estudios señalan que la depresión en la tercera edad se presenta debido a la interacción de ciertas vulnerabilidades, incluyendo presencia de enfermedades y alteraciones biológicas, problemáticas neurológicas, cambios en el ámbito social y experiencia de eventos estresantes que ocurren durante esta etapa (Fiske et al., 2009).

Dentro de las alteraciones biológicas presentes en la tercera edad, se ha encontrado que la depresión se asocia a la desregulación endocrina, lo cual genera hipertiroidismo e hipotiroidismo (Tiemeier, 2003), a la pérdida de tejido óseo y al uso de ciertos medicamentos como tratamientos para enfermedades respiratorias o intestinales, hormonas, corticosteroides, entre otras (Alexopoulos, 2005).

Respecto a las enfermedades fisiológicas que han sido asociadas a la depresión en el adulto mayor, Freedland et al. (2003) desarrollaron un estudio en el que encontraron que entre el 20% y el 25% de los pacientes con problemáticas en el corazón experimentan depresión. Asimismo, Li, Ford, Strine y Mokdad (2008) analizaron la base de datos del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Conductual de Estados Unidos y de acuerdo con sus resultados, el 15% de los participantes que presentaron diabetes tipo II también mostraron depresión.

Por otra parte, Alexopoulos (2005) señala que existen anomalías estructurales en diversas regiones cerebrales en adultos mayores deprimidos como hipoactividad en

las estructuras corticales, hiperactividad en las estructuras límbicas, así como cierta reducción de la conectividad entre la amígdala y las estructuras del tálamo y la corteza frontal, las cuales se encargan de regular el procesamiento emocional.

También, tal como sucede en otras etapas de la vida, la depresión en el adulto mayor se asocia a factores psicológicos como introversión, impulsividad, falta de autoeficacia y baja autoestima (Vink, Aartsen y Schoevers, 2008), así como a trastornos mentales como ansiedad, deterioro cognitivo leve y demencia (Heun y Hein, 2005).

En cuanto a los factores sociales que aumentan la probabilidad de que un adulto mayor presente depresión, se ha encontrado que la pérdida de la pareja, tener sensación de soledad, la falta de hijos, la ausencia de apoyo social (Vink et al., 2008), el sexo, el nivel de educación, el uso de sustancias (Weyerer et al., 2008) y las experiencias de vida estresantes, tales como los problemas económicos (Kaji et al., 2010), aumentan la probabilidad de que exista depresión.

2.6.2 Factores protectores de la depresión en el adulto mayor

También, existen variables que disminuyen el riesgo de presentar depresión durante la adultez mayor, por ejemplo, George et al. (2002) encontraron que aquellos adultos mayores que participan en actividades religiosas tienen menos probabilidad de experimentar este trastorno.

Por su parte, Wrosch, Schulz, Miller, Lupien y Dunne (2007) señalan que la participación en actividades para superar problemas de salud tales como el ejercicio físico, estrategias para la reducción del estrés y la terapia de remplazo hormonal disminuyen el riesgo de presentar depresión.

Otros autores como Fiske et al. (2009), sugieren que los recursos económicos, el acceso a los servicios de salud, el aprendizaje de estrategias psicológicas para lidiar con los problemas de la vida y apoyarse en las redes sociales para manejar sus tensiones son factores protectores para la depresión.

2.6.3 Tratamientos para el adulto mayor

El tratamiento de la depresión durante la adultez mayor es similar al que se realiza con jóvenes y adultos de menor edad. Se ha observado que la combinación de la terapia psicológica y farmacológica es la manera más efectiva para tratar a los adultos mayores deprimidos. Cabe resaltar que los profesionales de la salud mental desarrollan un plan de tratamiento personalizado para cada persona y en ocasiones es necesario probar diferentes combinaciones hasta que se encuentre un que funcione (Cuijpers et al., 2009).

En relación a los tratamientos farmacológicos, existe evidencia de que los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores de la monoaminoxidasa presentan una eficacia similar entre los adultos mayores que los utilizan en comparación con jóvenes que tienen depresión (Fiske et al., 2009).

Sobre los procesos psicoterapéuticos, se ha encontrado que los tratamientos han mostrado mejores resultados a la hora de trabajar con adultos mayores deprimidos se encuentran la Terapia Cognitivo-Conductual, la Terapia Interpersonal y la Terapia de resolución de problemas (Cuijpers et al., 2009).

La Terapia Cognitivo-Conductual es el tratamiento para la depresión en adultos mayores más estudiado. En ella se pretende identificar, desafiar y alterar el procesamiento de información desadaptativa presente en los ancianos deprimidos mediante la incorporación de técnicas de comportamiento, incluyendo la activación conductual, el entrenamiento de relajación y la asertividad. Los adultos mayores que participan en este tipo de psicoterapia muestran mejoras en el rendimiento cognitivo, se presenta una disminución de sintomatología depresiva, muestran un aumento de autoeficacia y presentan tasas más altas de remisión en comparación con otros tratamientos psicológicos (Scogin et al., 2005; Evans, 2007).

Por otra parte, la Terapia de resolución de problemas también ha mostrado funcionar adecuadamente como un tratamiento para la depresión en la adultez mayor. Los datos sugieren que los usuarios de este tipo de psicoterapia muestran una reducción en la gravedad de la sintomatología depresiva y una mayor tasa de

de remisión en comparación con otros tratamientos (Arean, et al., 1993; Arean, et al., 2010).

En cuanto a los estudios donde se evaluó la eficacia de la Terapia interpersonal para el tratamiento de la depresión en adultos mayores, los resultados indican que este tipo de terapia disminuye tanto intensidad como la cantidad de síntomas depresivos, y sus usuarios experimentan dolor físico con menos frecuencia (Mello, Mari, Bacaltchuk, Verdeli y Neugebauer, 2005; Hinrichsen, 2008).

Otro tipo de terapia psicológica que ha mostrado tener eficacia en el tratamiento de la depresión en adultos mayores es la terapia de revisión de la vida (Fiske et al., 2009). De acuerdo con diversos estudios, este tipo de terapia es una herramienta útil para reducir la sintomatología depresiva en los adultos mayores tales como desesperanza, sentimientos de tristeza y mejora la satisfacción con la vida (Serrano, Latorre, Gatz y Montanes, 2004; Korte, Bohlmeijer, Cappeliez, Smit, Westerhof, 2012).

Una de las recomendaciones que usualmente se hace en los diferentes tipos de tratamientos para la depresión es que la persona realice un cambio de hábitos. Entre estos consejos se encuentran;

- Incrementar la actividad física
- Buscar un nuevo pasatiempo o interés
- Realizar visitas a familiares y amigos
- Tratar de dormir al menos ocho horas diarias
- Llevar una dieta balanceada, respetando los horarios de comida
- Evitar el uso de alcohol y otras sustancias

Conclusiones del capítulo

Es normal que en algunos momentos de la vida las personas experimenten sentimientos de tristeza pero cuando un trastorno afectivo se presenta, se experimenta un malestar general, propiciando desequilibrios en la reacción emocional o anímica sin que esto se deba a otro trastorno físico o mental.

La depresión es un trastorno afectivo que se deriva de la conjunción de una serie de factores y que se puede presentar en todas las personas, sin importar su edad, estatus social o nivel económico, sin embargo el grupo de 65 años o más es uno de los más vulnerables.

Existen diferentes tipos de trastornos depresivos pero el que muestra prevalencias más altas es el trastorno depresivo mayor. Para diagnosticar esta enfermedad mental la persona debe cumplir con ciertos criterios diagnósticos descritos dentro del Manual del DSM V.

A pesar de que la depresión se presenta de forma similar entre las personas, en los adultos mayores pueden observarse algunas diferencias como por ejemplo mayor malestar físico, mayor percepción de deterioro en la memoria y la atención y mayor nivel de sentimientos de desesperanza.

Existen diferentes instrumentos que sirven para medir la presencia de depresión, que han sido validados para la población y que se adecúan a las características de la persona que está siendo evaluada. También, pueden presentarse ciertos factores que aumentan la posibilidad de que las personas desarrollen este trastorno y otros que disminuyen la posibilidad de que se produzca, por lo cual es importante tomar en cuenta estas circunstancias a la hora de tratar a adultos mayores con depresión.

Uno de los tratamientos que mayor eficacia ha mostrado es el uso combinado de antidepresivos con la participación en la terapia cognitivo conductual, ya que este proceso permite que la persona modifique la manera en que realiza el procesamiento de información mediante el uso de técnicas de comportamiento. En los adultos mayores que participan en este tipo de tratamiento se han encontrado mejoras en el rendimiento cognitivo y disminución de la sintomatología depresiva. Además de este tipo de tratamiento, existen otros que han mostrado eficacia a la hora de tratar la depresión por lo que cada persona deberá utilizar aquel tratamiento que se ajuste más a sus características.

Capítulo 3 Deterioro Cognitivo Leve (DCL)

Introducción

El Deterioro Cognitivo Leve (DCL) es un síndrome que se caracteriza principalmente por la disminución del rendimiento cognitivo de la persona que lo experimenta. Para realizar el diagnóstico de este trastorno es necesario que la severidad de las deficiencias cognitivas sea insuficiente como para considerarla un tipo de demencia, también es necesario que su presencia no interfiera con la realización de las actividades de la vida diaria y que exista una preocupación por la disminución del rendimiento cognitivo (Mora-Simón et al., 2012).

De acuerdo con los datos epidemiológicos, el Deterioro Cognitivo Leve se presenta en al menos entre el 10% y el 20% de la población de adultos mayores a nivel mundial (Petersen, 2011). En México existen pocos estudios epidemiológicos sobre el tema y los resultados indican que alrededor del 7% de los adultos mayores en nuestro país presentan DCL (Gutiérrez et al., 2012).

Los diversos estudios que se han realizado sobre el Deterioro Cognitivo Leve han permitido que los profesionales de la salud mental distingan entre cuatro diferentes tipos de DCL. Si la persona únicamente presenta alteraciones en la memoria se le conoce como DCL amnésico de un solo dominio, pero si además de la memoria se ven deterioradas otras funciones se le llama DCL amnésico con múltiples dominios. En caso de que el trastorno se presente sólo en un dominio diferente a la memoria se le conoce como DCL no amnésico de un solo dominio, mientras que aquellas personas que muestran deficiencias en varias funciones cognitivas diferentes a la memoria se le nombra DCL no amnésico con múltiples dominios (Petersen, 2004).

Para evaluar la presencia de DCL, es necesaria la aplicación de instrumentos que permitan medir las funciones cognitivas, la funcionalidad de la vida cotidiana de la persona, así como la presencia de otros trastornos mentales (Claver, 2008). Cabe resaltar que no todas las personas que experimentan DCL desarrollan posteriormente una demencia. Existen pacientes que se mantienen dentro de los criterios del deterioro cognitivo leve (Luck, Luppá, Briel y Riedel-Heller, 2010).

En cuanto al tratamiento, existen diferentes maneras de abordar el Deterioro Cognitivo leve. Sobre el uso de medicamentos, las muestran resultados prometedores para el tratamiento del DCL, sin embargo los estudios muestran baja o nula eficacia (Simon, Yokomizo y Bottino, 2012). Por otro lado, la psicoterapia cognitiva ha mostrado mejores resultados a la hora de trabajar con personas que muestran afectaciones cognitivas (Olazarán et al., 2004; Li et al., 2011).

3.1 Epidemiología del Deterioro Cognitivo Leve

El Deterioro Cognitivo Leve (DCL), es un síndrome que se caracteriza por la presencia de alteraciones en una o más funciones cognitivas superiores cuya severidad resulta insuficiente para cumplir los criterios de una demencia, su presencia no interfiere en las actividades de la vida diaria y es acompañado de una preocupación por la disminución del rendimiento cognitivo (Mora-Simón et al., 2012).

De acuerdo con Petersen (2011) el DCL se presenta en al menos entre 10% y el 20% de los adultos con 65 o más años a nivel mundial. Plassman et al. (2008) señalan en su estudio que alrededor de 5.4 millones de personas en Estados Unidos con 71 años o más han presentado Deterioro Cognitivo Leve, lo cual representa al 22% de la población.

Por su parte, Petersen et al. (2010) realizaron un estudio con 9953 personas en edades entre 70 y 89 años encontrando que el 16% de los participantes presentaba Deterioro Cognitivo Leve. De acuerdo con sus resultados la prevalencia de DCL aumentaba conforme la edad de la persona era mayor, en las personas que no se habían casado y en aquellos con menor escolaridad.

En Argentina, Mías, Sassi, Masih, Querejeta y Krawchik (2007) realizaron una investigación donde participaron 418 personas con un promedio de edad de 64.24 años, encontrando que el 14% de su muestra presentaba Deterioro Cognitivo Leve.

En cuanto a datos de México, Alanís-Niño, Garza-Marroquín y González-Arellano (2008) realizaron un estudio con 226 personas en edades entre 60 y 93 años, encontrando que el 30% de los participantes presentaban deterioro cognitivo leve.

Asimismo, en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) del 2012 se encontró que el 7% de los participantes mayores de 60 años presentaban lo que los investigadores catalogaron como Deterioro Cognitivo no Demencia, siendo mayor entre las personas con menor escolaridad, sujetos de mayor edad y que residen en el área rural (Gutiérrez et al., 2012).

Las cifras mostradas en estos estudios pueden no reflejar la realidad, dado que hay factores que influyen en que muchos casos no sean diagnosticados. También, es importante mencionar que en la mayoría de los estudios revisados se encontraron diferentes prevalencias de DCL. Esto podría deberse al tipo de instrumentos que se usaron durante la investigación, al tipo de método utilizado, así como a los criterios diagnósticos que los autores usaron para clasificar su muestra.

3.2 Clasificación de los trastornos neurocognitivos

Anteriormente, la American Psychiatric Association categorizaba a los trastornos en los que se mostraba déficit cognitivo como demencias, sin embargo, para el DSM 5, estas problemáticas se agruparon bajo el término Trastorno Neurocognitivo Mayor y además se reconoció un nivel menos grave de disfunción cognitiva catalogado como Trastorno Neurocognitivo Leve. Dentro del manual DSM 5, tanto los trastornos neurocognitivos mayores como los leves, se clasifican en subtipos en base en las entidades etiológicas/patológicas que se sabe que subyacen en el deterioro cognitivo (American Psychiatric Association, 2013).

En la Tabla 13 se señalan los los subtipos de trastornos neurocognitivos graves y leves de acuerdo con el DSM V (American Psychiatric Association, 2013).

Tabla 13 Subtipos de trastornos neurocognitivos graves y leves de acuerdo con el DSM V (American Psychiatric Association, 2013).

TNC debido a la enfermedad de Alzheimer: Se presenta cuando existe evidencia de una mutación genética causante de la enfermedad de Alzheimer en los antecedentes familiares o en pruebas genéticas, hay un declive en el aprendizaje, la memoria y otra función cognitiva

Tabla 13 Subtipos de trastornos neurocognitivos graves y leves de acuerdo con el DSM V
Continuación (American Psychiatric Association, 2013).

TNC Frontotemporal: Se refiere a la degeneración del lóbulo frontotemporal, causando un declive importante en la cognición social, en el lenguaje o en otras funciones ejecutivas y alteraciones en el comportamiento.

TNC Vascular: Presencia de una alteración en la atención y en la función frontal ejecutiva, posterior a uno o varios episodios de tipo cerebrovascular

TNC debido a un traumatismo cerebral: Se presenta inmediatamente después de producirse un traumatismo cerebral o inmediatamente después de recuperar la consciencia, y persiste pasado el período, agudo postraumático.

TNC inducido por sustancias/medicamentos: El deterioro cognitivo se presenta posterior al uso de sustancias o medicamentos y esta alteración persiste más allá de la duración habitual de la intoxicación y la abstinencia agudas,

TNC debido a infección: Las alteraciones cognitivas son propiciadas por la presencia de VIH y dichas alteraciones no se pueden atribuir a la presencia de otra afección médica, ni puede explicarse mejor por otro trastorno mental.

TNC debido a enfermedad por priones: Las alteraciones cognitivas se generan debido a la presencia de partículas infecciosas de prion.

TNC debido a la enfermedad de Parkinson: Las alteraciones cognitivas se producen debido a la degeneración del sistema nervioso.

TNC debido a la enfermedad de Huntington: El deterioro neurocognitivo se debe a la presencia de la enfermedad de Huntington.

TNC debido a otra afección médica: Existen diversas enfermedades que pudieran producir deterioro cognitivo por ejemplo tumores cerebrales, hidrocefalia, afecciones endocrinas, entre otras. Para determinar la presencia de este trastorno se deben tener pruebas de que el trastorno neurocognitivo es la consecuencia fisiopatológica de alguna enfermedad diferente a las establecidas anteriormente en los otros diagnósticos de TNC.

TNC No Especificado: Se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno neurocognitivo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos neurocognitivos.

3.2.1 Tipos de Deterioro Cognitivo Leve

La definición de Deterioro Cognitivo Leve ha ido evolucionando con el paso del tiempo con la intención de conocer de mejor manera esta entidad, lo cual permitirá a los profesionales de la salud mental realizar de mejor manera el diagnóstico diferencial y llevar a cabo tratamientos eficaces que se adecúen a las necesidades de las personas que presentan este tipo de problemáticas (Clark et al., 2013).

Dentro del concepto de DCL se han distinguido cuatro subtipos clínicos que hacen alusión al o los dominios cognitivos en los que se pueden observar déficits, los cuales se enumeran dentro de la Tabla 14 (Petersen, 2004).

Tabla 14 Subtipos de DCL (Petersen, 2004).

DCL amnésico de un solo dominio. Es el tipo de DCL que se caracteriza por la alteración específica de las funciones de la memoria.

DCL amnésico con múltiples dominios. Es en el que se ven afectados dos o más dominios cognitivos, entre los que se encuentra la memoria.

DCL no amnésico de un solo dominio. Es en el que sólo una función cognitiva se ve disminuida pero no se relaciona con la memoria, sino con otra función como la atención o el lenguaje.

DCL no amnésico con múltiples dominios. Se refiere al deterioro de dos o más funciones cognitivas, entre las que no se encuentra a la memoria.

Se han realizado diversos estudios con la intención de medir la prevalencia de cada subtipo de DCL. Un ejemplo de ello es el estudio realizado por López et al. (2003), en el cual evaluaron a 3608 personas, encontrando que el 6% mostraba DCL amnésico de un solo dominio, mientras que el 16% presentaba DCL amnésico de múltiples dominios.

De igual manera, Manly et al. (2005) evaluaron a 1315 adultos mayores sin demencia y de acuerdo con sus resultados el 5% presentó DCL amnésico con un solo dominio, el 6% DCL amnésico con múltiples dominios y el 6% mostró DCL no amnésico con múltiples dominios.

También, Busse et al. (2006) llevaron a cabo una investigación donde participaron 1265 adultos mayores de 75 años o más, encontrando que el 4% presentaba DCL amnésico de un solo dominio, el 5% tenía DCL Amnésico con múltiples dominios, el 7% mostraba DCL no amnésico con un solo dominio, mientras que el 2% tenía DCL no amnésico con múltiples dominios. Asimismo, Petersen et al. (2010), encontraron que el 11% de los participantes de su estudio presentaban DCL amnésico, mientras que el 5% mostraba DCL no amnésico.

La distinción de los subtipos de DCL permite que el profesional de la salud mental determine de mejor manera los dominios cognitivos que están siendo afectados a causa de esta problemática. Este conocimiento permite que los expertos generen intervenciones más adecuadas de acuerdo a las necesidades de cada persona (Petersen, 2004).

3.2.2 Criterios diagnósticos de los trastornos neurocognitivos

Para determinar si una persona está presentando un trastorno neurocognitivo leve debe cumplir ciertos criterios de diagnóstico, los cuales se enlistan dentro del manual de diagnóstico DSM 5 (American Psychiatric Association, 2013) y se muestran en la Tabla 15.

Tabla 15 Criterios de diagnóstico para trastorno neurocognitivo leve de acuerdo con el DSM V (American Psychiatric Association, 2013)

Evidencias de un declive cognitivo moderado comparado con el nivel previo de rendimiento en uno o más dominios cognitivos (atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidad perceptual motora o cognición social) basadas en:

- Preocupación en el propio individuo, en un informante que le conoce o en el clínico, porque ha habido un declive significativo en una función cognitiva.
 - Un deterioro moderado del rendimiento cognitivo, preferentemente documentado por un test neuropsicológico estandarizado o, en su defecto, por otra evaluación clínica cuantitativa.
-

Tabla 15 Criterios de diagnóstico para trastorno neurocognitivo leve de acuerdo con el DSM V
Continuación (American Psychiatric Association, 2013)

Los déficits cognitivos no interfieren en la capacidad de independencia en las actividades cotidianas (p. ej., conserva las actividades instrumentales complejas de la vida diaria, como pagar facturas o seguir los tratamientos, pero necesita hacer un mayor esfuerzo, o recurrir a estrategias de compensación o de adaptación).

Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un delirium.

Los déficits cognitivos no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).

Se debe especificar el subtipo del trastorno neurocognitivo y si se presenta alteración en el comportamiento

3.2.3 Actividades de la vida cotidiana en el deterioro cognitivo leve

Ciertamente, la presencia de déficits cognitivos es la característica principal del deterioro cognitivo leve, sin embargo las personas con DCL también muestran dificultades para realizar sus actividades cotidianas de manera independiente, tales como hacer pagos o comprar algún artículo importante. Esta pérdida de la independencia puede ser reportada por el propio paciente o por algún miembro de su familia (Petersen, 2011).

En un estudio realizado por Tuokko, Morris y Ebert (2005) compararon las capacidades para realizar actividades cotidianas individuales entre personas con DCL y un grupo control, encontrando diferencias estadísticamente significativas en la capacidad funcional global, así como en la realización de tareas relacionadas con caminar, ducharse, llamar por teléfono, usar medios de transporte, hacer compras, preparar los alimentos, realizar tareas de la casa, tomar su medicamento y manejar el dinero.

Por su parte Wadley, Okonkwo, Crowe y Ross-Meadows (2008) realizaron un estudio en el que evaluaron la velocidad y precisión para realizar actividades de la vida cotidiana en personas con DCL y lo compararon con un grupo control. De

acuerdo con sus resultados, los participantes con DCL lograron igualar la precisión con que realizaban sus actividades cotidianas, sin embargo les tomaba mayor tiempo realizarlas en comparación con el grupo control.

Asimismo, Schmitter-Edgecombe, Woo y Geeley (2009) evaluaron la memoria y la realización de actividades de la vida cotidiana en personas con DCL y adultos mayores que no presentaban este síndrome. Los datos de su estudio señalan que las personas con deterioro cognitivo leve mostraron menor rendimiento en las pruebas de memoria y experimentaron más problemas para llevar a cabo actividades de la vida cotidiana en comparación con el grupo control. Finalmente, los autores indican que la memoria juega un papel importante a la hora de realizar actividades de la vida cotidiana, por lo cual las personas con DCL encuentran más complicaciones para culminarlas en comparación con personas sin este trastorno.

