



UNIVERSIDAD DEL AZUAY

Facultad de Psicología

Carrera de Psicología Clínica

**Revisión sistemática de ansiedad y depresión de adultos mayores
con y sin Alzheimer**

Autoras:

Karla Maura Andrade Pinos; Ivanna María Durán Durán

Directora:

Gladys Alexandra Bueno Pacheco, PhD.

Cuenca – Ecuador

2023

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Gabriela Pinos, mi mamá, la persona que más admiro en este mundo. Me ha ayudado a seguir adelante en los momentos difíciles y me ha enseñado a ser la persona que soy hoy, sin su apoyo no lo habría logrado. A mis hermanas Camila, Tabatha y Antonia que son personas incondicionales en mi vida, su cariño me ha motivado a seguir adelante. A mi papá Andrés Ávila por sus consejos, sus enseñanzas, su amor y por siempre creer en mí. A

José Villavicencio por haberme apoyado cuando más lo necesitaba y por ser una persona fundamental en mi vida. A Marco que es una persona muy importante para mí. A mi familia que ha sabido apoyarme y brindarme mucho cariño, especialmente a mis abuelitos Carlos

Pinos y Rosa Muñoz que han sido mi motivación para cada paso de mi vida. Los amo muchísimo a todos.

Karla Andrade

Dedico este trabajo primeramente a mis padres, como mi amor, apoyo incondicional y guías que me ayudan a crecer constantemente, son mi fortaleza y uno de los motivos más grandes que tengo para nunca rendirme. Son y siempre serán los pilares fundamentales en mi vida y la

motivación para cumplir todos mis objetivos. También quiero dedicar este trabajo a Ana Isabel y Daniel a quienes amo con todo mi corazón y siempre serán mis ejemplos a seguir, a mis abuelos por todo el apoyo y cariño incondicional y a Juan Esteban por estar en cada paso que doy, por su apoyo, seguridad, protección y amor puro.

Ivanna Durán

AGRADECIMIENTO

Agradezco principalmente a mi madre que ha dado todo por mí, me ha dado fuerzas para salir adelante a pesar de cualquier obstáculo, y siempre me ha brindado su apoyo y amor incondicional. A mi familia que son un pilar fundamental en mi vida, y a todas las personas que han formado parte de mi camino y vida universitaria.

Karla Andrade

Agradezco a todas las personas que forman parte de mi crecimiento, les agradezco por su comprensión, constantes ánimos, fuerzas, aprendizajes, amor y millones de enseñanzas más, soy muy agradecida y feliz por tener a tantas hermosas personas en mi camino.

Ivanna Durán

Agradecemos a Sofía Vintimilla y Alexandra Bueno por el apoyo y motivación para formarnos como profesionales.

Resumen

El objetivo del estudio fue realizar una revisión de literatura que sirva como sustento teórico para comparar la ansiedad y depresión entre adultos mayores con y sin Alzheimer. Se realizó la búsqueda en las bases de datos Redalyc, Scopus y Sciencedirect, utilizando el modelo PRISMA. Tras el análisis de títulos y resúmenes de los artículos, se seleccionaron 19 estudios. Se concluyó que sí se presentó depresión en los ancianos, sin embargo, los porcentajes eran bajos, y que su prevalencia se debía principalmente a factores como la edad, género, el nivel de escolaridad, estado civil, enfermedades crónicas, nivel de apoyo social, entre otros. Sin embargo, en los adultos mayores con Alzheimer se evidenció niveles altos de depresión y ansiedad. De tal manera que pueden prever cómo un factor de riesgo y como consecuencia de la enfermedad, asimismo, se enfatiza su frecuencia en estados leves y moderados de la enfermedad.

Palabras clave: Adulto mayor, Alzheimer, ansiedad, depresión, envejecimiento normal

Abstract

The objective of the study was to carry out a literature review that serves as theoretical support to compare anxiety and depression among older adults with and without Alzheimer's. The search was carried out in the Redalyc, Scopus and Sciencedirect databases, using the PRISMA model. After the analysis of titles and abstract of the articles, 19 studies were selected. It was concluded that depression did occur in the elderly, however the percentages were low, and that its prevalence was mainly due to factors such as age, gender, level of education, marital status, chronic diseases, and level of social support, among others. However, in older adults with Alzheimer's, high levels of depression and anxiety were found. It can be predicted as a risk factor, as well as a consequence of the disease, also, it is more frequent in mild and moderate states of this disease.

Keywords: Alzheimer, Anxiety, Depression, Elderly, Normal Aging



Este certificado se encuentra en el repositorio digital de la Universidad del Azuay, para verificar su autenticidad escanee el código QR

ÍNDICE

Índice de contenido

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO	II
RESUMEN	III
ABSTRACT	IV
CAPÍTULO 1	1
ADULTOS MAYORES	1
<i>Trastorno Neurocognitivo Mayor</i>	2
Origen y Prevalencia.	