3.2.4 Herramientas para la evaluación del DCL

Como ya se mencionó anteriormente, la American Psychiatric Association (2013) introdujo dentro del Manual de Diagnóstico DSM 5 los criterios para diagnosticar el DCL. En estos criterios, se recomienda que los profesionales de la salud mental fundamenten el diagnóstico del DCL mediante el uso de técnicas de evaluación que permitan detectar adecuadamente este tipo de déficit (Montenegro-Peña, Montejo-Carrasco, Llanero-Luque y Reinoso-García, 2012).

De acuerdo con Claver (2008), para que una evaluación del DCL sea adecuada requiere estar fundamentada en la realización de una historia clínica que detalle los cambios cognitivos que se han presentado en la persona; es importante que, además, se aprovechen los datos obtenidos de los familiares del paciente para la elaboración de la historia clínica. También, es necesaria la aplicación de instrumentos que permitan medir las funciones cognitivas y la funcionalidad de la vida cotidiana de la persona. Otra área en la que se debe profundizar es en la presencia de trastornos psiquiátricos, puesto que algunas de estas enfermedades mentales se relacionan a alteraciones cognitivas.

Realizar una evaluación tomando en cuenta los puntos anteriores permite detectar el deterioro cognitivo y el grado en el que se presenta, diferenciar el DCL del envejecimiento normal y de la demencia, identificar las áreas cognitivas afectadas, y favorecer la intervención y el seguimiento del paciente (Claver, 2008).

Para efectuar dicha evaluación se han creado diversos instrumentos que permiten determinar la presencia de deterioro cognitivo a través de la medición de las funciones cognitivas, entre ellos se encuentra el Mini-Mental State Examination (MMSE), el cual mide las capacidades cognitivas mediante la valoración de la orientación espacial y temporal, memoria, atención y lenguaje (Folstein, Folstein y Mchugh, 1975).

Asimismo, el Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) es un instrumento utilizado para evaluar orientación, memoria, cálculo y atención en personas de bajo nivel educativo. Esta prueba consta de diez ítems y su punto de corte para deterioro cognitivo es de tres errores (Pfeiffer, 1975).

El Short Test of Mental Status (STMS) también permite detectar deterioro cognitivo a través de la evaluación de la orientación, memoria, aritmética, abstracción, construcción e información y ha sido utilizado para la identificación de DCL y demencia (Kokmen, Smith, Petersen, Tangalos y Ivnik, 1991).

Otro instrumento que se utiliza para la evaluación cognitiva es la Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA, por sus siglas en inglés). Al igual que el STMS, el test de MoCA fue desarrollado para identificar principalmente a personas con DCL (Nasreddine et al., 2005). El test de MoCA permite evaluar la función ejecutiva, las habilidades lingüísticas de nivel superior, la memoria y el procesamiento visuoespacial complejo, teniendo una sensibilidad de detección de DCL del 90% (Zadikoff et al., 2008).

En cuanto a la evaluación del funcionamiento en la vida cotidiana, ésta se puede llevar a cabo mediante la administración de instrumentos como el Functional Activities Questionnaire (FAQ), la cual es una escala que mide el funcionamiento en actividades de la vida diaria, teniendo una sensibilidad que oscila entre el 85% y

98%, y una especificidad entre el 71% y el 91%, para diferenciar entre personas con déficits cognitivos y personas que funcionan adecuadamente (Pfeiffer, Kurosaki, Harrah., Chance y Filos, 1982; Teng et al., 2010).

De igual forma, el Direct Assessment of Functional Status (Loewenstein, Amigo, y Duara, 1989) es una evaluación que mide el rendimiento de las personas en seis dominios de funcionamiento diario; esta son orientación temporal, habilidades de comunicación, habilidad con las finanzas, habilidades de compra, habilidades de preparación y habilidades para comer. La duración de la aplicación de este instrumento es de 25 minutos aproximadamente.

También, el Texas Functional Living Scale es un instrumento basado en el desempeño de habilidades funcionales en personas que presentan déficit cognitivo. El TFLS consta de 21 ítems que miden funcionalidad en la vestimenta, tiempo para realizar las actividades, manejo de dinero, comunicación y memoria, y para su administración se requiere de 20 minutos (Cullum et al., 2001).

Por su parte, Schmitter-Edgecombe, McAlister y Weakley (2012) diseñaron el instrumento Day-Out Task (DOT), en la que los participantes deben completar tareas relacionadas a la preparación de un día en la vida real como la planificación de una ruta de autobús o la organización de un almuerzo. De acuerdo con los autores, los pacientes con DCL requirieron más tiempo para completar el DOT que los del grupo control y cometieron más errores mientras resolvían las tareas.

Finalmente, cuando se revisa la historia clínica es importante descartar que el déficit cognitivo presente sea causado por la presencia de otro tipo de trastornos neuropsiquiátricos (Claver, 2008). Se ha encontrado que en más de la mitad de los pacientes con DCL han mostrado características típicas de algún trastorno neuropsiquiátrico (Feldman et al., 2004) tales como ansiedad (Forsell, Palmer y Fratiglioni, 2003), irritabilidad (Hwang, Masterman, Ortiz, Fairbanks y Cummings, 2004), depresión (Petersen et al., 2014) y, en menor medida, con delirios y alucinaciones (Lyketsos, Lopez, Fitzpatrick, Breitner y DeKosky, 2002).

El DCL es un problema clínico que se presenta con mayor frecuencia en el presente, por lo cual se hace necesario el uso de herramientas adecuadas para su correcta identificación (Feldman y Jacova, 2005).

3.3 Progresión del DCL a la Demencia

Una de las razones por las cuales se desarrollan un número importante de investigaciones sobre deterioro cognitivo leve es su valor clínico, puesto que la presencia de este trastorno con frecuencia es un factor predictor del desarrollo de algún tipo de demencia (Mitchell y Shiri-Feshki, 2009).

En general, en los estudios se estima que la tasa de progresión de deterioro cognitivo leve hacia una demencia se encuentra entre el 5 y el 15% por año (Aisen et al., 2011; Mora-Simón et al., 2012), entre las que se encuentran principalmente el Alzheimer y la demencia vascular (Mitchell y Shiri-Feshki, 2009).

Sin embargo, no todas las personas con DCL desarrollan posteriormente una demencia. Existen pacientes que se mantienen dentro de los criterios del deterioro cognitivo leve, e inclusive hay quienes mejoran con el tiempo (Luck et al., 2010). Un ejemplo de esto es el estudio de Busse et al. (2006), en el cual se encontró una tasa de progresión hacia la demencia del 44%, mientras que una quinta parte de los pacientes mejoró su estado cognitivo.

Otra investigación realizada por Busse, Angermeyer y Riedel-Heller (2006) donde se estudió la progresión de DCL a demencia en una muestra de 1045 participantes de 75 años o más, se descubrió que el 20% de las personas con DCL se mantuvo en esta condición después de seis años, mientras que alrededor del 65% desarrolló una demencia en el mismo periodo de tiempo. Cabe resaltar que la mayoría de las personas con DCL que evolucionaron a demencia, lo experimentaron durante los primeros 18 meses.

Asimismo, Manly et al. (2008) hicieron un monitoreo de capacidades cognitivas a 2364 adultos mayores durante 18 y 24 meses. Los resultados muestran que el 47% de los participantes con DCL se mantuvo con esta problemática en este periodo de

tiempo y que el 31% de los participantes mostraron mejoras cognitivas dentro del mismo lapso.

También, Mitchell y Shiri-Feshki (2009) realizaron un meta-análisis con la intención de cuantificar el riesgo de desarrollar demencia en aquellas personas con DCL. En sus resultados se identifica una progresión a demencia, Alzheimer y demencia vascular del 39%, 34% y 6% respectivamente.

3.3.1 Factores de riesgo para la progresión de DCL a demencia

Existen ciertas características que ayudan a identificar si las personas con deterioro cognitivo leve desarrollarán una demencia a futuro (Petersen, 2011). Los estudios revisados indican que el grado de deterioro cognitivo, el tipo de DCL, el perfil metabólico de la persona, la alteración de tamaño de algunas áreas del cerebro y la presencia de enfermedades somáticas aumentan la probabilidad de que se presente una progresión de DCL a demencia.

De acuerdo con Dickerson, Sperling, Hyman, Albert y Blecker (2007), el grado de deterioro cognitivo presente en las personas es un factor predictor para la progresión hacia una demencia, siendo mayor el riesgo para aquellos con niveles más altos de alteración cognitiva. De acuerdo con los autores, esto se debe a que los pacientes con este tipo de trastorno se encuentran más cerca del umbral para el diagnóstico de la demencia.

En relación al tipo de deterioro cognitivo leve, Petersen (2004) señala que las personas que presentan deterioro cognitivo leve amnésico (tanto de un solo dominio, como en el dominio múltiple) tienen más probabilidad de desarrollar Alzheimer.

También, Perri, Carlesimo, Serra y Caltagirone (2009) indican que las personas con deterioro cognitivo amnésico de un solo dominio, rara vez evolucionan hacia una demencia, mientras que aquellos que presentan deterioro en más dominios tienen más posibilidad de desarrollar una demencia. Asimismo, el deterioro cognitivo leve no amnésico puede ser precursor de demencias que no se relacionan al Alzheimer,

tales como la degeneración frontotemporal o la demencia con cuerpos de Lewy (Petersen, 2011).

Sobre el perfil metabólico, Chételat et al. (2003) utilizaron la tomografía por emisión de positrones (PET) con la intención de buscar un perfil metabólico asociado con la progresión de DCL a Alzheimer, encontrando que las personas con un patrón de hipometabolismo en las regiones temporal y parietal del cerebro en 18FDG-PET tienen más riesgo de desarrollar este trastorno.

Por su parte, Hansson et al. (2006) realizaron un análisis de biomarcadores en el líquido cefalorraquídeo y su relación con la progresión del DCL hacia Alzheimer, encontrando que los niveles de Beta-amiloide (1-42), proteína total de tau (T - tau) y el tau fosforilado (P - tau181) están fuertemente asociadas con el desarrollo futuro de la enfermedad de Alzheimer en pacientes con MCI.

De igual manera, Metastasio et al. (2006) realizaron un estudio mediante el uso de la espectroscopia de resonancia magnética de protones (^1H MRS) con la intención de medir N-acetil aspartato (NAA), colina (Cho), mio-inositol (ml) y creatina (Cr) en la sustancia blanca paratrigonal en personas con DCL y un grupo control. Sus resultados indican que existe una diferencia significativa de la relación NAA/Cr entre personas con DCL que progresaron a una demencia y los participantes que se mantuvieron en el mismo estado cognitivo durante un periodo de un año, lo cual sugiere que esta alteración metabólica puede ser detectada antes de que la demencia se presente.

Otro método utilizado para predecir la progresión del deterioro cognitivo leve hacia una demencia es la resonancia magnética estructural (IRM), con la cual se ha encontrado que las personas con DCL que desarrollaron Alzheimer muestran reducción en el tamaño del hipocampo (Apostolova et al., 2006), expansión ventricular y disminución del volumen cerebral (Jack et al., 2008).

Finalmente, Petersen et al. (2014) señalan que existe el deterioro cognitivo leve se asocia con la presencia de enfermedades físicas (como diabetes o enfermedades

vasculares), enfermedades mentales (como depresión) y al estilo de vida de la persona.

3.4 Tratamiento del DCL

La búsqueda de tratamientos para el deterioro cognitivo leve ha tomado gran relevancia en los últimos tiempos, ya que la intervención oportuna de las alteraciones cognitivas se asocia a respuestas al tratamiento más efectivas (Mariani, Monastero y Mecocci, 2007) y a la disminución del riesgo a desarrollar posteriormente algún tipo de demencia (Wenisch et al., 2007).

3.4.1 Tratamiento farmacológico

Actualmente, los tratamientos desde la perspectiva farmacológica han mostrado resultados controversiales en el manejo del DCL (Simon et al., 2012), por ejemplo Diniz et al. (2009) realizaron un meta-análisis en el que incluyeron diversos estudios donde se evaluaba la eficacia de la colinesterasa (ChEI) en el tratamiento de personas con DCL. Sus resultados indican que el uso a largo plazo de ChEI en personas con deterioro cognitivo leve puede atenuar el riesgo de progresión a hacia algún tipo de demencia.

Por otro lado, Raschetti, Albanese, Vanacore y Maggini (2007) evaluaron los efectos de la colinesterasa en el retraso de la conversión del DCL a algún tipo de demencia, encontrando que no había diferencias significativas entre los grupos tratados con ChEI y aquellos en los que se administró un placebo.

Asimismo, Winblad et al. (2008) estudiaron la capacidad de la galantamina para para retrasar la conversión a una demencia. Los resultados de esta investigación muestran que no hay diferencias significativas en el uso de galantamina dentro de los índices de conversión a demencia.

También, Farlow (2009) señala que las investigaciones de DCL en las que se han estudiado los efectos terapéuticos de donepezil, vitamina E, rivastigmina, galantamina y rofecoxib, no han obtenido resultados convincentes en retrasar la progresión de este tipo de deterioro cognitivo hacia la demencia. Este autor señala

que un problema que pudo haber socavado estos ensayos es la falta de instrumentos neuropsicológicos sensibles a la detección de DCL.

En otros estudios se han analizado los efectos retardadores en la progresión de DCL a demencia que poseen el Ginkgo Biloba, selegiline y la vitamina E (Mecocci, Mariani, Cornacchiola y Polidori, 2004), así como el donepezilo (Rosenberg, Johnston y Lyketsos, 2006), sin llegarse a obtener evidencia suficientemente fuerte como para recomendar su uso rutinario. A pesar de existir investigaciones que muestran resultados prometedores para el tratamiento farmacológico del DCL, en general los estudios muestran baja o nula eficacia (Simon et al., 2012).

3.4.2 Tratamientos psicológicos

La perspectiva psicológica también ha puesto a prueba la eficacia de sus tratamientos sobre deterioro cognitivo leve, mostrando en muchos casos resultados importantes; por ejemplo, Olazarán et al. (2004) evaluaron la eficacia de un programa cognitivo-motor en pacientes con DCL y Alzheimer temprana que fueron tratados con un inhibidor de la colinesterasa (ChEI). Sus resultados muestran que los pacientes que participaron en la intervención mantuvieron el estado cognitivo durante los siguientes seis meses, mientras que el grupo control presentó una disminución significativa durante el mismo periodo de tiempo; además, el 75% de los pacientes del grupo experimental mantuvieron o mejoraron su estado afectivo durante los siguientes 12 meses.

También, Talassi et al. (2007) midieron la efectividad de un programa de rehabilitación cognitiva en el que se utiliza un entrenamiento cognitivo computarizado, terapia ocupacional y entrenamiento conductual. Los participantes de este estudio presentaban DCL y demencia en los primeros estadios y de acuerdo con los resultados este tipo de capacitación cognitiva produce una mejora en el estado cognitivo y afectivo de los pacientes que presentan estas problemáticas.

De igual forma, Wenisch et al. (2007) evaluaron los programas de estimulación cognitiva colectiva, los cuales presentan un enfoque colectivo y global centrado en los aspectos cognitivos, psicológicos y sociales. La muestra se conformó por doce

pacientes con DCL y doce personas que presentaban un funcionamiento cognitivo normal. Los resultados del estudio indican que la intervención tuvo mayor eficiencia en la reducción de las dificultades de aprendizaje asociativo y en el mejoramiento de las capacidades de memoria asociativa en los pacientes con DCL.

Por su parte, Jean, Bergeron, Thivierge y Simard (2010) realizaron un meta-análisis para evaluar la eficacia de 15 programas de intervención cognitiva que se han probado en personas con DCL. Los datos mostraron mejoras estadísticamente significativas al final del tratamiento en el 44% de las investigaciones que utilizaron escalas objetivas de memoria y solo en el 12% en aquellas donde se utilizaron instrumentos objetivos que no evaluaban memoria. Asimismo, se obtuvieron mejoras estadísticamente significativas después del tratamiento en el 49% de los estudios donde se aplicaron instrumentos subjetivos de memoria, calidad de vida o estado de ánimo.

En otro meta-análisis llevado a cabo por Li et al. (2011) en el cual se evaluaron 17 estudios clínicos de intervención cognitiva para DCL, se encontró que después de un entrenamiento cognitivo, los pacientes con deterioro cognitivo leve mejoran significativamente tanto en el nivel de cognición general como en la autovaloración general. Los autores señalan que las áreas específicas donde se pueden observar estos beneficios son el lenguaje, autoestima, capacidad funcional, memoria episódica, memoria semántica, funcionamiento ejecutivo, memoria de trabajo, capacidad visuoespacial, velocidad de atención, velocidad de procesamiento, problemas de memoria, calidad de vida, actividades de la vida cotidiana y depresión auto-evaluada. Los resultados también sugieren que las personas con esta problemática se benefician de la intervención cognitiva en los datos de seguimiento.

Finalmente, Simon et al. (2012) hicieron un meta-análisis con 20 artículos de investigación con la intención de evaluar la efectividad de las intervenciones cognitivas en la mejora de las habilidades de aprendizaje, así como sus impactos en las mediciones cognitivas del estado de ánimo, el funcionamiento cotidiano y la neuroimagen funcional. Los autores concluyeron en su estudio que los pacientes con DCL amnésico muestran cambios significativos en las estrategias de

información, memoria, modificaciones en los patrones de activación del cerebro y en el aumento de la conectividad.

3.4.3 Otros tratamientos

Además de los tratamientos antes mencionados, los investigadores han evaluado otras maneras de tratar a las personas con DCL. Uno de ellos es el estudio de Talassi et al. (2007), quienes también evaluaron un programa de rehabilitación, en el cual se llevaron a cabo técnicas de rehabilitación física, de terapia ocupacional y tratamiento de síntomas anímicos a través de la conversación. Dentro sus resultados, los autores indican que las personas que participan en este tipo de programa de intervención no presentan diferencias estadísticamente significativas en sus funciones cognitivas, síntomas conductuales o en su nivel de funcionalidad.

Otro estudio en el que se evaluó una intervención diferente a la cognitiva conductual es el realizado por Geda et al. (2010), en el cual analizaron la asociación existente DCL y el ejercicio. Sus resultados indican que hacer ejercicio disminuye el riesgo de presentar deterioro cognitivo leve en 39% para personas de 50 a 65 años, y en un 32% para personas mayores de 65 años.

Por su parte, Baker et al. (2010) evaluaron los efectos del ejercicio aeróbico sobre la cognición y otros biomarcadores asociados al deterioro cognitivo leve. Los análisis muestran que realizar seis meses de ejercicio aeróbico de alta intensidad tiene efectos positivos sobre el rendimiento de la función ejecutiva y en la reducción de los niveles plasmáticos de insulina y cortisol.

Asimismo, se ha buscado tratar a las personas con DCL mediante la administración de vitaminas, por ejemplo Jager, Oulhaj, Jacoby, Refsum y Smith (2012) le proporcionaron a 133 personas con deterioro cognitivo leve, vitamina B durante dos años. Al final del estudio, los investigadores encontraron que este tipo de vitaminas disminuyen el declive cognitivo de las personas con DCL.

En contraste, Farina, Isaac, Clark, Rusted y Tabet (2012) realizaron un meta-análisis con la intención de evaluar la eficacia de la vitamina E en el tratamiento de Alzheimer y la prevención de la progresión de DCL a la demencia. En las conclusiones finales

del estudio se indica que no se encontró evidencia convincente de que la vitamina E sea beneficiosa en el tratamiento de Alzheimer o deterioro cognitivo leve.

En general, las investigaciones sobre tratamientos alternativos para el DCL muestran cierta eficacia, sin embargo, los resultados deben tomarse con cautela y la sugerencia es que este tipo de intervenciones sean un complemento de un tratamiento basado en el método cognitivo-conductual.

Conclusiones del capítulo

El deterioro cognitivo leve es un trastorno que se presenta comúnmente dentro de la población, más de lo que se pudiera pensar. Los síntomas de este déficit tienden a afectar en poca medida a las personas e incluso pueden ser confundidas como signos de otro tipo de enfermedades mentales, por lo que su diagnóstico suele ser difícil.

Una de las características importantes a tomar en cuenta para identificar a las personas con deterioro cognitivo leve es su funcionamiento en la vida diaria, ya que las personas que experimentan este síndrome tienden a mostrar dificultades para realizar sus actividades cotidianas de manera independiente, por ejemplo el manejo del dinero.

Los estudios sobre el deterioro cognitivo leve han tomado mayor relevancia actualmente por su valor clínico. Aunque no todas las personas con DCL progresarán hacia algún tipo de demencia, la detección y el tratamiento oportuno disminuyen el riesgo de que el deterioro de la persona progrese hacia una demencia.

En relación a los tratamientos para el deterioro cognitivo leve, los resultados muestran que la mejor manera de abordar este déficit es mediante la psicoterapia cognitiva, ya que se ha encontrado que las personas que participan en este tipo de tratamientos muestran mejores resultados en comparación con otro tipo de tratamientos. También, se ha observado que realizar actividad física ayuda a disminuir los síntomas de este trastorno. En cuanto a los tratamientos farmacológicos, a pesar de que en los estudios muestran cierta eficacia, es

importante que se continúe con la búsqueda de fármacos más eficaces para el tratamiento de este síndrome.

En cierta medida, es común que los adultos mayores presenten cierta disminución en el rendimiento de algunas funciones cognitivas, por lo cual es importante la correcta distinción entre el deterioro cognitivo normal y la presencia de un trastorno neurocognitivo. La detección oportuna del deterioro cognitivo leve disminuye el riesgo de desarrollar un trastorno cognitivo más grave y mejora la calidad de vida de la persona.

Capítulo 4 Rendimiento cognitivo y sesgo emocional en depresión y en deterioro cognitivo leve

Intruducción

La depresión y el Deterioro Cognitivo Leve son dos trastornos que presentan características similares entre sí. En las personas con depresión se puede observar una distorsión de los pensamientos, de las actitudes, de las funciones cognitivas y de las emociones en las personas que la experimentan.

Diversos estudios muestran que la depresión aumenta el riesgo de desarrollar algún tipo de demencia (Steffens y Potter, 2008; Uribe-Rodríguez, Molina, Barco y González, 2008). Al realizar comparaciones entre personas deprimidas con personas sanas, los resultados observados indican que aquellas personas que tienen este trastorno del estado del ánimo obtienen rendimientos más bajos en áreas cognitivas como la memoria y la atención (Baune et al., 2010).

Por otra parte, existen estudios que señalan que los pacientes con deterioro cognitivo leve tienden a mostrar sintomatología depresiva tales como presencia de sentimientos de tristeza, apatía, irritabilidad, falta de confianza y vergüenza (p. ej. Apostolova y Cummings, 2008). Aunado a esto, las personas con DCL que experimentan síntomas depresivos también muestran cierto atrofia a nivel cerebral cerebral en las áreas frontal, parietal y temporal, en comparación con las personas que no presentan síntomas de ningún problema psiquiátrico (Lee et al., 2012).

Ante las similitudes existentes entre la depresión y la demencia se ha acuñado el término “pseudodemencia” para referirse a la disminución de las capacidades cognitivas en personas con depresión (Kiloh, 1961). La pseudodemencia es un estado similar a la demencia, con la diferencia de que es reversible y que se presenta en conjunto con trastornos afectivos, principalmente depresión (Kobayashi y Kato, 2011).

En ocasiones, las similitudes existentes entre la depresión y el DCL pueden llegar a dificultar la distinción entre un trastorno y otro, sobre todo en los primeros estadios del Deterioro Cognitivo Leve.

Algunos de los factores que dificultan la diferenciación entre estos trastornos son los cambios cognitivos que se desarrollan con la edad, los déficits cognitivos que acompañan a la depresión, el solapamiento parcial entre los signos y síntomas de la depresión y los trastornos neurocognitivos, así como la aparición de depresión en pacientes con algún trastorno neurocognitivo.

Una de las maneras en que se ha tratado de facilitar la distinción entre el diagnóstico de la depresión y el DCL, es mediante el estudio de la memoria ya que diversas investigaciones han arrojado que los trastornos depresivos pueden producir una serie de alteraciones en los dominios del aprendizaje y específicamente en la memoria declarativa (Kang et al., 2014).

Por otra parte, dentro de la Psicología básica se ha encontrado que el estado anímico de las personas tiene una influencia significativa sobre el funcionamiento cognitivo. Diversos estudios han hecho uso de la inducción de estados de ánimo para conocer la relación existente entre los estados emocionales y el funcionamiento cognitivo. Los resultados indican que existe relación entre el tipo de estado de ánimo inducido y el significado afectivo del material evocado en el recuerdo de palabras.

4.1 Características compartidas entre la depresión y el Deterioro Cognitivo Leve

Como ya se ha mencionado la depresión es un trastorno que se presenta en los adultos mayores con una prevalencia entre el 11% y el 30%. También, el deterioro cognitivo leve se muestra con una frecuencia entre 17% y 36% en las personas de 65 años o más. Estas dos alteraciones se asocian con un mayor riesgo de desarrollar posteriormente algún tipo de demencia (Steffens y Potter, 2008).

En la depresión se puede observar una distorsión de los pensamientos, de las actitudes, de las funciones cognitivas y de las emociones en las personas que lo presentan (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979; Okada et al., 2009).

Uribe-Rodríguez et al. (2008) realizaron un estudio con la intención de determinar la presencia de sintomatología depresiva y deterioro cognitivo en 416 mujeres mayores de 60 años, encontrando una prevalencia de sintomatología depresiva del 20% y un 2% de deterioro cognitivo. Posteriormente se realizó un análisis de razón de momios, en el que se encontró que las mujeres con sintomatología depresiva tenían 3 veces más riesgo de presentar deterioro cognitivo.

Por su parte, Cerquera (2008) indica que existe una correlación entre la presencia de déficits en el rendimiento cognitivo y la existencia de síntomas depresivos. Este autor evaluó la correlación existente entre la depresión y el estado de los procesos cognitivos en una muestra de 67 mujeres en edades entre 60 y 80 años y sugiere que la depresión y el deterioro cognitivo leve comparten ciertas características entre sí, por lo que puede llegarse a dificultar la distinción entre un trastorno y otro.

También, Baune et al. (2010) evaluaron la asociación entre el deterioro cognitivo y el trastorno depresivo mayor en una muestra de 276 personas, de los cuales 70 presentaban depresión y 206 eran personas sanas; dentro del grupo de personas con depresión se hizo una clasificación entre personas que presentaban depresión actualmente (n=26) y aquellos que la había experimentado anteriormente (n=44). Los resultados del estudio mostraron que los individuos con depresión actual tuvieron un rendimiento cognitivo más bajo en comparación con el grupo control. Asimismo, se pudo observar que las personas con depresión previa al estudio presentaban rendimiento más bajo únicamente en las áreas de memoria y en la atención al compararse con el grupo control. Finalmente, entre las personas con depresión, se encontró que aquellos con depresión actual tenían puntuaciones más bajas en los ámbitos visuoespacial, constructivo, de atención y en el rendimiento cognitivo general, en comparación con las personas que los individuos con depresión previa al estudio, lo cual indica que la depresión puede tener efectos perjudiciales y duraderos sobre el funcionamiento cognitivo.

De igual forma, Rock, Roiser, Riedel y Blackwell (2014) realizaron un meta-análisis en el que incluyeron diferentes estudios en los que se evaluaban las funciones cognitivas en personas que tenían depresión o que se encontraban en remisión. En sus resultados señalan que existe relación entre la depresión y el deterioro cognitivo, afectándose principalmente la memoria, la atención y las funciones ejecutivas. De acuerdo con los datos, estas alteraciones cognitivas se mantienen aun cuando las personas con depresión entran en remisión. Los autores destacan que el deterioro cognitivo representa una característica central de la depresión, por lo que es importante trabajar con las habilidades cognitivas y el aspecto emocional de manera simultánea durante el tratamiento de este trastorno del estado del ánimo.

Por otro lado, se han realizado investigaciones en las que se ha mostrado que las personas que presentan deterioro cognitivo leve también expresan sentimientos de tristeza y se puede observar otra sintomatología depresiva en ellos (Apostolova y Cummings, 2008).

Un ejemplo de esto es el meta-análisis realizado por Panza et al. (2010) con el objetivo de describir la prevalencia e incidencia de la depresión en individuos con deterioro cognitivo leve y conocer el impacto de los síntomas depresivos en el DCL. Sus resultados indican que las tasas de depresión varían entre los estudios, encontrándose prevalencias entre 3% y 63% en estudios con población general. Los autores sugieren que la duración del período de seguimiento, el diseño del estudio, el tipo de muestra y las diferencias metodológicas pueden ser centrales para detectar una asociación entre depresión y el desarrollo de DCL o su progresión a la demencia.

Lee et al. (2012) realizaron un estudio longitudinal donde se evaluaron los síntomas depresivos presentes en 243 personas con DCL. Los participantes se clasificaron en personas con depresión, personas sin depresión pero con síntomas de otros trastornos psiquiátricos y personas sin ningún problema psiquiátrico. Los datos recabados en el estudio indican que las personas con depresión muestran mayor atrofia cerebral en las áreas frontal, parietal y temporal, en comparación con las personas que no presentan síntomas de ningún problema psiquiátrico. Otro de sus

resultados indica que las personas con depresión, cuyos síntomas depresivos persistieron durante dos años, también tuvieron una mayor progresión hacia la enfermedad de Alzheimer y un mayor deterioro cognitivo global.

Asimismo, Richard et al. (2013) llevaron a cabo un estudio con 2160 participantes, con la intención de determinar la asociación entre depresión y deterioro cognitivo leve. Sus resultados muestran que los pacientes con DCL estaban más deprimidos que aquéllos que no mostraban alteraciones cognitivas.

Las similitudes presentes en la depresión y en el deterioro cognitivo leve obstaculizan que los profesionales de la salud mental logren diferenciar adecuadamente entre estas alteraciones, lo cual dificulta que los pacientes tengan acceso a un tratamiento adecuado, aumenta el riesgo de que la alteración se complique y se prolongue el malestar de la persona (Gilles, 1993).

Sobre lo anterior, Kasniak (1987) hizo una descripción sobre los factores que dificultan la referencia a un tratamiento adecuado para las personas con depresión y deterioro cognitivo, los cuales se muestran en la Tabla 16.

Tabla 16 Factores que dificultan la referencia a un tratamiento para la depresión (Kasniak, 1987)

-
- Los cambios normales relacionados con la edad en el funcionamiento cognitivo.
 - Los déficits cognitivos que acompañan a la depresión.
 - El solapamiento parcial entre los signos y síntomas de la depresión y los trastornos neurocognitivos.
 - La aparición de depresión en pacientes con algún trastorno neurocognitivo.
-

Ante las similitudes existentes entre la depresión y la demencia Kiloh (1961) acuñó el término “pseudodemencia” para referirse a la disminución de las capacidades cognitivas en personas con depresión. Respecto a este término, Kobayashi y Kato (2011) señalan que la pseudodemencia es un estado similar a la demencia, con la diferencia de que es reversible e indican que se presenta en conjunto con trastornos afectivos, principalmente depresión.

Wells (1979) se refiere al término pseudodemencia como un síndrome en el que la demencia es imitada por algún trastorno mental funcional. En su estudio, Wells trabaja con 10 pacientes con pseudodemencia y compara sus características clínicas con las de la demencia verdadera. En sus resultados encontró que este síndrome se produjo en la mayoría de los pacientes que presentaban algún trastorno psiquiátrico y una de sus características principales fue la dependencia para realizar sus actividades cotidianas.

Asimismo, Reynolds et al. (1988) llevaron a cabo un estudio en el cual participaron 14 personas con pseudodemencia y 28 pacientes con demencia degenerativa primaria. De acuerdo con sus resultados, las personas con pseudodemencia mostraron mejores puntajes globales cognitivos que los participantes con demencia, así como mayor cantidad de puntos en los ítems que evalúan orientación temporal, cálculo, denominación, lectura, escritura y mayor independencia en las actividades de la vida diaria. En cuanto a los síntomas depresivos, los datos indicaron que los pacientes con pseudodemencia registran mayores puntajes de depresión y ansiedad que los pacientes con demencia.

Durante el 2007, Sáez-Fonseca, Lee y Walker hicieron una comparación entre adultos mayores deprimidos que presentaban deterioro cognitivo y ancianos con depresión que no mostraban deterioro cognitivo, encontrando que el 62% de los que presentaban pseudodemencia habían avanzado hacia una demencia en comparación con las personas sin deterioro con un 18%. Asimismo, se encontró que presentar alteraciones cognitivas en la depresión aumenta el riesgo relativo de desarrollar una demencia en 3.92 veces. Por lo anterior, los autores concluyen que la pseudodemencia depresiva parece ser un fuerte predictor de demencia.

Posteriormente, Kennedy (2015) realizó un ensayo con la intención de explorar si la pseudodemencia puede ser descrita como una imitación de la demencia. El autor señala que la diferencia entre la demencia y la pseudodemencia es que en la primera no se pueden recuperar las funciones cognitivas afectadas, mientras que en la segunda, aunque pueden mantenerse secuelas, la mayor parte de las habilidades cognitivas se recuperan.

4.2 La memoria y otros procesos cognitivos en la depresión y en el deterioro cognitivo leve

De acuerdo con diversos estudios, la depresión puede llegar a producir cierto deterioro en diferentes funciones cognitivas. Un ejemplo de ello es la investigación de Lampe, Sitskoorn y Heeren (2004) en la que se comparó la función ejecutiva de 23 mujeres con depresión y 60 que no mostraban esta enfermedad, en edades entre 45 y 85 años. En esta investigación se encontró que las mujeres con depresión mostraron rendimientos más bajos en tareas relacionadas a velocidad de procesamiento y atención.

Asimismo, Bhalla et al. (2006) examinaron el desempeño cognitivo de 56 personas con depresión y compararon sus resultados con los de 40 participantes del grupo control. La muestra estuvo conformada por personas en edades de 60 años o más. El análisis de sus datos reveló que las personas con depresión muestran deterioro en las habilidades visuoespaciales, velocidad de procesamiento de la información. Aunado a esto, los autores señalan que en el 94% de las personas con depresión se mantuvieron las alteraciones cognitivas después de un año de remisión.

De igual forma, Wagner, Doering, Helmreich, Lieb y Tadic (2012) realizaron un meta-análisis de 15 estudios donde se evaluaron las funciones ejecutivas de personas con depresión y se compararon con participantes sanos. Los autores indican que existen alteraciones de inhibición, flexibilidad cognitiva y fluidez verbal en aquellos que presentaron este trastorno.

También, Lee, Hermens, Porter, y Redoblado-Hodge (2012) llevaron a cabo un meta-análisis orientado al estudio de los déficits cognitivos presentes en la depresión temprana, encontrando que los pacientes con depresión presentaban deterioro significativo en la velocidad psicomotora, atención, aprendizaje visual y todos los aspectos del funcionamiento ejecutivo, en comparación con las personas sanas.

Una de las maneras en que se ha tratado de facilitar la distinción entre el diagnóstico de la depresión y el DCL, es mediante el estudio de la memoria (Kang et al., 2014),

ya que diversas investigaciones han arrojado que los trastornos depresivos pueden producir una serie de alteraciones en los dominios de la memoria y el aprendizaje (Goodwin, 1997).

Sobre deterioro de la memoria en personas con depresión, Burt, Zembar y Niederehe (1995) realizaron un meta-análisis en el cual revisaron la información científica sobre el funcionamiento de la memoria en personas con depresión, encontrando que existe una asociación significativa entre la presencia de depresión y la alteración de la memoria.

Unos años más tarde, Deuschle et al. (2004) midieron la memoria declarativa en 24 pacientes deprimidos, antes y después de 35 días de tratamiento, así como después de un seguimiento de 12 meses, con la intención de determinar si las alteraciones cognitivas estaban asociadas a la presencia de la depresión. Los resultados indican que los participantes que entraron en remisión de la depresión, tuvieron mejoras en el recuerdo a corto plazo y en el recuerdo diferido de palabras durante el seguimiento realizado. En el estudio se concluye que la respuesta clínica al tratamiento antidepresivo precede a la mejora de la memoria declarativa. Por otro lado, se señala que un bajo grado de deterioro de la memoria declarativa se asocia con la remisión completa temprana de la depresión.

Por su parte, Sheline et al. (2006) administraron una batería neuropsicológica a 155 personas con depresión, en la cual los resultados muestran que las personas con depresión presentan alteraciones en la memoria episódica y en la memoria de trabajo.

Asimismo, Gould et al. (2007) estudiaron la memoria espacial en 49 participantes (30 con depresión y 19 sanos) en edades entre 21 y 65 años ($X=45.8$, $DE=11.7$), mediante la realización de una tarea de realidad virtual. Los datos obtenidos muestran que el grupo de personas con depresión obtuvieron resultados más bajos en esta función en comparación con el grupo control.

De igual modo, Hammar y Ardal (2009) realizaron un meta-análisis con la intención de resumir la investigación sobre el funcionamiento cognitivo en la depresión. Sus

hallazgos indican que las personas con depresión pueden llegar a mostrar alteraciones en la memoria de trabajo, memoria episódica, memoria semántica, memoria declarativa y memoria visual. Los investigadores concluyen que la depresión se asocia con deterioro cognitivo en la fase aguda de la enfermedad, pudiendo ser de larga duración, a pesar de que haya una reducción de síntomas e incluso una remisión total.

Halvorsen, Waterloo, Sundet, Eisemann y Arfwedson (2011) evaluaron a 112 pacientes, con una edad promedio de 37.51 años ($DE=9.22$), con una media de años de estudio de 15.22 (2.68), distribuidos en tres grupos; clínicamente deprimidos, previamente deprimidos y personas que nunca habían presentado depresión. Sus resultados señalan que no existieron diferencias estadísticamente significativas entre las personas que habían presentado depresión alguna vez y los participantes del grupo control. A diferencia de las investigaciones revisadas anteriormente, los datos de este estudio sugieren que los individuos con depresión no muestran alteraciones significativas en la memoria.

Además de los estudios antes mencionados, existen otras investigaciones en las que se muestran las alteraciones de la memoria presentes en la depresión, haciendo comparaciones con personas que muestran algún tipo de deterioro cognitivo (Kang et al., 2014).

Una de estas investigaciones fue la realizada por La Rue et al. (1986) en la cual, examinaron el desempeño en tareas de memoria visual de adultos mayores con depresión y lo compararon con el desempeño de personas con demencia y un grupo control. Para medir la memoria visual, los autores utilizaron el test de Retención Visual de Benton y The Fuld Object Memory Evaluation (OME). Los resultados en el test de Retención Visual de Benton muestran que los pacientes con demencia tuvieron más errores al resolverlo, seguido de las personas deprimidas, mientras el grupo que cometió menos errores fue el sano. En cuanto al rendimiento en el test de OME, los datos indican que los participantes sanos tuvieron un mejor rendimiento de aprendizaje y memoria en todas las áreas de la prueba, mientras que los

pacientes deprimidos obtuvieron mejores resultados que el grupo con demencia pero un rendimiento más bajo en comparación con el grupo sano.

Otro ejemplo es el meta-análisis de Wright y Persad (2007), el cual realizaron con la intención de revisar aquellos estudios que permitieran a los profesionales de la salud distinguir y comprender mejor la relación entre deterioro cognitivo y depresión. En este trabajo, los autores señalan que, tanto las personas con deterioro cognitivo como los pacientes con depresión presentan un desempeño atenuado en las tareas de memoria inmediata y tardía, siendo los participantes con depresión los que tienden a retener más información; por el contrario, los pacientes con deterioro cognitivo muestran una mayor tasa de olvido de la información, lo que indica un déficit de recuperación en las personas con DCL.

De igual forma, Steffens y Potter (2008) realizaron un meta-análisis en el que incluyeron investigaciones donde se evaluaron depresión y deterioro cognitivo. Dentro de sus resultados encontraron que las personas con DCL tienden a mostrar menor aprendizaje y mayor dificultad para recordar un estímulo al que han sido expuestos, en comparación con las personas con depresión, las cuales muestran una curva más alta de aprendizaje y mayor capacidad para recordar estímulos a los que han sido expuestos.

Asimismo, Morgan, Baron y Ricker (2010), hacen hincapié en su libro que las personas con DCL tienden a olvidar más fácil la información que se les presenta y a tener mayor dificultad para recordar las cosas, en comparación con las personas con depresión.

Finalmente, Contador, Fernández-Calvo, Cacho, Ramos y Lopez-Rolon (2010), realizaron un estudio con 74 personas con la intención de examinar la presencia de déficits en el recuerdo y en diversos componentes de la memoria no verbal, en personas con depresión, Alzheimer temprano y un grupo control. Sus resultados indican que los pacientes con Alzheimer temprano obtuvieron puntuaciones significativamente más bajas que los participantes sanos y consistentemente

inferiores a las del grupo con depresión en el recuerdo y en todos los componentes de la memoria no verbal que fueron evaluados.

4.3 El estado emocional en el deterioro cognitivo leve

Como se señaló anteriormente, el deterioro cognitivo leve se asocia a alteraciones en el estado del ánimo de la persona que lo presenta. Existe evidencia de que el estado emocional de las personas con DCL tiende a ser más negativo en comparación con las personas que no muestran alteraciones cognitivas (Dean y Wilcock, 2012).

Un ejemplo de esto es el estudio realizado por Robert et al. (2006), en el cual se evaluó la presencia de apatía en 245 pacientes diagnosticados con deterioro cognitivo leve. Los análisis indicaron que el 39% de los participantes mostró apatía. Asimismo, los resultados muestran que el grupo de pacientes con apatía tuvieron un mayor grado de deterioro en la memoria.

En un estudio realizado por Charles, Bouby-Serieys, Thomas y Clement (2006) se le pidió a los cuidadores de personas con demencia que señalaran las razones por las cuales se pudo haber presentado este trastorno cognitivo en las personas que cuidan. De acuerdo con los informes, los cuidadores asocian esta problemática a la presencia de depresión, experiencias psicotraumáticas y estrés.

También, Apostolova y Cummings (2008) hicieron un meta-análisis sobre las manifestaciones neuropsiquiátricas en el deterioro cognitivo leve. Los autores señalan que entre el 35% y el 75% de las personas con DCL muestran síntomas de depresión, ansiedad, apatía e irritabilidad.

Asimismo, Beaudreau y O`Hara (2008) llevaron a cabo un meta-análisis en el que analizan la asociación existente entre ansiedad y deterioro cognitivo, concluyendo que los altos niveles de ansiedad están relacionados con un desempeño cognitivo pobre, dificultades en el tratamiento del deterioro y un declive cognitivo futuro.

Por su parte, Rozzini et al. (2009) evaluaron a 57 personas con deterioro cognitivo leve para determinar si la presencia de síntomas de ansiedad se asociaba a

diferencias en el perfil neuropsicológico de los pacientes. Sus resultados indican que aquellos pacientes con mayor cantidad de síntomas ansiosos tienen más trastornos conductuales y psicológicos en comparación con los pacientes que muestran menos cantidad de síntomas.

De igual manera, Dean y Wilcock (2012) realizaron un meta-análisis donde incluyeron estudios que indagaran sobre las experiencias de las personas con deterioro cognitivo leve, encontrándose con que la mayoría de las investigaciones reportan una asociación entre el DCL y estados emocionales negativos entre los cuales están la falta de confianza, vergüenza, miedo a convertirse en una carga para los demás, ansiedad, tristeza, frustración y enojo. También se expresó con frecuencia la incertidumbre acerca de la naturaleza de su diagnóstico.

Finalmente, Berg, Wallin, Nordlund, y Johansson (2013) entrevistaron a 17 personas diagnosticadas con deterioro cognitivo leve, con la intención de conocer la forma en que viven esta problemática. Dentro de los resultados, se encontró que la mayoría de los participantes describieron experiencias de carga de estrés relacionadas con el trabajo, y también hicieron un contraste con su situación actual y cómo habían aprendido a lidiar con el estrés de manera constructiva, lo cual les permitió entender de mejor manera su enfermedad y trabajar más fácilmente sobre su bienestar.

4.4 Depresión y sesgo de memoria

Como se ha señalado anteriormente, la memoria de las personas puede llegar a funcionar de manera sesgada, de acuerdo con la situación afectiva que estén experimentando. El sesgo emocional se refiere a la relación existente entre el estado de ánimo de las personas y su pensamiento e interpretación de las experiencias (Matthews y McLeod, 1994).

Existen ciertos modelos que tratan de explicar el sesgo emocional en personas con depresión, algunas de ellas se presentan en la Tabla 17.

Tabla 17 Modelos que buscan explicar el sesgo emocional en personas con depresión

Modelo de la red afectiva de Bower: Este modelo señala que el estado de ánimo tiene un efecto observable en la memoria, y especifica cuatro maneras diferentes en las que se pueden presentar estos efectos. En la primera, la memoria funciona mejor cuando el estado afectivo en el aprendizaje coincide con el estado de ánimo a recordar. En la segunda, la memoria recupera más fácil la información cuando el componente afectivo del material a recordar es congruente con el estado de ánimo actual de la persona. En la tercera, el aprendizaje se facilita cuando el material a estudiar contiene un componente afectivo congruente con el estado anímico actual de la persona. Finalmente, este modelo señala que el material afectivamente intenso se aprende mejor (Bower, 1981).

Modelo tripartito de Clark y Watson: Este modelo propone una diferenciación conceptual entre la ansiedad y la depresión, donde el afecto negativo es un factor que comparten tanto la depresión como la ansiedad, mientras que el afecto positivo se encontraría únicamente en el ámbito de la depresión (Clark y Watson, 1991).

Modelo de Schachter y Singer: Estos autores señalan que el arousal y la cognición se combinan para crear la emoción que la persona experimenta. De acuerdo con su modelo, las emociones se producen cuando se interpretan las respuestas fisiológicas a una experiencia y cuando se realiza la evaluación cognitiva del evento que originan dichas respuestas fisiológicas (Schachter y Singer, 1962).

Modelo de regulación del arousal: Señala la existencia de diferentes mecanismos que permiten un adecuado funcionamiento global del sistema. Estos mecanismos son la regulación de la estimulación sensorial, el comportamiento y las respuestas emocionales (Ortiz, 2000).

4.5 Inducción de estados de ánimo y memoria

Por otro lado, en el ámbito de la Psicología Básica se ha estudiado el uso de la inducción de estados de ánimo para conocer la relación existente entre los estados emocionales y el funcionamiento cognitivo. Se ha observado que los estudios en los que se manipulan los estados de ánimo se producen diferencias en el rendimiento de las tareas cognitivas, presentándose una correlación entre el tipo de estado de ánimo inducido y el significado afectivo del material evocado en el recuerdo de palabras (Blasco, Borrás, Rey y Bonillo, 1997).

Velten (1968) fue uno de los primeros investigadores en utilizar este tipo de procedimientos. En su experimento, este autor desarrolló tres listas con 60 frases redactadas en primera persona. Cada una de las listas tenía una connotación emocional diferente, catalogándolas como depresivo, eufórico o neutro y conformó tres grupos con la inducción de cada uno de los tres estados del ánimo. Cada grupo leyó sólo una de las tres listas de frases y al finalizar participaron en una serie de pruebas psicológicas. Sus resultados indican que cada una de las listas de frases inducía un estado de ánimo distinto, generando diferencias en el rendimiento de habilidades cognitivas como velocidad de escritura, tiempo de decisión, asociación de palabras y en la expresión subjetiva del afecto, siendo mayor entre el grupo eufórico en comparación con los grupos depresivo y neutro.

Otro estudio sobre la inducción de estados emocionales es el de Blasco et al. (1997), quienes midieron el estado de ánimo mediante los cuestionarios POMS e IDDA-EA, reprodujeron dos películas (una triste y una feliz) y presentaron diez listas de palabras con palabras con contenido afectivo positivo, negativo y neutro a una muestra de 119 personas, con la intención de examinar la eficacia del uso de películas con contenido emocional como herramienta para la inducción de estados de ánimo y evaluar sus efectos sobre el recuerdo de palabras. Se corroboró que las personas que vieron la película con contenido emocional triste obtuvieron puntajes más altos en subescalas como fatiga, depresión y apatía, mientras que las personas que observaron la película feliz obtuvieron mejores calificaciones en la escala de vigor. Respecto al rendimiento en la memoria, los autores indican que existieron diferencias estadísticamente significativas en el recuerdo de palabras positivas, entre las personas que observaron la película feliz y las que vieron la película triste, siendo mayor el número de palabras positivas recordadas entre las personas que observaron la película feliz con respecto a los participantes que vieron la película triste.

Diversos estudios han encontrado que los estímulos con carga emocional se recuerdan de mejor manera en comparación con los estímulos neutros, por ejemplo Hamann, Cahill, McGaugh y Squire (1997) realizaron un estudio conformado por un

un grupo de pacientes amnésicos y un grupo control. A ambos grupos se les presentó una serie de imágenes mientras escuchaban una historia emocionalmente excitante. Sus resultados indican que la memoria mejoró en los dos grupos cuando las imágenes eran presentadas junto con una historia emocionante, lo que sugiere que un estado de ánimo positivo puede llegar a influir en el rendimiento de la memoria.

Del mismo modo, Phelps, Labar y Spencer (1997) llevaron a cabo una investigación en la que se examinó el desempeño de pacientes que habían recibido lobectomía temporal unilateral en dos tareas de memoria (verbal y emocional) con la intención de determinar el alcance de esta problemática. Para la evaluación de ambas tareas se conformaron dos grupos, el primero con pacientes y el otro con controles. A cada participante se le pidió que recordara 27 palabras (9 con componente emocional positivo, 9 con componente emocional negativo y 9 con componente emocional neutro). Al finalizar el experimento, se encontró que las personas que habían recibido la lobectomía temporal presentaban puntajes totales más bajos de recuerdo en comparación del grupo control, sin que los grupos mostraran diferencias de acuerdo al componente emocional de las palabras. Este resultado sugiere que las personas con algún tipo de déficit cognitivo tienden a recordar menor cantidad de palabras en comparación con las personas sanas, pero no se presentan diferencias estadísticamente significativas entre los grupos cuando se toma en cuenta el componente emocional de las palabras.

Por otro lado, Fernández-Castro, Granero-Pérez, Barrantes y Capdevila (1997) realizaron un experimento en el que se indujeron estados de ánimo a 49 personas mediante su exposición a una película alegre o una triste y se evaluó su desempeño en memoria inmediata utilizando unas listas que contenían palabras con connotación triste, alegre o neutra. Sus resultados muestran que los participantes recordaron más adjetivos positivos cuando se les presentó la película alegre y memorizaron más palabras negativas cuando observaron la película triste. Finalmente, los autores indican que la cantidad de palabras recordadas es similar

entre las personas que vieron la película alegre y los que presenciaron la película triste.

Por su parte Dohnel et al. (2008) evaluaron la memoria de trabajo para estímulos emocionales en 16 pacientes con DCL amnésico que no presentaran trastornos psiquiátricos y 16 adultos mayores sin deterioro cognitivo, mediante la presentación de imágenes con componente emocional neutral, positivo y negativo. Los análisis mostraron que las personas con DCL obtuvieron un rendimiento de memoria de trabajo ligeramente menor que el grupo control. Asimismo, se encontró que los pacientes con DCL recordaron de mejor manera las imágenes con contenido emocional negativo, mientras que para el grupo control el componente emocional no tuvo un impacto significativo.

Conclusiones

Los estudios revisados señalan que tanto la depresión como el deterioro cognitivo leve, comparten ciertas características entre sí. Por un lado, las personas con depresión parecen mostrar alteraciones cognitivas, sobre todo en áreas como el aprendizaje, la atención y la memoria. Por otra parte, los datos de diferentes investigaciones sugieren que las personas con DCL tienden a experimentar sintomatología depresiva importante.

Estas similitudes pueden dificultar que los profesionales de la salud mental distingan adecuadamente entre ambos síndromes. Esta complicación se puede presentar sobre todo en los primeros estadios del deterioro cognitivo leve, por lo cual, se hace necesario el desarrollo de una manera que facilite la diferenciación de estos síndromes.

Esta tarea se puede realizar tomando en cuenta dos aspectos importantes, el primero es el rendimiento en la memoria y el segundo es el posible sesgo emocional presente en las personas con depresión.

Respecto al rendimiento en la memoria, los datos sugieren que las personas con depresión presentan calificaciones de memoria declarativa más bajas en

comparación con participantes que no experimentan este trastorno mental, mientras que las personas con DCL es el grupo que menor rendimiento muestra.

En cuanto a la investigación del sesgo emocional, los resultados donde se realizan inducciones del estado del ánimo, se sugiere que aquellas personas con un estado anímico triste tienden a recordar más información con carga emocional negativa, por lo que se esperaría que las personas con depresión tiendan a recordar mayor información con carga emocional triste.

La detección oportuna de estas enfermedades mentales permite que las personas obtengan el tratamiento adecuado a sus circunstancias más fácilmente, lo cual reducirá el riesgo de que sus enfermedades empeoren y aumentan la posibilidad de que mejoren su calidad de vida.

Capítulo 5 Método

5.1 Planteamiento del problema y justificación

Actualmente en el mundo se está presentando un cambio poblacional, en el cual el grupo de adultos mayores se ha ido incrementando. De acuerdo con los datos de la OMS (2012), existen alrededor de 605 millones de personas mayores de 60 años, lo que equivale al 11% de la población mundial.

En México, los datos sociodemográficos indican que hay 12.4 millones de adultos mayores, lo que representa el 10% de la población nacional. Asimismo, se ha estimado que el 74% de las personas mayores de 60 años saben leer y escribir y que en promedio muestran una esperanza de vida de 20 años a partir de que rebasan esta edad (INEGI, 2016).

Dos de los trastornos mentales que se encuentran más comúnmente entre la población mayor de 65 años son la depresión y el deterioro cognitivo leve, las cuales afectan en gran medida la calidad de vida de las personas que las presentan, propiciándoles dificultades en su funcionamiento social y obligándolos, en muchas ocasiones, a depender de otras personas (Berenzon et al., 2013; National Institute of Mental Health, 2014).

La depresión y el deterioro cognitivo leve son enfermedades mentales que repercuten en el funcionamiento cognitivo y en el estado afectivo de las personas que las experimentan (Fiske et al., 2009; Kobayashi y Kato, 2011; Rodda, Walker y Carter, 2011). Estos trastornos presentan ciertas similitudes entre sí, sobre todo en los primeros estadios del DCL, por lo que puede ser complicado para los profesionales de la salud mental hacer una distinción correcta entre ellas y dificultar que los pacientes reciban un tratamiento adecuado a sus necesidades.

Ante la dificultad que existe para realizar una distinción correcta entre depresión y deterioro cognitivo leve, se hace pertinente realizar evaluaciones sobre aquellas habilidades cognitivas que permitan facilitar la tarea de detección y agilizar la orientación al tratamiento de las personas.

Como se ha mostrado anteriormente, diversos estudios señalan que la memoria se ve alterada entre las personas con deterioro cognitivo leve y depresión, por ello, en esta investigación se pretende evaluar la presencia de diferencias en la memoria declarativa, tanto a nivel de rendimiento general como emocional, en adultos mayores de 65 años que experimentan depresión, deterioro cognitivo leve o ambas, con la intención de averiguar si estos aspectos muestran patrones de respuesta diferentes y buscar una manera de facilitar el diagnóstico diferencial de dichos trastornos, haciendo uso de instrumentos que toman en cuenta los niveles de lectura y escritura que muestra la mayoría de las personas mayores de 60 años en nuestro país y dando relevancia a este cambio poblacional que se está presentando. Anteriormente se señaló que existen diferentes estructuras cerebrales que están relacionadas al funcionamiento de la memoria (Casanova-Sotolongo et al., 2004), sin embargo en este estudio no se evaluaron dichas estructuras debido a la falta de material para realizar este procedimiento.

5.2 Preguntas de investigación

General

- ¿Existen diferencias en el rendimiento en la prueba de memoria declarativa entre personas con depresión, deterioro cognitivo leve, un grupo que presenta ambos síndromes y un grupo control?

Específicos

- ¿Existen diferencias en el **total de palabras recordadas** en la prueba de memoria declarativa entre personas con depresión, deterioro cognitivo leve, un grupo que presenta ambos síndromes y un grupo control?
- ¿Existen diferencias en la cantidad de **palabras con carga emocional positiva** recordadas entre personas con depresión, deterioro cognitivo leve, un grupo que presenta ambos síndromes y un grupo control?
- ¿Existen diferencias en la cantidad de **palabras con carga emocional negativa** recordadas entre personas con depresión, deterioro cognitivo leve, un grupo que presenta ambos síndromes y un grupo control?

- ¿Existen diferencias en la cantidad de **palabras sin carga emocional (neutras)** recordadas entre personas con depresión, deterioro cognitivo leve, un grupo que presenta ambos síndromes y un grupo control?
- ¿Existe asociación estadísticamente significativa entre la prueba de memoria declarativa y los demás instrumentos utilizados en este estudio?

Objetivos de la investigación

General:

- Determinar si existen diferencias en el rendimiento en la prueba de memoria declarativa entre personas con depresión, deterioro cognitivo leve, un grupo que presenta ambos síndromes y un grupo control.

Específicos

- Indicar si existen diferencias en el total de palabras recordadas en la prueba de memoria declarativa entre personas con depresión, deterioro cognitivo leve, un grupo que presenta ambos síndromes y un grupo control.
- Determinar si existen diferencias en la cantidad de palabras con carga emocional positiva recordadas entre personas con depresión, deterioro cognitivo leve, un grupo que presenta ambos síndromes y un grupo control.
- Señalar si existen diferencias en la cantidad de palabras con carga emocional negativas recordadas entre personas con depresión, deterioro cognitivo leve, un grupo que presenta ambos síndromes y un grupo control
- Mostrar si existen diferencias en la cantidad de palabras sin carga emocional (neutras) recordadas entre personas con depresión, deterioro cognitivo leve, un grupo que presenta ambos síndromes y un grupo control
- Señalar si existe asociación estadísticamente significativa entre la prueba de memoria declarativa y los demás instrumentos utilizados en este estudio

Hipótesis

General:

- El rendimiento en la prueba de memoria declarativa será mejor entre las personas que conforman el grupo control, seguido del grupo con posible depresión, el grupo con probable deterioro cognitivo leve y al final el grupo que presenta ambos síndromes.

Específicos

- Las personas del grupo control lograrán recordar una mayor cantidad palabras en la prueba de memoria declarativa, seguido del grupo con posible depresión, el grupo con probable deterioro cognitivo leve y al final el grupo que presenta ambos síndromes.
- Las personas con posible depresión memorizarán menor cantidad de palabras con carga emocional positiva en comparación con el grupo con probable DCL.
- Las personas con posible depresión memorizarán mayor número de palabras con carga emocional negativa en comparación con el grupo con probable DCL y el grupo control.
- Las personas del grupo control recordarán más palabras sin carga emocional (neutras), seguido del grupo con depresión, el grupo de deterioro cognitivo leve y al final el grupo que presenta ambos síndromes
- Existe asociación estadísticamente significativa entre la prueba de memoria declarativa y los demás instrumentos utilizados en este estudio.

5.3 Diseño y muestreo

Se utilizó un diseño pre-experimental de corte cuantitativo, donde los participantes se seleccionaron mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. La elección de este tipo de diseño se debió al tipo de muestra al que se tuvo acceso, al material con el que se contaba para realizar el estudio y los objetivos que se plantearon alcanzar.

5.4 Participantes

La muestra se conformó por 113 personas de 65 años de edad o más, originarios de Morelia Michoacán, Moroleón, Guanajuato y la Ciudad de México, ya que se obtuvieron los permisos para el levantamiento de datos en algunas instituciones situadas en estas cuatro ciudades. En la Tabla 18 se presentan los grupos en los que se dividieron los participantes.

Tabla 18 Distribución de la muestra por grupos

Grupo 1 sin depresión/sin deterioro: Se conformó por participantes que no presentaron ninguna de estas dos problemáticas (participantes con puntaje $\leq$ a 10 en el Test de Yesavage y un puntaje $\geq$ a 26 en el Test de MoCA).

Grupo 2 con depresión: Se conformó por personas con Depresión y (participantes que obtuvieron puntaje $\geq$ a 11 en el Test de Yesavage y un puntaje $\geq$ a 26 en el Test de MoCA)

Grupo 3 con DCL: Se conformó por personas con Deterioro Cognitivo Leve (participantes que obtuvieron puntaje $\leq$ a 10 en el Test de Yesavage y un puntaje $\leq$ a 25 en el Test de MoCA)

Grupo 4 con depresión/con DCL: Se conformó por participantes que presentaron ambas condiciones (participantes con puntaje $\geq$ a 11 en el Test de Yesavage y un puntaje $\leq$ a 25 en el Test de MoCA)

Fuente: Elaboración propia usando los datos obtenidos en el estudio

Criterios de inclusión

Para que las personas pudieran participar en el estudio debían tener una edad mínima de 65 años, tener un nivel de lectura y escritura que les permitiera comprender y responder los instrumentos y que supieran realizar restas sencillas.

Criterios de exclusión

Quedaron excluidas de la muestra aquellas personas que no firmaron el consentimiento informado, que no finalizaron la resolución de la batería de pruebas y quienes decidieron no participar.

5.5 Instrumentos

Los instrumentos que se utilizaron para la evaluación de la muestra se presentan en la Tabla 19.

Tabla 19 Instrumentos utilizados para la evaluación de la muestra

Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage: evalúa la presencia de depresión en adultos mayores mediante el uso de 30 reactivos. En diferentes estudios donde se ha probado la validez de este test se ha encontrado un alfa de Cronbach que oscila entre 0.80 y 0.94 (Yesavage et al., 1982; Burke, Rodney, Roccaforte y Wengel, 1992), mientras que ha mostrado una sensibilidad del 84% (Rinaldi et al., 2003). En población latinoamericana, ha obteniendo un alfa de Cronbach de 0.73 (p. ej. Bacca, González y Uribe, 2010), mientras que en población de mexicanos-americanos se han obtenido resultados similares (Backer y Espino, 1997). Las preguntas se presentan de manera dicotómica, donde el participante debe responder si o no en función de cómo se ha sentido durante la última semana; el puntaje máximo es de 30, donde un puntaje de 0 a 10 indica ausencia de depresión, de 11 a 20 depresión ligera y de 21 a 30 depresión moderada a grave (Aguilar-Navarro y Ávila-Funes, 2007; García-Peña et al., 2008).

Escala de Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA): desarrollado para la detección de deterioro cognitivo leve a partir de la evaluación de atención, concentración, memoria de trabajo y de corto plazo, habilidades visoespaciales, fluidez verbal, lenguaje y funciones ejecutivas. MoCA ha sido adaptado a diferentes países, entre ellos México (Nasreddine et al., 2005). Se ha estimado que MoCA presenta una sensibilidad excelente (90%) para detectar deterioro cognitivo leve. La versión original de Moca obtuvo un alfa de Cronbach de 0.83, mientras que en poblaciones mexicanas ha obtenido un alfa de 0.71 (Nasreddine et al., 2005; Rodríguez-Bores Ramírez, Saracco-Álvarez, Escamilla-Orozco y Fresán-Orellana, 2014). La puntuación máxima que se puede obtener en este instrumento es de 30, donde un puntaje menor a 26 indica presencia de deterioro cognitivo leve (Nasreddine et al., 2005).

Prueba experimental para evaluar Memoria Declarativa. La construcción de este instrumento se basó en el Rey Auditory Verbal Learning Test (Rey, 1964). Este instrumento experimental tiene como objetivo evaluar la capacidad de retención que tienen las personas mediante la presentación de una lista de 12 palabras. Esta lista consta de cuatro palabras con contenido emocional positivo, cuatro palabras con contenido emocional negativo y cuatro con contenido emocional neutro. Para su aplicación, se realiza una primera lectura de la lista a razón de una palabra por segundo y se pide al participante que trate de recordar todas las palabras que pueda. Cuando la persona expresa las palabras que recuerda, el evaluador debe anotar cuáles y cuántas palabras fueron recordadas. Este procedimiento se realiza en cinco ocasiones.

Tabla 19 Instrumentos utilizados para la evaluación de la muestra. Continuación

Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS) es un cuestionario de autoinforme que permite evaluar el afecto positivo y negativo de las personas. Este instrumento consta de 20 ítems, de los cuales diez pertenecen a la subescala positiva y diez a la subescala negativa (Watson, Clark y Tellegen, 1988). La escala de PANAS ha mostrado tener un grado de validez adecuado, obteniendo un Alfa de Cronbach de .85 para la subescala positiva y de .81 para la subescala negativa (Robles y Páez, 2003).

Cuestionario de Actividad Funcional de Pfeiffer es un instrumento que evalúa la capacidad que tienen las personas para desarrollar actividades instrumentales de la vida diaria con la intención de identificar aquellos que presentan deterioro cognitivo (Pfeiffer, Kuroski, Harrah, Chance, y Filos, 1982). Este instrumento ha mostrado ser válido, obteniendo un Alfa de Cronbach de .90 (Tappen, Rosselli y Engstrom, 2010) y presentando una sensibilidad de 85% para discriminar a personas con deterioro cognitivo. Esta prueba consta de 11 preguntas, donde la calificación máxima es de 33 puntos y la obtención de un puntaje igual o superior a seis sugiere presencia de déficit cognitivo (Pfeiffer et al., 1982).

5.6 Procedimiento

Inicialmente, se llevó a cabo el acercamiento con las autoridades de las Instituciones donde se pretendió realizar la evaluación, con la intención de obtener los permisos necesarios para establecer el contacto con las personas que conformarían la muestra e comenzar con la aplicación de los instrumentos. Se presentó el proyecto a las personas y se les preguntó si les gustaría participar a través de un consentimiento informado que debían firmar para participar. Se llevó a cabo el levantamiento de datos a través de la aplicación de los instrumentos seleccionados para la investigación, aplicando primero el Test de Yesavage, posteriormente el Test de MoCA, seguido del Test de Memoria declarativa, la Prueba de Afecto Positivo y Negativo (PANAS) y al final el Cuestionario de Actividad Funcional de Pfeiffer. La resolución de la batería de pruebas se realizó en una sola sesión que duraba entre 40 y 60 minutos, donde los participantes podían interrumpir la aplicación en el momento que ellos lo desearan. Los participantes no expresaron sensación de fatiga durante la resolución de los instrumentos. Finalmente, se desarrolló la base

de datos para la obtención de resultados mediante el uso del programa estadístico SPSS Versión 20.

5.7 Consideraciones éticas del estudio

Los participantes del estudio recibieron un Formato de Consentimiento Informado, en el cual se les planteó la relevancia social que tiene hacer este tipo de investigaciones, indicando los alcances y las aplicaciones que podrían tener los resultados obtenidos. También, dentro del documento se explicó de forma general la batería de pruebas que se utilizarán para la obtención de datos, señalando el número de instrumentos, la duración de cada uno de ellos y las fechas en las que se aplicarán cada uno de ellos.

Asimismo, a través de este formato se les hizo saber a los participantes que sus datos y los resultados serían manejados de forma anónima, protegiendo sus identidades y teniendo la posibilidad de conocer la información obtenida del estudio. También, en este documento se comunicó que las personas que decidieran no participar en dicho estudio no serían penalizadas de ninguna forma ni se presentaría ninguna consecuencia negativa.

En caso de que algún participante requiriera apoyo para tratar con depresión y Deterioro Cognitivo Leve se les referirá con un profesional de la salud con experiencia en la intervención en este tipo de problemáticas. Solamente podrán participar aquellas personas que decidan firmar este documento.

Capítulo 6 Resultados

6.1 Datos descriptivos de la muestra

La muestra se conformó por 113 participantes, de los cuales un 75% eran mujeres. El grupo control se conformó por 21 personas, el grupo con depresión por 19 integrantes, el grupo con DCL 42 participantes y el grupo con depresión y DCL por 31 personas. Los datos descriptivos sociodemográficos se pueden observar en la Tabla 20.

Tabla 20 Distribución de la muestra de acuerdo al sexo, edad y estado civil por grupos

	Grupo sin depresión/sin deterioro	Grupo con depresión	Grupo con DCL	Grupo con depresión/c on DCL	Total
	21 (18.6)	19 (16.8)	42 (37.2)	31 (27.4)	113 (100)
Sexo					
Hombres	8 (38.1)	4 (21.1)	12 (28.6)	4 (12.9)	28 (24.8)
Mujeres	13 (61.9)	15 (78.9)	30 (71.4)	27 (87.1)	85 (75.2)
Edad					
M	71.6	73.6	72.4	75.3	73.2
DE	5.23	7.42	6.22	7.96	6.84
Edo. civil					
Soltero	3 (14.3)	6 (31.6)	4 (9.5)	5 (16.7)	18 (16.1)
Casado	10 (47.6)	5 (26.3)	24 (57.1)	8 (26.7)	47 (42)
Divorciado	1 (4.8)	0 (0)	4 (9.5)	4 (13.3)	9 (8)
Viudo	7 (33.3)	8 (42.1)	10 (23.8)	13 (43.3)	38 (33.9)

Fuente. Elaboración propia usando los datos obtenidos en el estudio

Nota: Entre paréntesis aparece el porcentaje. M: Media aritmética. DE: Desviación estándar.

Dentro de la Tabla 21 se muestran las medias y las desviaciones estándar obtenidas por grupo en las pruebas de Yesavage, MoCA, PANAS y el Cuestionario de Pfeffer. Los puntajes obtenidos en dichos instrumentos fueron utilizados para la categorización de la muestra en los cuatro grupos antes mencionados. Cabe destacar que los grupos sin depresión (1 y 3) obtuvieron puntajes más altos en la escala de afecto positivo y menor calificación en la escala de afecto negativo, en comparación con los grupos con posible depresión (2 y 4)

Tabla 21 Datos descriptivos de las pruebas utilizadas en el estudio

	Grupo sin depresión/sin deterioro	Grupo con depresión	Grupo con DCL	Grupo con depresión/con DCL
Prueba Yesavage	5.57 (2.856)	13.95 (2.121)	5.64 (2.658)	17.10 (4.053)
Prueba MoCA	27.43 (1.121)	27.42 (1.261)	18.45 (4.007)	16.71 (4.353)
PANAS positivo	34.76 (6.884)	28.16 (6.752)	34.24 (6.885)	27.87 (5.680)
PANAS negativo	15.38 (6.815)	19.11 (6.582)	13.26 (4.379)	18.50 (7.045)
Cuestionario de Pfeffer	.67 (1.017)	1.63 (3.818)	2.48 (4.307)	4.68 (4.792)

Fuente. Elaboración propia usando los datos obtenidos en el estudio

Nota: Entre paréntesis aparece el porcentaje. M: Media aritmética. DE: Desviación estándar.

En cuanto al nivel de escolaridad, destaca que la mayoría de los participantes señalaron haber asistido a la primaria (ver Tabla 22).

Tabla 22 Escolaridad de la muestra por grupos

	Grupo depresión/sin deterioro	sin depresión	Grupo con depresión	Grupo con DCL	Grupo con depresión/c on DCL	Total
Escolaridad						
Sin estudios	0 (0)		1 (5.3)	4 (9.5)	2 (6.5)	7 (6.2)
Primaria	10 (47.6)		10 (52.6)	28 (66.7)	24 (77.4)	72 (63.7)
Secundaria	2 (9.5)		3 (15.8)	5 (11.9)	3 (9.7)	13 (11.5)
Preparatoria	1 (4.8)		2 (10.5)	1 (2.4)	1 (3.2)	5 (4.4)
Universidad	8 (38.1)		3 (15.8)	4 (9.5)	1 (3.2)	16 (14.2)

Fuente. Elaboración propia usando los datos obtenidos en el estudio

Nota: Entre paréntesis aparece el porcentaje

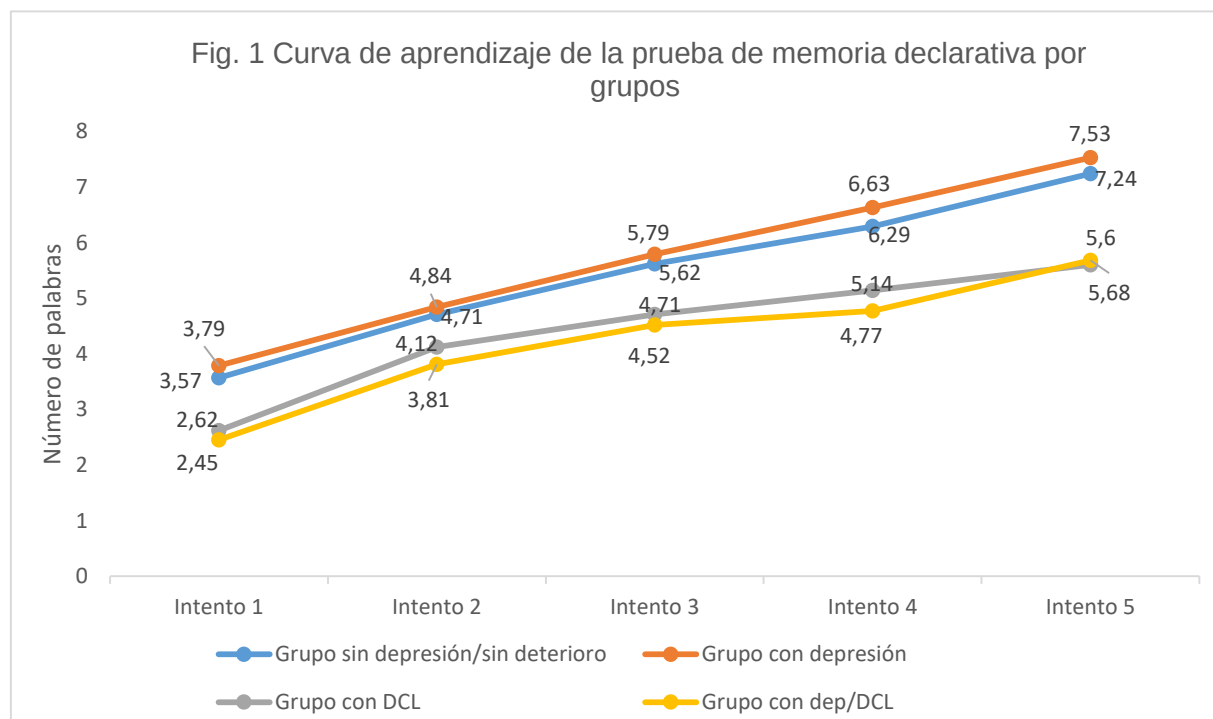
Posteriormente, se realizaron pruebas de Chi cuadrado para determinar si había diferencias entre los grupos de la muestra, de acuerdo con las variables sociodemográficas. Para realizar este análisis se requirió agrupar las variables de estado civil y escolaridad, debido a que no cumplían con las condiciones de aplicación de dicho análisis. La variable del estado civil se reclasificó como con pareja o sin pareja, mientras que la variable de escolaridad se reclasificó como escolaridad hasta la secundaria y escolaridad mayor a la secundaria.

De acuerdo con los resultados, no existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos del estudio y las variables de edad ($F(71.699) = 1.555$, $gl = 3$, $p = .205$) y sexo ($X^2 = 4.809$, $gl = 3$, $p = .186$). Por otra parte, los datos indican que existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos conformados en la muestra, tener pareja ($X^2 = 9.042$, $gl = 3$, $p = .029$) y la escolaridad ($X^2 = 13.182$, $gl = 3$, $p = .004$). En cuanto a la variable de pareja, destaca que el grupo con DCL y depresión reflejó un mayor porcentaje sin pareja, mientras que el grupo con DCL mostró mayor porcentaje de personas con pareja (ver Tabla 20). Respecto

a la escolaridad, el grupo con DCL y depresión fue el que tuvo más personas con estudios hasta la secundaria, mientras que el grupo sin depresión ni DCL fue el que mostró mayor porcentaje de personas con estudios superiores a la secundaria (ver Tabla 22).

6.2 Rendimiento general en la prueba de memoria declarativa

Respecto al rendimiento que las personas tuvieron en la prueba de memoria declarativa, la mayoría de los participantes fueron aumentando la cantidad de palabras recordadas conforme fueron realizando los intentos. En la Fig. 1 se puede observar que las curvas de aprendizaje de los grupos 1 y 2 se solapan y se separan de las líneas que reflejan el rendimiento de los grupos 3 y 4, las cuales también se muestran muy cercanas.



Posteriormente, se realizaron análisis de Varianza de un factor para determinar si las diferencias observadas en la prueba de memoria declarativa eran estadísticamente significativas, tanto en el rendimiento general como en el tipo de palabras que los participantes lograron recordar en cada uno de los intentos.

En cuanto al rendimiento general, los resultados indican que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos 1 y 2 ni entre los grupos 3 y 4, pero si se pudieron observar discrepancias entre los grupos con 1 y 2 en comparación con los grupos 3 y 4 (ver Tabla 23).

Tabla 23 Diferencias en el total de palabras recordadas por grupos

	Grupo sin depresión/sin deterioro	Grupo con depresión	Grupo con DCL	Grupo con depresión/con DCL	F	p	DMS
	Media (D.E)	Media (D.E)	Media (D.E)	Media (D.E)			
1er. intento	3.57 (.746)	3.79 (.918)	2.62 (1.248)	2.45 (1.150)	9.455	.000	G1>G3,G4; G2>G3,G4
2do. Intento	4.71 (1.146)	4.84 (.958)	4.12 (1.064)	3.81 (1.223)	4.873	.003	G1>G3,G4; G2>G3,G4
3er. Intento	5.62 (1.161)	5.79 (1.228)	4.71 (1.486)	4.52 (1.671)	4.862	.003	G1>G3,G4; G2>G3,G4
4to. Intento	6.29 (1.586)	6.63 (1.257)	5.14 (1.424)	4.77 (1.802)	8.265	.000	G1>G3,G4; G2>G3,G4
5to. Intento	7.24 (1.670)	7.53 (1.541)	5.60 (1.563)	5.68 (1.815)	9.726	.000	G1>G3,G4; G2>G3,G4

Fuente. Elaboración propia usando los datos obtenidos en el estudio

Nota: Pruebas post hoc DMS (diferencia menos significativa): G1= Grupo sin depresión/sin deterioro; G2= Grupo con depresión; G3= Grupo con DCL; G4= Grupo con depresión/con DCL

6.3 Rendimiento de palabras con carga emocional positiva

Sobre el recuerdo de palabras con carga emocional positiva, se encontró que las personas sin depresión ni DCL tuvieron un mejor rendimiento que los grupos con DCL durante el cuarto y el quinto intento, mientras que el grupo con depresión logró

recordar más palabras positivas que el grupo con DCL durante el último intento de la prueba (ver Tabla 24).

Tabla 24 Diferencias en el rendimiento de palabras con carga emocional positiva por grupos

	Grupo sin depresión/sin deterioro	Grupo con depresión	Grupo con DCL	Grupo con depresión/con DCL	F	p	DMS
	Media (D.E)	Media (D.E)	Media (D.E)	Media (D.E)			
1er. intento	.86 (.478)	1.00 (.577)	.81 (.634)	.65 (.608)	1.498	.219	ns
2do. Intento	1.33 (.658)	1.26 (.562)	1.21 (.813)	1.13 (.763)	.347	.791	ns
3er. Intento	1.67 (.730)	1.47 (.697)	1.38 (.909)	1.26 (.815)	1.095	.354	ns
4to. Intento	2.00 (.894)	1.84 (.765)	1.45 (.889)	1.45 (.768)	2.859	.040	G1>G3,G4;
5to. intento	2.29 (.956)	2.21 (1.134)	1.60 (.767)	1.68 (.871)	4.156	.008	G1>G3,G4; G2>G3, G4

Fuente. Elaboración propia usando los datos obtenidos en el estudio

Nota: Pruebas post hoc DMS (diferencia menos significativa): G1= Grupo sin depresión/sin deterioro; G2= Grupo con depresión; G3= Grupo con DCL; G4= Grupo con depresión/con DCL; ns= no significativo

6.4 Rendimiento de palabras con carga emocional negativa

Respecto a la cantidad de palabras con carga emocional negativa, los resultados muestran que el grupo con depresión logró recordar más palabras negativas que el

grupo con DCL durante el cuarto y quinto intento de la prueba, mientras que el grupo sin depresión ni DCL memorizó más palabras negativas en comparación con los grupos con DCL, durante los primeros dos intentos (ver Tabla 25).

Tabla 25 Diferencias en el total de palabras con carga emocional negativa recordadas por grupos

	Grupo sin depresión/sin deterioro	Grupo con depresión	Grupo con DCL	Grupo con depresión/con DCL	con	F	p	DMS
	Media (D.E)	Media (D.E)	Media (D.E)	Media (D.E)	(D.E)			
1er. intento	1.29 (.644)	1.11 (.809)	.83 (.696)	.74	(.773)	2.966	.035	G1>G3,G4
2do. Intento	1.81 (.750)	1.89 (.809)	1.55 (.862)	1.32	(.748)	2.623	.054	ns
3er. Intento	1.76 (.933)	2.32 (.630)	1.83 (.730)	1.77	(1.055)	2.042	.112	ns
4to. Intento	1.95 (.805)	2.37 (.684)	1.76 (.878)	1.71	(.902)	2.876	.039	G2>G3,G4
5to. intento	2.19 (.873)	2.68 (.820)	1.90 (.821)	1.87	(1.024)	4.134	.008	G2>G3,G4

Fuente. Elaboración propia usando los datos obtenidos en el estudio

Nota: Pruebas post hoc DMS (diferencia menos significativa): G1= Grupo sin depresión/sin deterioro; G2= Grupo con depresión; G3= Grupo con DCL; G4= Grupo con depresión/con DCL; ns= no significativo

6.5 Rendimiento de palabras sin carga emocional

Acerca de la cantidad de palabras sin carga emocional, únicamente en el segundo intento no hubo diferencias estadísticamente significativas. En los demás ejercicios, tanto las personas sin depresión ni deterioro, como el grupo de depresión,

mostraron mayor memorización de palabras neutras que los participantes con deterioro cognitivo leve. Los grupos sin DCL mostraron resultados similares entre sí (ver Tabla 26).

Tabla 26 Diferencias en el rendimiento de palabras sin carga emocional (neutras) en cada intento por grupos

	Grupo sin depresión/sin deterioro	Grupo con depresión	Grupo con DCL	Grupo con depresión/con DCL	F	p	DMS
	Media (D.E)	Media (D.E)	Media (D.E)	Media (D.E)			
1er. intento	1.43 (.676)	1.68 (.749)	.98 (.811)	1.06 (.964)	4.032	.009	G1>G3; G2>G3,G4
2do. Intento	1.57 (.926)	1.68 (.671)	1.36 (.791)	1.35 (.709)	1.098	.353	ns
3er. Intento	2.19 (.814)	2.00 (.667)	1.50 (.917)	1.48 (.996)	4.201	.007	G1>G3,G4; G2>G3,G4
4to. Intento	2.33 (1.017)	2.42 (.902)	1.93 (.921)	1.61 (.989)	3.859	.011	G1>G4; G2>G4
5to. Intento	2.76 (.944)	2.63 (.895)	2.10 (1.008)	2.13 (1.176)	2.897	.038	G1>G3,G4

Fuente. Elaboración propia usando los datos obtenidos en el estudio

Nota: Pruebas post hoc DMS (diferencia menos significativa): G1= Grupo sin depresión/sin deterioro; G2= Grupo con depresión; G3= Grupo con DCL; G4= Grupo con depresión/con DCL; ns= no significativo.

6.6 Correlaciones entre las pruebas utilizadas en el estudio

Por otro lado, se realizaron correlaciones de Pearson para determinar si existían asociaciones entre el puntaje de Yesavage, el puntaje de MoCA, las calificaciones de PANAS, el puntaje en el Cuestionario de Pfeiffer y los resultados en la prueba de memoria declarativa.

Se pudieron observar correlaciones moderadas y positivas entre el total de palabras recordadas y el puntaje de MoCA. También, se encontraron asociaciones bajas y negativas entre el rendimiento general de la prueba de memoria y el puntaje del cuestionario de Pfeiffer. Sin embargo, no se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre el total de palabras recordadas y las pruebas de Yesavage, ni con las escalas de Afecto positivo y negativo de PANAS (ver Tabla 27).

Tabla 27 Correlaciones de Pearson entre los puntajes de las escalas y el total de palabras recordadas en la prueba de memoria declarativa

	Puntaje Yesavage	Puntaje MoCA	PANAS positivo	PANAS negativo	Puntaje Pfeiffer
1er. intento	-0.75	.584**	-.100	.055	-.256**
2do. intento	-.093	.446**	-.044	.032	-.200*
3er. intento	-0.61	.550**	.017	.050	-.211*
4to. intento	-.092	.535**	.030	.092	-.200*
5to. intento	-.030	.555**	.014	.173	-.201*

Fuente. Elaboración propia usando los datos obtenidos en el estudio

Nota: * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$.

En relación al recuerdo de palabras con carga emocional, se observaron correlaciones bajas y positivas entre el recuerdo de palabras con carga emocional positiva, en los últimos tres intentos de la prueba de memoria, y los puntajes en el test de MoCA. No se observaron asociaciones estadísticamente significativas entre este tipo de palabras y los puntajes de las demás pruebas (ver Tabla 28).

Tabla 28 Correlaciones de Pearson entre los puntajes de las escalas y las palabras con carga emocional positiva

	Puntaje Yesavage	Puntaje MoCA	PANAS positivo	PANAS negativo	Puntaje Pfeiffer
1er. intento	.017	.179	.062	-.063	-.010
2do. intento	-.110	.150	.010	.032	-.073
3er. intento	-.090	.285**	-.007	-.053	-.149
4to. intento	-.074	.289**	.037	.090	-.035
5to. intento	-.027	.357**	.004	.160	-.175

Fuente. Elaboración propia usando los datos obtenidos en el estudio

Nota: ** $p < 0.01$.

Las palabras con carga emocional negativa mostraron correlaciones bajas y positivas con el puntaje en el test de MoCA. Sin embargo, el recuerdo de este tipo de palabras no se asoció significativamente con los puntajes obtenidos en las demás pruebas (ver Tabla 29).

Tabla 29 Correlaciones de Pearson entre los puntajes de las escalas y las palabras con carga emocional negativa

	Puntaje Yesavage	Puntaje MoCA	PANAS positivo	PANAS negativo	Puntaje Pfeiffer
1er. intento	-.104	.329**	-.099	.048	.153
2do. intento	-.026	.268**	.037	.018	-.170
3er. intento	.113	.290**	.055	.037	-.110
4to. intento	.017	.354**	.001	.074	-.166
5to. intento	.026	.346**	.086	-.026	-.150

Fuente. Elaboración propia usando los datos obtenidos en el estudio

Nota: ** $p < 0.01$.

En la cantidad de palabras sin carga emocional recordadas, también correlacionarse de manera baja y positiva con el puntaje alcanzado en la prueba de MoCA, sin encontrarse correlaciones estadísticamente significativas con las calificaciones obtenidas en los otros instrumentos (ver Tabla 30).

Tabla 30 Correlaciones de Pearson entre los puntajes de las escalas y las palabras sin carga emocional

	Puntaje Yesavage	Puntaje MoCA	PANAS positivo	PANAS negativo	Puntaje Pfeiffer
1er. intento	-.026	.412**	-.198	.081	-.210
2do. intento	-.009	.244**	-.115	-.001	-.060
3er. intento	-.126	.385**	-.017	.112	-.095
4to. intento	-.107	.351**	.017	.017	.014
5to. intento	-.052	.344**	-.054	.202	.180

Fuente. Elaboración propia usando los datos obtenidos en el estudio

Nota: ** $p < 0.01$.

Finalmente, se llevaron a cabo análisis de correlación de Pearson para determinar si existían asociaciones estadísticamente significativas entre los puntajes obtenidos en las escalas utilizadas en este estudio, encontrándose correlaciones entre el puntaje de Yesavage y las escalas de afecto positivo y negativo de PANAS. Asimismo, esta escala mostró asociarse de forma positiva con la prueba de Pfeiffer. Por otra parte, la escala de Pfeiffer mostró correlaciones estadísticamente significativas con los puntajes en la prueba de MoCA y con la escala de afecto negativo de PANAS (ver Tabla 31).

Tabla 31 Correlaciones de Pearson entre los puntajes de las escalas

	Puntaje MoCA	PANAS positivo	PANAS negativo	Puntaje Pfeiffer
Puntaje Yesavage	-.145	-.490**	.335**	.186*
Puntaje MoCA		.029	.054	-.370**
PANAS positivo			-.111	.058
PANAS negativo				.216*

Fuente. Elaboración propia usando los datos obtenidos en el estudio

Nota* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$.

Capítulo 7 Discusión y conclusiones

Sobre las características sociodemográficas de la muestra

Los análisis de las variables sociodemográficas indican que más del 90% de los participantes asistieron al menos a la primaria, por lo que su nivel de lectura y escritura, así como su capacidad para resolver restas sencillas, les permitió contestar adecuadamente los instrumentos del estudio. También, se puede observar que alrededor del 75% de la muestra eran mujeres, esto debido a que los centros donde se llevó a cabo el levantamiento de datos contaban con escasa o nula participación por parte de los hombres.

Respecto a las diferencias encontradas entre los grupos del estudio y la variable de tener pareja, los resultados muestran que eran más las personas deprimidas sin pareja, en comparación con los participantes sin depresión, sin embargo no había discrepancias entre los grupos con DCL y aquellos que no presentaban este trastorno neurocognitivo. En las investigaciones revisadas acerca del rendimiento en la memoria, los autores no realizaron ningún análisis que tomaran en cuenta una variable de pareja. Esto podría deberse a que tener pareja no tendría porqué incidir en el rendimiento de la memoria declarativa.

Sobre al nivel de escolaridad, los datos señalan que las personas sin depresión ni deterioro cognitivo leve y el grupo con depresión mostraron niveles de escolaridad más altos, con respecto a los participantes con deterioro cognitivo leve y el grupo con depresión y DCL alcanzaron, de modo que el diferente nivel de escolaridad en los grupos podría haber incidido en las diferencias halladas entre los grupos con DCL vs los que no tienen DCL, pero ello podría ser debido a la reserva cognitiva, factor que ha sido considerado protector para el DCL y la demencia (p. ej. Stern, 2006; Lojo-Seoane, Facal y Juncos-Rabadán, 2012). Por otro lado, no se observaron diferencias en el nivel de escolaridad entre el grupo control y los participantes con depresión, por ello, puede inferirse que la escolaridad no incide en el análisis de diferencias en rendimiento en la memoria declarativa al comparar ambos grupos.

Sobre el rendimiento general en la prueba de memoria declarativa

La prueba de memoria declarativa utilizada en este estudio se construyó basándose en el funcionamiento del Rey Auditory Verbal Learning Test (Rey, 1964), en la cual el participante debe escuchar una lista de 15 palabras, con la intención de que memorice la mayor cantidad de palabras posible (Schmidt, 1996). Como se mencionó anteriormente, las diferencias entre el Test de Rey y el instrumento de memoria declarativa que se aplicó en este estudio, tienen que ver con que la cantidad de palabras se redujo a 12, las cuales se clasificaron en cuatro palabras con carga emocional positiva, cuatro palabras con carga emocional negativa y cuatro sin carga emocional (neutras), con la intención de medir el rendimiento general de la memoria declarativa e identificar si existen diferencias en el tipo de palabras que recuerda cada uno de los grupos conformados en el estudio. Al ser un instrumento experimental, aún no se cuentan con datos de validez y confiabilidad, sin embargo los resultados obtenidos en esta investigación pueden ser útiles para determinar si dicha prueba puede llegar a ser útil.

Los resultados sobre el rendimiento general de los participantes en la prueba de memoria declarativa, sin tomar en cuenta la carga emocional de las palabras, muestran que los cuatro grupos del estudio fueron aumentando el promedio de palabras recordadas conforme iban realizando los intentos de dicha prueba, pudiéndose observar desde este primer análisis que las personas sin deterioro cognitivo leve tuvieron un mejor rendimiento que los participantes con DCL (ver Fig. 1). Estos resultados son similares a los reportados en otros estudios, donde también participaron personas con depresión, con deterioro cognitivo leve y personas sin trastornos mentales (p. ej. Wright y Persad, 2007; Dohnel et al., 2008; Steffens y Potter, 2008).

Sobre las diferencias que presentaron los grupos, los análisis de Varianza revelan que los participantes del grupo control y las personas con posible depresión mostraron un mejor rendimiento general de memoria declarativa que los grupos donde existía probable deterioro cognitivo leve, lo cual concuerda con los resultados encontrados en otros estudios (p. ej. Morgan et al., 2010; Contador et al., 2010), en

los que también se señala que las personas con un trastorno neurocognitivo tienen un rendimiento más bajo de memoria en comparación con otras personas.

En cuanto a los participantes sin deterioro cognitivo leve, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo control y las personas con posible depresión. Estos resultados difieren con lo encontrado en la mayoría de las investigaciones, donde se señala que las personas sin depresión muestran un rendimiento de memoria declarativa significativamente mayor que el de los pacientes deprimidos (p. ej. La Rue et al., 1986; Burt et al., 1995; Deuschle et al., 2004; Hammar y Ardal, 2009). No obstante, existen otros estudios donde no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre personas que experimentan depresión y los grupos controles (p. ej. Halvorsen et al., 2011).

Sobre el rendimiento de palabras con carga emocional positiva

El modelo de la red afectiva de Bower (1981), señala que las personas tienden a recordar más fácilmente aquella información que es congruente con el estado de ánimo que experimentan, lo cual puede ser considerado como un sesgo de memoria. Dentro de los estudios revisados sobre el sesgo emocional, se han llevado a cabo experimentos donde se realizan inducciones de estados anímicos a personas que no presentan ningún trastorno mental (p. ej. Blasco et al., 1997; Hamann et al., 1997). Los resultados encontrados en dichas investigaciones, indican que los participantes inducidos a un estado de ánimo feliz, tienden a recordar más información con carga emocional positiva que aquellas personas con un estado emocional triste. Por lo cual, en esta investigación se esperaba que el grupo control lograra recordar mayor cantidad de palabras totales que los demás participantes. Asimismo, se hipotetizaba que las personas con posible depresión podrían recordar menor cantidad de palabras con carga emocional positiva y mayor número de palabras con carga emocional negativa en comparación con el grupo con probable DCL.

En los resultados de este estudio, se observaron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo con probable depresión y los participantes con DCL. De

acuerdo con los datos, las personas deprimidas lograron recordar más palabras con carga emocional positiva que los participantes con sospechas de DCL, durante el último intento de la prueba de memoria declarativa. Al contrastar al grupo control contra los participantes con posible depresión, no se encontraron diferencias significativas, sin embargo las personas de la primera agrupación lograron recordar más palabras positivas en comparación con el grupo supuestamente deprimido. Ante esta información, se puede decir que los datos encontrados sobre las palabras con carga emocional positiva difieren de los resultados que se esperaban encontrar.

Sobre el rendimiento de palabras con carga emocional negativa

En relación a la memorización de información con contenido emocional negativo, la teoría anteriormente mencionada (Bower, 1981) propone que las personas que experimentan un estado emocional negativo, tienden a recordar información congruente con este estado anímico. Por lo anterior, se esperaba que las personas con probable depresión pudieran recordar más palabras negativas que los participantes con posible DCL y que el grupo control.

De acuerdo con los análisis realizados, los grupos donde no se observaron signos de deterioro cognitivo leve lograron recordar mayor cantidad de palabras con carga emocional negativa en comparación con los grupos donde existía probable DCL, coincidiendo con los estudios donde se indica que las personas con deterioro cognitivo tienden a tener mayor dificultad para retener información que las personas catalogadas como sanas y que las personas con depresión (p. ej. Wright y Persad, 2007; Steffens y Potter, 2008).

Sobre la comparación entre los grupos con probable depresión y DCL, los datos indican que las personas supuestamente deprimidas pudieron recordar más palabras con carga emocional negativa que las personas con posible deterioro cognitivo leve. Asimismo, la prueba de contraste indica ausencia de diferencias en la memorización de palabras negativas entre el grupo control y el de participantes con probable depresión.

Los resultados encontrados acerca del recuerdo de palabras con carga emocional negativa, se asemejan a los datos obtenidos sobre el rendimiento general de la memoria declarativa, por lo que podría pensarse que las diferencias observadas entre los grupos con probable depresión y DCL, tienen que ver con el rendimiento global en dicha prueba, y no tanto con la carga emocional negativa.

Sobre el rendimiento de palabras sin carga emocional (neutras)

Acerca del recuerdo de palabras sin carga emocional, los resultados muestran similitud con lo encontrado en el rendimiento general de la prueba, ya que los grupos sin deterioro cognitivo leve lograron recordar más palabras neutras que las personas que presentaban posible DCL en cuatro de los cinco intentos del instrumento, mientras que los contrastes indican que no existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo control y las personas con probable depresión.

Sobre las relaciones entre variables clínicas y neuropsicológicas

Con respecto a las correlaciones de Pearson, los datos muestran la existencia de asociaciones estadísticamente significativas entre el total de palabras memorizadas durante los cinco intentos de la prueba de memoria y los puntajes obtenidos en la Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA) y en el Cuestionario de Actividad Funcional de Pfeiffer. Las correlaciones entre el total de palabras recordadas y el puntaje en la prueba de MoCA fueron moderadas y positivas, lo cual indica que las personas que lograron recordar mayor cantidad de palabras, también obtuvieron un mejor rendimiento cognitivo global. Este resultado era esperable, pues la memoria forma parte del rendimiento cognitivo general. Las asociaciones entre el total de palabras memorizadas y el puntaje de Pfeiffer mostraron ser bajas y negativas, lo que sugiere que las personas que pudieron recordar más palabras en la prueba de memoria, también reportaron tener más facilidad para realizar sus actividades cotidianas, sin la necesidad de recibir ayuda, lo cual era también ha sido reportado por otros autores (p. ej. Reynolds et al., 1988)

Por otro lado, los datos muestran que no existen correlaciones estadísticamente significativas entre el rendimiento en la prueba de memoria declarativa y el puntaje

obtenido en el cuestionario de depresión de Yesavage, lo cual difiere con lo encontrado en otros estudios (p. ej. Sheline et al., 2006; Gould et al., 2007) donde se señala que existe una asociación entre depresión y el rendimiento de la memoria.

En relación a las palabras con carga emocional, las correlaciones de Pearson señalan que la memorización de palabras positivas, negativas y neutras se asociaron de forma estadísticamente significativa con la prueba de MoCA, pudiéndose observar correlaciones bajas positivas. Sobre las asociaciones entre el recuerdo de palabras con carga emocional y las pruebas de Yesavage, Pfeiffer y Afecto positivo y negativo de PANAS, no se encontraron datos estadísticamente significativos. Estos resultados difieren de lo que se esperaba encontrar, pues si se combinan lo que propone la de Bower (1981) y el modelo tripartito de Clark y Watson (1991), se podría pensar que la memoria declarativa de las personas con mayores niveles de sintomatología depresiva sería congruente con su estado anímico predominante (bajos niveles de afecto poitivo y alto nivel de afecto negativo), asociándose positivamente al recuerdo de palabras con carga emocional negativas y obteniendo correlaciones significativas negativas en el recuerdo de palabras con carga emocional positiva.

Por otra parte, los análisis de correlación indican que el puntaje obtenido en la prueba de Yesavage tiene relación negativa con el nivel de afecto positivo y positiva con el nivel de afecto negativo evaluado en la prueba de PANAS, así como con el funcionamiento que muestran las personas a la hora de realizar sus actividades de la vida cotidiana.

En cuanto al Cuestionario de Actividad Funcional de Pfeiffer, debe recordarse que es una escala comúnmente utilizada para discriminar a personas con DCL de aquellas que no presentan este síndrome (p. ej. Pfeiffer et al., 1982; Teng et al., 2010), mostró asociaciones significativas bajas y negativas con el puntaje obtenido en MoCA, lo cual significa que a mejor rendimiento cognitivo, mejor es el funcionamiento en las actividades de la vida cotidiana de los participantes.

Limitaciones

La principal limitación del presente estudio fue el acceso a muestra clínicamente diagnosticada. La realización de esta investigación no contó con las herramientas adecuadas para el diagnóstico correcto de personas con depresión y deterioro cognitivo leve. Por otro lado, la cantidad de personas que conformaron los grupos con posible trastorno depresivo y el de sanos, fue menor en comparación con los otros dos, y con el número de personas con el que se esperaba contar (mayor a 30).

Otra de las limitaciones relacionadas a la muestra del estudio, tuvo que ver con la escolaridad. Debido a la cantidad de participantes que se lograron reunir, se tuvo que incluir a algunas personas sin estudios de primaria, sin embargo fueron tomados en cuenta porque habían aprendido a leer, escribir y realizar restas simples por su cuenta.

En relación a la evaluación de la memoria declarativa, se presentó el problema de no haber encontrado una prueba que midiera esta función cognitiva y que incluyera palabras con carga emocional positiva y negativa. Al no existir tal instrumento, se decidió diseñar uno, basándose en el funcionamiento del Rey Auditory Verbal Learning Test (Rey, 1964), el cual mide este tipo de memoria mediante la memorización de una lista de 15 palabras (Schmidt, 1996). Sin embargo no se cuentan con los datos psicométricos de validez y confiabilidad.

Sugerencias

Con base en lo anterior, se sugiere que en futuras investigaciones se utilicen procedimientos (como entrevistas estructuradas) que permitan realizar un diagnóstico con mayores garantías de validez de los participantes con depresión y deterioro cognitivo leve, con la intención de incrementar la validez interna de la presente investigación.

Otro aspecto a considerar en los estudios donde se realicen evaluaciones similares, es la de hacer un mejor control de variables que pudieran estar influyendo en los

resultados encontrados tales como el nivel de glucosa en la sangre, alteraciones en el sueño, uso de fármacos que influyeran en el rendimiento de la memoria y en la atención debido a algún suceso de vida, entre otros.

Finalmente, para poder dar continuidad a la presente investigación es de suma importancia realizar los análisis para obtener datos de validez y confiabilidad sobre la prueba de memoria declarativa, sobre todo en la evaluación de palabras con carga emocional positiva, negativa y neutra.

Conclusión final

Los resultados reportados anteriormente, sugieren que el rendimiento general en la memoria declarativa ayuda a diferenciar entre la presencia de depresión y deterioro cognitivo leve. Sin embargo, el uso de herramientas para evaluar esta función cognitiva, que incluyan palabras con carga emocional positiva y negativa, no parece ser de utilidad para distinguir a personas deprimidas de aquellas que experimentan DCL.

Referencias

- Aguilar-Navarro, S., y Ávila-Funes, J. A. (2007). La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. *Gaceta Médica de México*, 143(2), 141-146.
- Aguilar-Navarro, S. G., Fuentes-Cantú, A., Ávila-Funes, J. A., y García-Mayo, E. J. (2007). Validez y confiabilidad del cuestionario del ENASEM para la depresión en adultos mayores. *Salud Pública de México*, 49(4), 256-262.
- Aisen, P. S., Andrieu, S., Sampaio, C., Carrillo, M., Khachaturian, Z. S., Dubois, B., Feldman, H.H., Petersen, R.C., Siemers, E., Doody, R.S., Hendrix, S.B., Grundman, M., Schneider, L.S., Schindler, R.J., Salmon, E., Potter, W.Z., Thomas, R.G., Salmon, D., Donohue, M., Bednar, M.M., Touchon, J., Vellas, B. (2011). Report of the task force on designing clinical trials in early (predementia) AD. *Neurology*, 76, 280-286.
- Akiskal, H.S. (1995). Mood disorders: Introduction and overview. En: Kaplan, H.I., Sadock, B.J. editores. *Comprehensive textbook of psychiatry*. 6th ed. Baltimore: Lippincott, Williams and Wilkins.
- Alanís-Niño, G., Garza-Marroquín, J. V., y González-Arellano, A. (2008). Prevalencia de demencia en pacientes geriátricos. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 46(1), 27-32.
- Alexopoulos, G. S. (2005). Depression in the elderly. *The Lancet*, 365, 1961-1970.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Fifth ed.). Arlington: American Psychiatric Publishing.
- American Psychological Association. (2006). *Memory and Aging*. Recuperado de <https://www.apa.org/pi/aging/memory-and-aging.pdf>

- American Psychological Association. (2016). *Treatment: Behavioral Activation for Depression*. Recuperado de <http://www.div12.org/psychological-treatments/disorders/depression/behavioral-activation-for-depression/>
- Apostolova, L. G., y Cummings, J. L. (2008). Neuropsychiatric manifestations in mild cognitive impairment: a systematic review of the literature. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 25(2), 115-126.
- Apostolova, L.G., Dutton, R.A., Dinov, I.D., Hayashi, K.M., Toga, A.W., Cummings, J.L., y Thompson, P.M. (2006). Conversion of Mild Cognitive Impairment to Alzheimer Disease Predicted by Hippocampal Atrophy Maps. *Archives of Neurology*, 63, 693-699.
- Arean, P. A., Perri, M. G., Nezu, A. M., Schein, R. L., Christopher, F., y Joseph, T. X. (1993). Comparative effectiveness of social problem-solving therapy and reminiscence therapy as treatments for depression in older adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(6), 1003-1010.
- Arean, P. A., Raue, P., Mackin, R. S., Kanellopoulos, D., McCulloch, C., y Alexopoulos, G. S. (2010). Problem-solving therapy and supportive therapy in older adults with major depression and executive dysfunction. *American Journal of Psychiatry*, 167(11), 1391-1398.
- Atkinson, R. C., y Shiffrin, R. M. (1968). Human memory. A proposed system and its control processes. En K. W. Spence y J. T. Spence (Eds.), *The psychology of learning and motivation Vol. 2* (pp. 89-195). New York: Academic Press.
- Bacca, A. M., González, A., y Uribe, A. F. (2010). Validación de la Escala de Depresión de Yesavage (versión reducida) en adultos mayores colombianos. *Pensamiento Psicológico*, 1(5), 53-63.
- Backer, F.M., y Espino, D.V. (1997). A Spanish version of the geriatric depression scale in Mexican American elders. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12(1), 21-25.

- Baena, A., Sandoval, M.A., Urbina, C.C., Juárez, N.H., y Villaseñor, S.J. (2005). Los trastornos del estado de ánimo. *Revista Digital Universitaria*, 6(11), 2-14.
- Bagby, R. M., Ryder, A. G., Schuller, D. R., y Marshall, M. B. (2004). The Hamilton Depression Rating Scale: has the gold standard become a lead weight? *American Journal of Psychiatry*, 161(12), 2163-2177.
- Baker, L.D., Frank, L.L., Foster-Schubert, K., Green, P.S., Wilkinson, C., W., McTiernan, A., Plymate, S.R., Fishel, M.A., Watson, S., Cholerton, B.A., Duncan, G.E., Mehta, P.D., Craft, S. (2010). Effects of Aerobic Exercise on Mild Cognitive Impairment. *Archives of Neurology* 67(1), 71-79.
- Baldwin, D. S., y Birtwistle, J. (2002). *An atlas of depression*. Southamptom, Reino Unido: The Parthenon Publishing Group.
- Ballesteros, S. (1999). Memoria humana: investigación y teoría. *Psicothema*, 11(4), 705-723.
- Baune, B. T., Miller, R., McAfoose, J., Johnson, M., Quirk, F., y Mitchell, D. (2010). The role of cognitive impairment in general functioning in major depression. *Psychiatry Research*, 176(2), 183-189.
- Beaudreau, S. A., y O'Hara, R. (2008). Late-life anxiety and cognitive impairment: a review. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(10), 790-803.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guildford Press (Trad. esp. En Bilbao: Desclée de Bower, 1983).
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8(1), 77-100.
- Beekman, A. T., de Beurs, E., van Balkom, A. J., Deeg, D. J., van Dyck, R., y van Tilburg, W. (2000). Anxiety and depression in later life: co-occurrence and communality of risk factors. *American Journal of Psychiatry*, 157(1), 89-95.

- Belló, M., Puentes-Rosas, E., Medina-Mora, M. E., y Lozano, R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública de México*, 47(1), 4-11.
- Berenzon, S., Lara, M. A., Robles, R., y Medina-Mora, M. E. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública de México*, 55(1), 74-80.
- Berg, A. I., Wallin, A., Nordlund, A., y Johansson, B. (2013). Living with stable MCI: Experiences among 17 individuals evaluated at a memory clinic. *Aging & Mental Health*, 17(3), 293-299.
- Bermudez, F. (2001). Localización de la memoria. En F. Bermudez, F., y R.A. Prado. *Memoria dónde reside y cómo se forma* (pp. 47-56). México D.F.: Trillas.
- Bhalla, R.K., Butters, M.A., Mulsant, B.H., Begley, A.E., Zmuda, M.D., Schoderbek, B., Pollock, B.G., Ranolds, C.F., Becker, J.T. (2006). Persistence of neuropsychologic deficits in the remitted state of late-life depression. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(5), 419-427.
- Blasco, T., Borrás, F. X., Rey, M., y Bonillo, A. (1997). Efectos de un procedimiento de inducción de estados de ánimo sobre el recuerdo de palabras. *Anales de Psicología*, 13(2), 163.
- Bobes, J., Bulbena, A., Luque, A., Dal-Ré, R., Ballesteros, J., Ibarra, N., y Grupo de Validación en Español de Escalas Psicométricas (GVEEP. (2003). Evaluación psicométrica comparativa de las versiones en español de 6, 17 y 21 ítems de la Escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión. *Medicina Clínica*, 120(18), 693-700.
- Bower, G.H. (1981). Mood and memory. *American Psychologist*, 36(2), 129-148.
- Brickman, A. M., y Stern, Y. (2009). Aging and memory in humans. *Encyclopedia of Neuroscience*, 1, 175-180.

- Burin, D.I., Drake, M.A., y Harris, P. (2007). *Evaluación neuropsicológica en adultos*. Buenos Aires: Paidós.
- Burke, W. J., Nitcher, R. L., Roccaforte, W. H., y Wengel, S. P. (1992). A prospective evaluation of the Geriatric Depression Scale in an outpatient geriatric assessment center. *Journal of the American Geriatrics Society*, 40(12), 1227-1230.
- Burt, D. B., Zembar, M. J., y Niederehe, G. (1995). Depression and memory impairment: A meta-analysis of the association, its pattern, and specificity. *Psychological Bulletin*, 117(2), 285.
- Busse, A., Angermeyer, M. C., y Riedel-Heller, S. G. (2006). Progression of mild cognitive impairment to dementia: a challenge to current thinking. *The British Journal of Psychiatry*, 189, 399-404.
- Busse, A., Hensel, A., Gühne, U., Angermeyer, M. C., y Riedel-Heller, S. G. (2006). Mild cognitive impairment long-term course of four clinical subtypes. *Neurology*, 67(12), 2176-2185.
- Butters, M.A., Whyte, E. M., Nebes, R.D., Begley, A.E., Dew, M.A., Mulsant, B.H., Zmuda, B.H., Bhalla, R., Meltzer, C.C., Pollock, B.G., Reynolds, C.F., Becker, J.T. (2004). The Nature and Determinants of Neuropsychological Functioning in Late-Life Depression. *Archives of General Psychiatry*, 61(6), 587-595.
- Cabeza, R., y Nyberg, L. (2000). Neural bases of learning and memory: functional neuroimaging evidence. *Current Opinion in Neurology*, 13(4), 415-421.
- Campagne, D.M. (2012). Causas orgánicas y comórbidas de la depresión: el primer paso. *Semergen Medicina de Familia*, 38(5), 301-311.
- Casanova-Sotolongo, P., Casanova-Carrillo, P., y Casanova-Carrillo, C. (2004). La memoria. Introducción al estudio de los trastornos cognitivos en el envejecimiento normal y patológico. *Revista de Neurología*, 38(5), 469-472.

- Castillo-Quan, J. I., Barrera-Buenfil, D. J., Pérez-Osorio, J. M., y Álvarez-Cervera, F. J. (2010). Depresión y diabetes: de la epidemiología a la neurobiología. *Revista de Neurología* 51(6), 347-359.
- Cerquera, A. M. (2008). Relación entre los procesos cognitivos y el nivel de depresión en las adultas mayores institucionalizadas en el Asilo San Antonio de Bucaramanga. *Universitas Psychologica*, 7(1), 271-281.
- Charles, E., Bouby-Serieys, V., Thomas, P., y Clement, J.P. (2006). Links between life events, traumatism and dementia; an open study including 565 patients with dementia. *Encephle*, 32, 746–752.
- Chételat, G., Desgranges, B., de La Sayette, V., Viader, F., Eustache, F., y Baron, J.C. (2003). Mild cognitive impairment Can FDG-PET predict who is to rapidly convert to Alzheimer's disease? *Neurology*, 60, 1374-1377.
- Christensen, H., Jorm, A. F., Mackinnon, A. J., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Henderson, A. S., y Rodgers, B. (1999). Age differences in depression and anxiety symptoms: a structural equation modelling analysis of data from a general population sample. *Psychological medicine*, 29(2), 325-339.
- Clark, L. R., Delano-Wood, L., Libon, D. J., McDonald, C. R., Nation, D. A., Bangen, K. J., Jak, A.J., Au, R., Salmon, D.P., Bondi, M. W. (2013). Are empirically-derived subtypes of mild cognitive impairment consistent with conventional subtypes? *Journal of the International Neuropsychological Society*, 19(06), 635-645.
- Clark, L.A., y Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), 316.
- Claver, M. D. (2008). Instrumentos de valoración en el deterioro cognitivo leve. *Psicogeriatría*, 1, 9-15.

- Compton, W. M., Conway, K. P., Stinson, F. S., y Grant, B. F. (2006). Changes in the prevalence of major depression and comorbid substance use disorders in the United States between 1991–1992 and 2001–2002. *American Journal of Psychiatry*, 163(2), 2141-2147.
- Consuegra, N. (2010). *Diccionario de psicología*. Bogotá: Ecoe Ediciones.
- Contador, I., Fernández-Calvo, B., Cacho, J., Ramos, F., y Lopez-Rolon, A. (2010). Nonverbal Memory Tasks in Early Differential Diagnosis of Alzheimer's Disease and Unipolar Depression. *Applied Neuropsychology*, 17(4), 251-261.
- Craik, F. I. (1994). Memory changes in normal aging. *Current Directions in Psychological Science*, 3(5), 155-158.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Warmerdam, L., y Andersson, G. (2009). Psychotherapy versus the combination of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: a meta-analysis. *Depression and Anxiety*, 26(3), 279-288.
- Cullum, C. M., Saine, K., Chan, L. D., Martin-Cook, K., Gray, K. F., y Weiner, M. F. (2001). Performance-based instrument to assess functional capacity in dementia: The Texas Functional Living Scale. *Cognitive and Behavioral Neurology*, 14(2), 103-108.
- Currie, S. R., Patten, S. B., Williams, J. V., Wang, J., Beck, C. A., El-Guebaly, N., y Maxwell, C. (2005). Comorbidity of major depression with substance use disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 50(10), 660-666.
- Davis, L., Uezato, A., Newell, J. M., y Frazier, E. (2008). Major depression and comorbid substance use disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 21(1), 14-18.
- Dean, K., y Wilcock, G. (2012). Living with mild cognitive impairment: the patient's and carer's experience. *International Psychogeriatrics*, 24(6), 871-881.

- DeRubeis, R.J., Hollon, S.D., Amsterdam, J.D., Shelton, R.C., Young, P.R., Salomon, R.M., O'Reardon, J.P., Lovett, M.L., Gladis, M.M., Brown, L.L., Gallop, R. (2005). Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62(4), 409-416.
- Deuschle, M., Kniest, A., Niemann, H., Erb-Bies, N., Colla, M., Hamann, B., y Heuser, I. (2004). Impaired declarative memory in depressed patients is slow to recover: clinical experience. *Pharmacopsychiatry*, 37, 147-151.
- Dickerson, B. C., Sperling, R. A., Hyman, B. T., Albert, M. S., y Blacker, D. (2007). Clinical Prediction of Alzheimer Disease Dementia Across the Spectrum of Mild Cognitive Impairment. *Archives of General Psychiatry*, 64(12), 1443-1450.
- Diniz, B.S., Pinto, J.A., Gonzaga, M.L., Guimarães, F.M., Gattaz, W.F., Forlenza, O.V. (2009). To treat or not to treat? A meta-analysis of the use of cholinesterase inhibitors in mild cognitive impairment for delaying progression to Alzheimer's disease. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 259(4), 248-256.
- Döhnelt, K., Sommer, M., Ibach, B., Rothmayr, C., Meinhardt, J., y Hajak, G. (2008). Neural correlates of emotional working memory in patients with mild cognitive impairment. *Neuropsychology*, 46(1), 37-48.
- Etchepareborda, M.C., y Abad-Mas, L. (2005). Memoria de trabajo en los procesos básicos del aprendizaje. *Revista de Neurología*, 40(1), 79-83.
- Evans, C. (2007). Cognitive-behavioural therapy with older people. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13(2), 111-118.
- Even, C., Schröder, C. M., Friedman, S., y Rouillon, F. (2008). Efficacy of light therapy in nonseasonal depression: a systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 108(1), 11-23.

- Farina, N., Isaac, M.G., Clark, A.R., Rusted, J., y Tabet, N. (2012). Vitamin E for Alzheimer's dementia and mild cognitive impairment. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11, 1-31.
- Farlow, M. R. (2009). Treatment of mild cognitive impairment (MCI). *Current Alzheimer Research*, 6(4), 362-367.
- Fava, M., Rankin, M.A., Wright, E.C., Alpert, J.E., Nierenberg, A.A., Pava, J., y Rosenbaum, J.F. (2000). Anxiety disorders in major depression. *Comprehensive Psychiatry*, 41(2), 97-102.
- Feldman, H. H., y Jacova, C. (2005). Mild cognitive impairment. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(8), 645-655.
- Feldman, H., Scheltens, P., Scarpini, E., Hermann, N., Mesenbrink, P., Mancione, L., Tekin, S., Lane, R., Ferris, S. (2004). Behavioral symptoms in mild cognitive impairment. *Neurology*, 62(7), 1199-1201.
- Fenton, W. S., y Stover, E. S. (2006). Mood disorders: cardiovascular and diabetes comorbidity. *Current Opinion in Psychiatry*, 19(4), 421-427.
- Fernández-Castro, J.F., Granero-Pérez, R.G., Barrantes, N., y Capdevila, A. (1997). Estado de ánimo y sesgos en el recuerdo: papel del afecto. *Psicothema*, 9(2), 247-258.
- Fiske, A., Wetherell, J. L., y Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 363-398.
- Fitzgerald, P.B., Oxley, T.J., Laird, A.R., Kulkarni, J., Egan, G.F., Daskalakis, Z.J. (2006). An analysis of functional neuroimaging studies of dorsolateral prefrontal cortical activity in depression. *Psychiatry Research*, 148(1), 33-45.
- Folstein, M. F., Folstein, S., y Mchugh, P. R. (1975). Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinicians. *Journal Psychiatry Research*, 12,189-198.

- Fournet, N., Roulin, J. L., Vallet, F., Beaudoin, M., Agrigoroaei, S., Paignon, A., Dantzer, Desrichard, O. (2012). Evaluating short-term and working memory in older adults: French normative data. *Aging y Mental Health*, 16(7), 922-930.
- Forsell, Y., Palmer, K., y Fratiglioni, L. (2003). Psychiatric symptoms/syndromes in elderly persons with mild cognitive impairment. Data from a cross-sectional study. *Acta Neurologica Scandinavica*, 107(179), 25-28.
- Freedland, K. E., Rich, M. W., Skala, J. A., Carney, R. M., Dávila-Román, V. G., y Jaffe, A. S. (2003). Prevalence of depression in hospitalized patients with congestive heart failure. *Psychosomatic Medicine*, 65(1), 119-128.
- Friedman, E.S. y Thase, M.E. (1995). Trastornos del estado de ánimo. En V. Caballo, G. Buela y J.A. Carrobbles, *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*. Madrid: Siglo XXI.
- Fuchs, C. Z., y Rehm, L. P. (1977). A self control behavior therapy program for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 206-215.
- Gallo, J.J., Anthony, J.C., y Muthén, B.O. (1994). Age differences in the symptoms of depression: A latent trait analysis. *Journal of Gerontology*, 49(6), 251-264.
- Geda, Y.E., Roberts, R.O., Knopman, D.S., Christianson, T.J., Pankratz, V.S., Ivnik, R.J., Boeve, B.F., Tangalos, E.G., Petersen, R.C., Rocca, W.A. (2010). Physical Exercise and Mild Cognitive Impairment: A Population-Based Study. *Archives of Neurology*, 67(1), 80-86.
- George, L. K., Ellison, C. G., y Larson, D. B. (2002). Explaining the relationships between religious involvement and health. *Psychological Inquiry*, 13(3), 190-200.
- Gilles, C. (1993). Dementia-depression: how are they related? From depressive pseudodementia to pseudodepression in dementia. *Revue Medicale de Bruxelles*, 15(5), 296-299.

- Goldston, D.B. (2003). Measuring suicidal behavior and risk in children and adolescents. *American Psychological Association*. Estados Unidos: American Psychology Asociation.
- Goodwin, G. M. (1997). Neuropsychological and neuroimaging evidence for the involvement of the frontal lobes in depression. *Journal of Psychopharmacology*, 11(2), 115-122.
- Gould, N.F., Holmes, M.K., Fantie, B.D., Luckenbaugh, D.A., Pine, D. S., Gould, T.D., Burgess, N., Manji, H.K., Zarate, C.A. (2007). Performance on a virtual reality spatial memory navigation task in depressed patients. *American Journal of Psychiatry*, 164(3), 516-519.
- Gronwall, D. M. (1977). Paced auditory serial-addition task: a measure of recovery from concussion. *Perceptual and Motor Skills*, 44(2), 367-373.
- Gutiérrez, J.P., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Villalpando-Hernández, S., Franco A., Cuevas-Nasu L., Romero-Martínez M., y Hernández-Ávila M. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012*. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Halvorsen, M., Waterloo, K., Sundet, K., Eisemann, M., y Arfwedson, C. E. (2011). Verbal learning and memory in depression: A 9-year follow-up study. *Psychiatry Research*, 188, 350-354.
- Hamann, S. B., Cahill, L., McGaugh, J. L., y Squire, L. R. (1997). Intact enhancement of declarative memory for emotional material in amnesia. *Learning & Memory*, 4(3), 301-309.
- Hammar, Å., y Ardal, G. (2009). Cognitive functioning in major depression-a summary. *Frontiers in Human Neuroscience*, 3, 1-7.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery y Psychiatry*, 23(1), 56-62.

- Hansson, O., Zetterberg, H., Buchhave, P., Londos, E., Blennow, K., y Minthon, L. (2006). Association between CSF biomarkers and incipient Alzheimer's disease in patients with mild cognitive impairment: a follow-up study. *The Lancet Neurology*, 5, 228-234.
- Harris, P. (2007). *Evaluación de la memoria*. Recuperado de <http://www.aidyne16.tizaypc.com/contenidos/contenidos/2/ENPSFicha2-2.pdf>
- Hasin, D. S., Goodwin, R. D., Stinson, F. S., y Grant, B. F. (2005). Epidemiology of major depressive disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions. *Archives of general psychiatry*, 62(10), 1097-1106.
- Hernández-Ramos, E., y Cansino, S. (2011). Envejecimiento y memoria de trabajo: el papel de la complejidad y el tipo de información. *Revista de Neurología*, 52(3), 147-153.
- Heun, R., y Hein, S. (2005). Risk factors of major depression in the elderly. *European Psychiatry*, 20, 199-204.
- Hinrichsen, G. A. (2008). Interpersonal psychotherapy as a treatment for depression in later life. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39(3), 306-3012.
- Hwang, T. J., Masterman, D. L., Ortiz, F., Fairbanks, L. A., y Cummings, J. L. (2004). Mild cognitive impairment is associated with characteristic neuropsychiatric symptoms. *Alzheimer Disease y Associated Disorders*, 18(1), 17-21.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2014). *Estadísticas a propósito del día internacional del adulto mayor*. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2014/adultos0.pdf>

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2016). *Estadísticas a propósito del Día Internacional de las Personas de Edad*. Recuperado de http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/edad2016_0.pdf
- Jacka, F. N., Maes, M., Pasco, J. A., Williams, L. J., y Berk, M. (2012). Nutrient intakes and the common mental disorders in women. *Journal of Affective disorders*, 141(1), 79-85.
- Jack, C.R., Weigand, S.D., Shiung, M.M., Przybelski, S.A., O'Brien, P.C., Gunter, J.L., Knopman, D.S., Boeve, B.F., Smith, G.E., Petersen, R.C. (2008). Atrophy rates accelerate in amnesic mild cognitive impairment. *Neurology*, 70, 1740-1752.
- Jager, C. A., Oulhaj, A., Jacoby, R., Refsum, H., y Smith, A. D. (2012). Cognitive and clinical outcomes of homocysteine-lowering B-vitamin treatment in mild cognitive impairment: a randomized controlled trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(6), 592-600.
- Jean, L., Bergeron, M.È., Thivierge, S., y Simard, M. (2010). Cognitive intervention programs for individuals with mild cognitive impairment: systematic review of the literature. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(4), 281-296.
- Jorm, A. F. (2001). History of depression as a risk factor for dementia: an updated review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35(6), 776-781.
- Josefsson, T., Lindwall, M., y Archer, T. (2014). Physical exercise intervention in depressive disorders: Meta-analysis and systematic review. *Scandinavian Journal of Medicine y Science in Sports*, 24(2), 259-272.
- Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., y Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 21(3), 26-31.
- Kaji, T., Mishima, K., Kitamura, S., Enomoto, M., Nagase, Y., Li, L., Kaneita, Y., Ohida, T., Nishikawa, T., Uchiyama, M. (2010). Relationship between late-life

- depression and life stressors: large-scale cross-sectional study of a representative sample of the Japanese general population. *Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 64(4), 426-434.
- Kang, H., Zhao, F., You, L., Giorgetta, C., Venkatesh, D., Sarkhel, S., Prakash. S. (2014). Pseudo-dementia: a neuropsychological review. *Annals of Indian Academy of Neurology*, 17(2), 147-154.
- Kaszniak, A.W. (1987). Neuropsychological consultation to geriatricians: Issues in the assessment of memory complaints. *The Clinical Neuropsychologist*, 1(1), 35-46.
- Keller, M. B., McCullough, J. P., Klein, D. N., Arnow, B., Dunner, D. L., Gelenberg, Markowitz, J.C., Nemeroff, C.B., Russell, J.M., Thase, M.E., Madhukar, H.T., Blalock, J.A., Borian, F.E., Jody, D.N., DeBattista, D.M., Koran, L.M., Schatzberg, A.L., Fawcett, J., Hirschfeld, R., Keitner, G., Miller, I., Kocsis, J.H., Kornstein, S.G., Manher, R., Ninan, P.T., Rothbaum, B., Rush, A.J. Vivian, D., Zajecka, J. (2000). A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. *New England Journal of Medicine*, 342, 1462-1470.
- Kennedy, J. (2015). Depressive pseudodementia – how ‘pseudo’is it really?. *Old Age Psychiatrist*, 62, 30-37.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., Rush, A.J., Walters, E.E. y Wang, P. S. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Journal of the American Medical Asociation*, 289(23), 3095-3105.
- Kessler, R.C., Chiu, W.T., Demler, O., y Walters, E.E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of twelve-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617-627.

- Kiloh, L.G. Pseudo-dementia. (1961). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 37, 336-351.
- Klerman, G.L., Rousanville, B., Chevron, E., Neu, C., y Weissman, M.M. (1984). Interpersonal psychotherapy of depression (IPT). Nueva York: Basic Books.
- Kobayashi, T., y Kato, S. (2011). Depression–dementia medius: Between depression and the manifestation of dementia symptoms. *Psychogeriatrics*, 11(3), 177-182.
- Kokmen, E., Smith, G. E., Petersen, R. C., Tangalos, E., y Ivnik, R. C. (1991). The short test of mental status: correlations with standardized psychometric testing. *Archives of Neurology*, 48(7), 725-728.
- Korte, J., Bohlmeijer, E. T., Cappeliez, P., Smit, F., y Westerhof, G. J. (2012). Life review therapy for older adults with moderate depressive symptomatology: a pragmatic randomized controlled trial. *Psychological medicine*, 42(6), 1163-1173.
- Kundera, M. (2012). La memoria humana. En J.I. Alonso-García. *Psicología, Bachillerato* (pp. 133-152). España: Mc Graw Hill.
- La Rue, A., D'elia, L.F., Clark, E.O., Spar, J.E., y Jarvik, L.F. (1986). Clinical tests of memory in dementia, depression, and healthy aging. *Psychology and Aging*, 1(1), 69-77.
- Lai, J. S., Hiles, S., Bisquera, A., Hure, A. J., McEvoy, M., y Attia, J. (2013). A systematic review and meta-analysis of dietary patterns and depression in community-dwelling adults. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 99(1), 181-197.
- Lampe, I. K., Sitskoorn, M. M., y Heeren, T. J. (2004). Effects of recurrent major depressive disorder on behavior and cognitive function in female depressed patients. *Psychiatry Research*, 125(2), 73-79.

- Lee, R.S., Hermens, D.F., Porter, M.A., y Redoblado-Hodge, M.A. (2012). A meta-analysis of cognitive deficits in first-episode major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 140(2), 113-124.
- Lee, G.J., Lu, P.H., Hua, X., Lee, S., Wu, S., Nguyen, K., Teng, E., Leow, A., Jack, C.R., Toga, A.W., Weiner, M.W., Bartzokis, G., Thompson, P.M., Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative (2012). Depressive symptoms in mild cognitive impairment predict greater atrophy in Alzheimer's disease-related regions. *Biological Psychiatry*, 71(9), 814-821.
- Lenze, E.J., Mulsant, B.H., Shear, M.K., Schulberg, H.C., Dew, M. A., Begley, A.E., Pollok, B.G., Reynolds, C.F. (2000). Comorbid anxiety disorders in depressed elderly patients. *American Journal of Psychiatry*, 157(5), 722-728.
- Lewy, A.J., Wehr, T.A., Goodwin, F.K., Newsome, D.A., Markey, S.P. (1980). Light suppresses melatonin secretion in humans. *Science*, 210, 1267-1269.
- Li, C., Ford, E. S., Strine, T. W., y Mokdad, A. H. (2008). Prevalence of Depression Among US Adults with Diabetes. *Diabetes Care*, 31(1). 105-107.
- Li, H., Li, J., Li, N., Li, B., Wang, P., y Zhou, T. (2011). Cognitive intervention for persons with mild cognitive impairment: A meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 10(2), 285-296.
- Lojo-Seoane, C., Facal, D., y Juncos-Rabadán, O. (2012). ¿Previene la actividad intelectual el deterioro cognitivo? Relaciones entre reserva cognitiva y deterioro cognitivo ligero. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 47(6), 270-278.
- Lopez, O. L., Jagust, W. J., DeKosky, S. T., Becker, J. T., Fitzpatrick, A., Dulberg, C., Breitner, J., Lyketsos, C., Jones, B., Kawas, C., Carlson, M., Kuller, L.H. (2003). Prevalence and classification of mild cognitive impairment in the Cardiovascular Health Study Cognition Study: part 1. *Archives of Neurology*, 60(10), 1385-1389.

- López-Ibor Aliño, J. J., Pastrana-Jiménez, J. I., Cisneros-Flores, S., y López-Ibor Alcocer, M. I. (2010). Eficacia de la estimulación magnética transcraneal en depresión. Estudio naturalístico. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38(2), 87-93.
- Loewenstein, D.A., Amigo, E., y Duara, R. (1989). A new scale for the assessment of functional status in Alzheimer's disease and related disorders. *Journal of Gerontology*, 4, 114 – 121.
- Luck, T., Luppá, M., Briel, S., y Riedel-Heller, S. G. (2010). Incidence of mild cognitive impairment: a systematic review. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 2, 164-175.
- Lyketsos, C. G., Lopez, O., Jones, B., Fitzpatrick, A. L., Breitner, J., y DeKosky, S. (2002). Prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia and mild cognitive impairment: results from the cardiovascular health study. *Journal of American Medical Association*, 288(12), 1475-1483.
- Maes, M., D'haese, P. C., Scharpé, S., D'Hondt, P., Cosyns, P., y De Broe, M. E. (1994). Hypozincemia in depression. *Journal of Affective Disorders*, 31(2), 135-140.
- Manly, J. J., Bell-McGinty, S., Tang, M. X., Schupf, N., Stern, Y., y Mayeux, R. (2005). Implementing diagnostic criteria and estimating frequency of mild cognitive impairment in an urban community. *Archives of Neurology*, 62(11), 1739-1746.
- Manly, J. J., Tang, M. X., Schupf, N., Stern, Y., Vonsattel, J. P. G., y Mayeux, R. (2008). Frequency and Course of Mild Cognitive Impairment in a Multiethnic Community. *Annals of Neurology*, 63, 494.
- Mariani, E., Monastero, R., y Mecocci, P. (2007). Mild cognitive impairment: a systematic review. *Journal of Alzheimer's Disease*, 12(1), 23-35.

- Matthews, A. y MacLeod (1994). Cognitive Approaches to emotion and emotional disorders. *Annual Review of Psychology*, 45, 25-50.
- Manzanero, A. L., y Álvarez, M. Á. (2015). La memoria humana: aportaciones desde la neurociencia cognitiva. Madrid: Pirámide.
- Mecocci, P., Mariani, E., Cornacchiola, V., y Polidori, M.C. (2004). Antioxidants for the treatment of mild cognitive impairment. *Neurological Research*, 26, 598-602.
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J. (2005). Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: results from the Mexican National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 35(12), 1-11.
- Mello, M. F., Jesus Mari, J., Bacaltchuk, J., Verdeli, H., y Neugebauer, R. (2005). A systematic review of research findings on the efficacy of interpersonal therapy for depressive disorders. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 255(2), 75-82.
- Metastasio, A., Rinaldi, P., Tarducci, R., Mariani, E., Feliziani, F. T., Cherubini, A., Pelliccioli, G.P., Gobbi, G., Senin, U., Mecocci, P. (2006). Conversion of MCI to dementia: role of proton magnetic resonance spectroscopy. *Neurobiology of Aging*, 27, 926-932.
- Mías, C. D., Sassi, M., Masih, M. E., Querejeta, A., y Krawchik, R. (2007). Deterioro cognitivo leve: estudio de prevalencia y factores sociodemográficos en la ciudad de Córdoba, Argentina. *Revista de Neurología*, 44(12), 733-738.
- Mitchell, A. J., y Shiri-Feshki, M. (2009). Rate of progression of mild cognitive impairment to dementia meta-analysis of 41 robust inception cohort studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119(4), 252-265.

- Montealegre, R. (2003). La memoria: operaciones y métodos mnemotécnicos. *Revista Colombiana de Psicología*, 12, 99-107.
- Montenegro-Peña, M., Montejo-Carrasco, P., Llanero-Luque, M. y Reinoso-García, A. I. (2012). Evaluación y diagnóstico del deterioro cognitivo leve. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 32(2), 47-56.
- Mora-Simón, S., García-García, R., Perea-Bartolomé, M. V., Ladera-Fernández, V., Unzueta-Arce, J., Patino-Alonso, M. C., y Rodríguez-Sánchez, E. (2012). Deterioro cognitivo leve: detección temprana y nuevas perspectivas. *Revista de Neurología*, 54(5), 303-310.
- Morgan, J. E., Baron, I. S., y Ricker, J. H. (2010). *Casebook of clinical neuropsychology*. Oxford University Press.
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J.L., Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695-699.
- National Mental Health Association. (1996). *American attitudes about clinical depression and its treatment*. Alexandria: VA.
- National Institute of Mental Health. (2014). *Major depression among adults*. Recuperado de <http://www.nimh.nih.gov/health/statistics/prevalence/major-depression-among-adults.shtml>
- Nowak, G., Siwek, M., Dudek, D., Ziêba, A., y Pilc, A. (2003). Effect of zinc supplementation on antidepressant therapy in unipolar depression: a preliminary placebo-controlled study. *Polish Journal of Pharmacology*, 55(6), 1143-1148.
- Okada, G., Okamoto, Y., Yamashita, H., Ueda, K., Takami, H., y Yamawaki, S. (2009). Attenuated prefrontal activation during a verbal fluency task in

remitted major depression. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 63(3), 423-425.

Olazarán, J., Muñoz, R., Reisberg, B., Peña-Casanova, J., del Ser, T., Cruz-Jentoft, A.J., Serrano, P., Navarro, E., García de la Rocha, M.L., Frank, A., Galiano, M., Fernández-Bullido, Y., Serra, J.A., González-Salvador, M.T., Sevilla, C. (2004). Benefits of cognitive-motor intervention in MCI and mild to moderate Alzheimer disease. *Neurology*, 63(12), 2348-2353.

Organización Mundial de la Salud. (2004). Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Journal of the American Medical Association*, 291(21), 2581-2590.

Organización Mundial de la Salud. (2012). *Envejecimiento y ciclo de vida*. Recuperado de <http://www.who.int/ageing/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2015). *La depresión*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>

Ortiz, B. (2000). El constructo de intensidad afectiva: Una revisión. *Revista española de Motivación y Emoción*, 2 (2), 139-147.

Padrós-Blázquez, F., Martínez-Medina, M.P., Gudayol-Ferré, E., y Villuendas-González, E.R. (2010). Depresión: introducción a los aspectos generales, etiología, evaluación y tratamientos. En L.M, Lepe Lira, L., Vargas Garduño y M. Orozco Guzmán. *Horizontes de la Psicología: a diez años de labor académica en la UMSNH* (399-423). México: Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

Pampallona, S., Bollini, P., Tibaldi, G., Kupelnick, B., y Munizza, C. (2004). Combined pharmacotherapy and psychological treatment for depression: a systematic review. *Archives of General Psychiatry*, 61(7), 714-719.

- Panza, F., Frisardi, V., Capurso, C., D'introno, A., Colacicco, A.M., Imbimbo, B.P., Santamato, A., Vendemiale, G., Seripa, D., Pilotto, A., Capurso, A., Solfrizzi, V. (2010). Late-life depression, mild cognitive impairment, and dementia: possible continuum?. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(2), 98-116.
- Parikh, S.V., Segal, Z.V., Grigoriadis, S., Ravindran, A.V., Kennedy, S.H., Lam, R.W., Patten, S.B. (2009). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. II. Psychotherapy alone or in combination with antidepressant medication. *Journal of Affective Disorders*, 117, 15-25.
- Park, D.C., Lautenschlager, G., Smith, A.D., Earles, J.L., Fireske, D., Zwahr, M., Gaines, C.L. (1996). Mediators of long-term memory performance across the life span. *Psychology y Aging* 11(4), 621–637
- Parker, G., Gibson, N. A., Brotchie, H., Heruc, G., Rees, A. M., Pavlovic, D., y Psychol, M. (2006). Omega-3 fatty acids and mood disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 163(6), 969-978.
- Pérez-Álvarez, M., y García-Montes, J.M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*, 13, 493-510.
- Perri, R., Carlesimo, G. A., Serra, L., y Caltagirone, C. (2009). When the amnesic mild cognitive impairment disappears: characterisation of the memory profile. *Cognitive and Behavioral Neurology*, 22(2), 109-116.
- Petersen, R. C. (2004). Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. *Journal of Internal Medicine*, 256(3), 183-194.
- Petersen, R. C. Roberts, R.O., Knopman, D.S., Geda, Y.E., Cha, R.H., Pankratz, V.S., Boeve, B.F., Tangalos, E.G., Ivnik, R.J., Rocca, W.A. (2010). Prevalence of mild cognitive impairment is higher in men the mayo clinic study of aging. *Neurology*, 75(10), 889-897.

- Petersen, R. C. (2011). Mild cognitive impairment. *New England Journal of Medicine*, 364(23), 2227-2234.
- Petersen, R. C., Caracciolo, B., Brayne, C., Gauthier, S., Jelic, V., y Fratiglioni, L. (2014). Mild cognitive impairment: a concept in evolution. *Journal of Internal Medicine*, 275, 214-228.
- Pfeiffer, E. (1975). A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 23(10), 433-441.
- Pfeiffer, R. I., Kurosaki, T. T., Harrah, C. H., Chance, J. M., y Filos, S. (1982). Measurement of functional activities in older adults in the community. *Journal of Gerontology*, 37(3), 323-329.
- Phelps, E. A., LaBar, K. S., y Spencer, D. D. (1997). Memory for emotional words following unilateral temporal lobectomy. *Brain and Cognition*, 35(1), 85-109.
- Plassman, B.L., Langa, K.M., Fisher, G.G., Heeringa, S.G., Weir, D.R., Ofstedal, M.B., Burke, J.R., Hurd, M.D., Porter, G.G., Rogers, W.L., Steffens, D.C., McArdle, J.J., Willis, R.J. y Wallace, R.B. (2008). Prevalence of cognitive impairment without dementia in the United States. *Annals of Internal Medicine*, 148(6), 427-434.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401.
- Rafful, C., Medina-Mora, M.E., Borges, G., Benjet, C., Orozco, R. (2012). Depression, gender and the treatment gap in Mexico. *Journal of Affective Disorders*, 138(1), 165-169.
- Raschetti, R., Albanese, E., Vanacore, N., y Maggini, M. (2007). Cholinesterase inhibitors in mild cognitive impairment: A systematic review of randomised trials. *Plos Medicine*, 4(11), 1818-1828.

- Rehm, L.P. (1977). A self-control model of depression. *Behavior therapy*, 8, 787-804.
- Reséndiz-Figueroa, F. E., Ortiz-Garrido, O. M., Pulido, D., Arcila-Martínez, D., y Schmulson, M. (2008). Impacto de los rasgos de ansiedad y depresión sobre aspectos clínicos y calidad de vida en pacientes con síndrome de intestino irritable. *Revista de Gastroenterología de México*, 73(1), 3-10.
- Ressler, K.J., y Nemeroff, C.B. (2001). Role of norepinephrine in the pathophysiology of neuropsychiatric disorders. *CNS spectrums*, 6(8), 663-670.
- Rey, A. (1964). *L'examen clinique en psychologie (Clinical tests in psychology)*. Paris: Presses Universitaires de France
- Reyes-Ortega, M., Soto-Hernández, A.L., Milla-Kegel, J.G., García-Ramírez, A., Hubard-Vignau, L., Mendoza-Sánchez, H., Mejía-Garza, L.A., García-Peña, M.C., y Wagner-Echeagaray, F.A. (2003). Actualización de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D). Estudio piloto en una muestra geriátrica mexicana. *Salud Mental*, 26(1), 59-68.
- Reynolds, C.F., Hoch, C.C., Kupfer, D.J., Buysse, D.J., Houck, P.R., Stack J.A., Campbell, D.W. (1988). Bedside Differentiation of Depressive Pseudodementia from Dementia. *The American Journal of Psychiatry*, 145(9), 1099-1103.
- Richard, E., Reitz, C., Honig, L.H., Schupf, N., Tang, M.X., Manly, J.J., Mayeux, R., Devanand, D., Luchsinger, J.A. (2013). Late-life depression, mild cognitive impairment, and dementia. *The Journal of the American Medical Association*, 70(3), 383-389.
- Rinaldi, P., Mecocci, P., Benedetti, C., Ercolani, S., Bregnocchi, M., Menculini, G., Catani, M., Senin, U., Cherubini, A. (2003). Validation of the five-item geriatric depression scale in elderly subjects in three different settings. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(5), 694-698.

- Robert, P. H., Berr, C., Volteau, M., Bertogliati, C., Benoit, M., Mahieux, F., Legrain, S., Dubois, B. (2006). Neuropsychological performance in mild cognitive impairment with and without apathy. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 21(3), 192-197.
- Robles, R., y Páez, F. (2003). Estudio sobre la traducción al español y las propiedades psicométricas de las escalas de afecto positivo y negativo (PANAS). *Salud Mental*, 26(1), 69-75.
- Rock, P. L., Roiser, J. P., Riedel, W. J., y Blackwell, A. D. (2014). Cognitive impairment in depression: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 44(10), 2029-2040.
- Rodda, J., Walker, Z., y Carter, J. (2011). Depression in older adults. *The British Medical Journal*, 343, 683-687.
- Rodríguez-Bores Ramírez, L., Saracco-Álvarez, R., Escamilla-Orozco, R., y Fresán-Orellana, A. (2014). Validez de la Escala de Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA) para determinar deterioro cognitivo en pacientes con esquizofrenia. *Salud Mental*, 37(6), 517-522.
- Rosenberg, P. B., Johnston, D., y Lyketsos, C.G. (2006). A clinical approach to mild cognitive impairment. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1884-1890.
- Royal College of Psychiatrists. (2017). *Depression in older adults*. Recuperado de <http://www.rcpsych.ac.uk/healthadvice/problemsdisorders/depressioninolderadults.aspx>
- Rozzini, L., Chilovi, B. V., Peli, M., Conti, M., Rozzini, R., Trabucchi, M., y Padovani, A. (2009). Anxiety symptoms in mild cognitive impairment. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(3), 300-305.
- Sáez-Fonseca, J.A., Lee, L., y Walker, Z. (2007). Long-term outcome of depressive pseudodementia in the elderly. *Journal of Affective Disorders*, 101(1), 123-129.

- Saveanu, R.V., y Nemeroff, C.B. (2012). Etiology of depression: genetic and environmental factors. *Psychiatric Clinics of North America*, 35(1), 51-71.
- Schacter, D. L. (1996). *Searching for me-mory. The brain, the mind, and the past*. Nueva York: Basic Books.
- Schachter, S., y Singer, J. (1962). Cognitive, social, and physiological determinants of emotional state. *Psychological Review*, 69, 379-399.
- Schmidt, M. (1996). *Rey auditory verbal learning test: A handbook*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Schmitter-Edgecombe, M., Woo, E., y Greeley, D. R. (2009). Characterizing multiple memory deficits and their relation to everyday functioning in individuals with mild cognitive impairment. *Neuropsychology*, 23(2), 168-177.
- Schmitter–Edgecombe, M., McAlister, C., y Weakley, A. (2012). Naturalistic assessment of everyday functioning in individuals with mild cognitive impairment: The day-out task. *Neuropsychology*, 26(5), 631.
- Scogin, F., Welsh, D., Hanson, A., Stump, J., y Coates, A. (2005). Evidence-based psychotherapies for depression in older adults. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12(3), 222-237.
- Seligman, M.P. (1975). *Indefensión*. Madrid: Debate
- Serrano, J. P., Latorre, J. M., Gatz, M., y Montanes, J. (2004). Life review therapy using autobiographical retrieval practice for older adults with depressive symptomatology. *Psychology and aging*, 19(2), 272.
- Sheline, Y.I., Barch, D.M., Garcia, K., Gersing, K., Pieper, C., Welsh-Bohmer, K., Steffens, D.C., Doraiswamy, P.M. (2006). Cognitive function in late life depression: relationships to depression severity, cerebrovascular risk factors and processing speed. *Biological Psychiatry*, 60(1), 58-65.

- Simon, S. S., Yokomizo, J. E., y Bottino, C. M. (2012). Cognitive intervention in amnesic Mild Cognitive Impairment: a systematic review. *Neuroscience y Biobehavioral Reviews*, 36(4), 1163-1178.
- Squire, L. R. (1987). *Memory and brain*. Oxford: Oxford University Press
- Stahl, S.M. (2002). *Psicofarmacología esencial: Bases neurocientíficas y aplicaciones clínicas*. España: Ariel.
- Steffens, D. C., y Potter, G. G. (2008). Geriatric depression and cognitive impairment. *Psychological Medicine*, 38(02), 163-175.
- Stern, Y. (2006). Cognitive reserve and Alzheimer disease. *Alzheimer Disease y Associated Disorders*, 20(2), 112-117.
- Talassi, E., Guerreschi, M., Feriani, M., Fedi, V., Bianchetti, A., y Trabucchi, M. (2007). Effectiveness of a cognitive rehabilitation program in mild dementia (MD) and mild cognitive impairment (MCI): a case control study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 44, 391-399.
- Tappen, R. M., Rosselli, M., y Engstrom, G. (2010). Evaluation of the functional activities questionnaire (FAQ) in cognitive screening across four American ethnic groups. *The Clinical Neuropsychologist*, 24(4), 646-661.
- Teng, E., Becker, B. W., Woo, E., Knopman, D. S., Cummings, J. L., y Lu, P. H. (2010). Utility of the Functional Activities Questionnaire for distinguishing mild cognitive impairment from very mild Alzheimer's disease. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 24(4), 348.
- Tiemeier, H. (2003). Biological risk factors for late life depression. *European Journal of Epidemiology*, 18(8), 745-750.
- Tondo, L., Baldessarini, R. J., Hennen, J., Minnai, G. P., Salis, P., Scamonatti, L., Masia, M., Ghiani, C., y Mannu, P. (1999). Suicide attempts in major affective disorder patients with comorbid substance use disorders. *The Journal of Medical Psychiatry*, 60(2), 63-69.

- Tulving, E. (1985). How many memory systems are there?. *American Psychologist*, 40(4), 385-398.
- Tulving, E. (1986). Episodic and semantic memory: ¿Where should we go from here?. *Behavioral and Brain Sciences*, 9(3), 573-577.
- Tuokko, H., Morris, C., y Ebert, P. (2005). Mild cognitive impairment and everyday functioning in older adults. *Neurocase*, 11(1), 40-47.
- Underwood, M., Lamb, S. E., Eldridge, S., Sheehan, B., Slowther, A. M., Spencer, A., Thorogood, M., Atherton, N., Bremner, S.A., Devine, A., Diaz-Ordaz, K., Ellard, D.R., Potter, R., Spanjers, K., Taylor, S. (2013). Exercise for depression in elderly residents of care homes: a cluster-randomised controlled trial. *The Lancet*, 382, 41-49.
- University of California San Francisco. (2002). *Memory Disorders*. Recuperado de https://www.ucsfhealth.org/conditions/memory_disorders/
- Uribe-Rodríguez, A. F., Molina, J. M., Barco, M., y González, L. (2008). Relación entre deterioro cognitivo y sintomatología depresiva en mujeres mayores colombianas. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 43(2), 85-89.
- Velten, E. (1968). A laboratory task for induction of mood states. *Behavior, Research and Therapy*, 6, 473-482.
- Vink, D., Aartsen, M.J., y Schoevers, R.A. (2008). Risk factors for anxiety and depression in the elderly: a review. *Journal of Affective Disorders*, 106(1), 29-44.
- Wadley, V. G., Okonkwo, O., Crowe, M., y Ross-Meadows, L. A. (2008). Mild cognitive impairment and everyday function: evidence of reduced speed in performing instrumental activities of daily living. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(5), 416-424.
- Wagner, S., Doering, B., Helmreich, I., Lieb, K., y Tadić, A. (2012). A meta-analysis of executive dysfunctions in unipolar major depressive disorder without

- psychotic symptoms and their changes during antidepressant treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125(4), 281-292.
- Watson, D., Clark, L.A., y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070.
- Wechsler, D. (2008). *Wechsler adult intelligence scale—Fourth Edition (WAIS—IV)*. San Antonio: NCS Pearson, 22, 498
- Welch, C.A. (2008). Electroconvulsive therapy. En T.A. Stern, J.F. Rosenbaum, M. Fava, J. Biederman y S.L. Rauch. *Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry*. (pp. 635-644). Estados Unidos: Mosby Elsevier.
- Wells, C. E. (1979). Pseudodementia. *American Journal of Psychiatry*, 136(7), 895-900.
- Wenisch, E., Cantegreil-Kallen, I., De Rotrou, J., Garrigue, P., Moulin, F., Batouche, F., Richard, A., De Sant' Anna, M., Rigaud, A.S. (2007). Cognitive stimulation intervention for elders with mild cognitive impairment compared with normal aged subjects: preliminary results. *Aging Clinical and Experimental Research*, 19, 316-322.
- Weyerer, S., Eifflaender-Gorfer, S., Köhler, L., Jessen, F., Maier, W., Fuchs, A, Pentzek, M., Kaduszkiewicz, H., Bachmann, C., Angermeyer, M.C., Lupp, M., Wiese, B., Mosch, E., Bickel, H. (2008). Prevalence and risk factors for depression in non-demented primary care attenders aged 75 years and older. *Journal of affective disorders*, 111(2), 153-163.
- Winblad, B., Gauthier, S., Scinto, L., Feldman, H., Wilcock, G.K., Truyen, L., Mayorga, A.J., Wang, D., Brashear, H.R., Nye, J.S. (2008). Safety and efficacy of galantamine in subjects with mild cognitive impairment. *Neurology*, 70(22), 2024-2035.

- Wright, S. L., y Persad, C. (2007). Distinguishing between depression and dementia in older persons: neuropsychological and neuropathological correlates. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 20(4), 189-198.
- Wrosch, C., Schulz, R., Miller, G. E., Lupien, S., y Dunne, E. (2007). Physical health problems, depressive mood, and cortisol secretion in old age: buffer effects of health engagement control strategies. *Health Psychology*, 26(3), 341.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., y Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37-49.
- Zadikoff, C., Fox, S. H., Tang-Wai, D. F., Thomsen, T., de Bie, R., Wadia, P., Miyasaki, J., Duff-Canning, S., Lang, A.E., Marras, C. (2008). A comparison of the mini mental state exam to the Montreal cognitive assessment in identifying cognitive deficits in Parkinson's disease. *Movement disorders*, 23(2), 297-299.

ANEXOS

Folio:

Sexo:

Edad:

Estado civil:

Escolaridad:

A continuación se presentan unas preguntas a las que usted deberá responder Si o No, **marcando su respuesta con una "X" en el cuadro correspondiente**. Por favor, responda a todas las preguntas **sinceramente**.

1	¿Está satisfecho(a) con su vida?	SI	NO
2	¿Ha renunciado a muchas actividades?	SI	NO
3	¿Siente que su vida está vacía?	SI	NO
4	¿Se encuentra a menudo aburrido(a)?	SI	NO
5	¿Tiene esperanza en el futuro?	SI	NO
6	¿Está molesto(a) por pensamientos que no puede alejar de su mente?	SI	NO
7	¿Está de buen humor la mayor parte del tiempo?	SI	NO
8	¿Tiene miedo de que algo le vaya a suceder?	SI	NO
9	¿Se siente contento(a) la mayor parte del tiempo?	SI	NO
10	¿Se siente frecuentemente desamparado(a)?	SI	NO
11	¿Se siente intranquilo(a) y nervioso(a) con frecuencia?	SI	NO
12	¿Prefiere quedarse en casa en vez de salir y hacer cosas nuevas?	SI	NO
13	¿Se preocupa frecuentemente por el futuro?	SI	NO
14	¿Cree que tiene más problemas de memoria que los demás?	SI	NO
15	¿Piensa que es maravilloso estar vivo ahora?	SI	NO
16	¿Se siente desanimado(a) o triste con frecuencia?	SI	NO
17	¿Siente que nadie lo aprecia?	SI	NO
18	¿Se preocupa mucho por el pasado?	SI	NO
19	¿Cree que la vida es muy interesante?	SI	NO
20	¿Le es difícil comenzar con nuevos proyectos?	SI	NO
21	¿Se siente lleno de energía?	SI	NO
22	¿Siente que su situación es desesperante?	SI	NO
23	¿Cree que los demás están en mejores condiciones que usted?	SI	NO
24	¿Se molesta con frecuencia por cosas sin importancia?	SI	NO
25	¿Tiene ganas de llorar con frecuencia?	SI	NO
26	¿Tiene problemas para concentrarse?	SI	NO
27	¿Disfruta el levantarse por las mañanas?	SI	NO
28	¿Prefiere evitar las reuniones sociales?	SI	NO
29	¿Le es fácil tomar decisiones?	SI	NO
30	¿Está su mente tan clara como solía estar antes?	SI	NO

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)
(EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL)

NOMBRE:
Nivel de
estudios:
Sexo:

Fecha de nacimiento:
FECHA:

VISUOESPACIAL / EJECUTIVA		Copiar el cubo		Dibujar un reloj (Once y diez) (3 puntos)		Puntos	
				☐ Contorno ☐ Números ☐ Aguas		___/5	
IDENTIFICACIÓN							
						___/3	
MEMORIA		Lea la lista de palabras, el paciente debe repetirlas. Haga dos intentos. Recuérdese las 5 minutos más tarde.					
		ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO	Sin puntos
1er intento							
2º intento							
ATENCIÓN		Lea la serie de números (1 número/seg.) El paciente debe repetirla. ☐ 2 1 8 5 4 El paciente debe repetirla a la inversa. ☐ 7 4 2					
		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.					
		☐ F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B					
Restar de 7 en 7 empezando desde 100.		☐ 93	☐ 86	☐ 79	☐ 72	☐ 65	___/3
		4 o 5 sustracciones correctas: 3 puntos, 2 o 3 correctas: 2 puntos, 1 correcta: 1 punto, 0 correctas: 0 puntos.					
LENGUAJE		Repetir: El gato se escondió bajo el sofá cuando los perros entraron en la sala. ☐ Espero que él le entregue el mensaje una vez que ella se lo pida. ☐					
Fluidez del lenguaje. Decir el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra "P" en 1 min.		☐ _____ (N ≥ 11 palabras)					
ABSTRACCIÓN		Similitud entre p. ej. manzana-naranja = fruta ☐ tren-bicicleta ☐ reloj-regla					
RECUERDO DIFERIDO		ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO	Puntos por recuerdos SIN PISTAS únicamente
Debe acordarse de las palabras SIN PISTAS		☐	☐	☐	☐	☐	
Optativo		Pista de categoría					
		Pista elección múltiple					
ORIENTACIÓN		☐ Día del mes (fecha)	☐ Mes	☐ Año	☐ Día de la semana	☐ Lugar	☐ Localidad
		Normal ≥ 26 / 30					
		TOTAL ___/30					
		Añadir 1 punto si tiene ≤ 12 años de estudios					

Folio:

Sexo:

Edad:

Estado civil:

Escolaridad:

A continuación voy a leer unas palabras y usted debe repetirlas

Intento 1

Risa	Castigo	Edificio	Logro
Pérdida	Aire	Premio	Violencia
Silla	Abrazo	Mentira	Plato

Intento 2

Risa	Castigo	Edificio	Logro
Pérdida	Aire	Premio	Violencia
Silla	Abrazo	Mentira	Plato

Intento 3

Risa	Castigo	Edificio	Logro
Pérdida	Aire	Premio	Violencia
Silla	Abrazo	Mentira	Plato

Intento 4

Risa	Castigo	Edificio	Logro
Pérdida	Aire	Premio	Violencia
Silla	Abrazo	Mentira	Plato

Intento 5

Risa	Castigo	Edificio	Logro
Pérdida	Aire	Premio	Violencia
Silla	Abrazo	Mentira	Plato

Escala de Afectividad Positiva y Negativa PANAS

Folio: Nombre

Edad

A continuación se aparecen una serie de palabras que describen sentimientos. Lea cada palabra e indique con el círculo la intensidad con que siente cada uno de los 20 sentimientos durante la última semana, incluido el día de hoy. Conteste lo más sinceramente posible.

1 Nada o casi nada	2 Un poco	3 Bastante	4 Mucho	5 Muchísimo	
1. Interesado/a	1	2	3	4	5
2. Tenso/a	1	2	3	4	5
3. Estimulado/a	1	2	3	4	5
4. Disgustado/a	1	2	3	4	5
5. Motivado/a	1	2	3	4	5
6. Culpable	1	2	3	4	5
7. Asustado/a	1	2	3	4	5
8. Hostil	1	2	3	4	5
9. Entusiasmado/a	1	2	3	4	5
10. Orgullosa/a	1	2	3	4	5
11. Irritable	1	2	3	4	5
12. Alerta	1	2	3	4	5
13. Avergonzado/a	1	2	3	4	5
14. Inspirado/a	1	2	3	4	5
15. Nervioso/a	1	2	3	4	5
16. Decidido/a	1	2	3	4	5
17. Atento/a	1	2	3	4	5
18. Miedoso/a	1	2	3	4	5
19. Activo/a	1	2	3	4	5
20. Atemorizado/a	1	2	3	4	5

Cuestionario de ACTIVIDAD FUNCIONAL de PFEFFER

Folio: Nombre

Edad

1. ¿Maneja su propio dinero?	3	2	1	0
2. ¿Puede hacer solo/a la compra (alimentos, ropa, cosas de la casa)?	3	2	1	0
3. ¿Puede prepararse solo/a el café o el té y luego apagar la estufa?	3	2	1	0
4. ¿Puede hacerse solo/a la comida?	3	2	1	0
5. ¿Está al corriente de las noticias de su vecindario, de su comunidad?	3	2	1	0
6. ¿Puede prestar atención, entender y discutir las noticias de la radio y los programas de TV, libros, revistas?	3	2	1	0
7. ¿Es capaz de recordar compromisos y acontecimientos familiares?	3	2	1	0
8. ¿Es capaz de manejar sus propios medicamentos?	3	2	1	0
9. ¿Es capaz de andar por el vecindario y encontrar el camino de vuelta a casa?	3	2	1	0
10. ¿Es capaz de saludar a sus amigos adecuadamente?	3	2	1	0
11. ¿Es capaz quedarse solo(a) en la casa sin problemas?	3	2	1	0
Puntuación total				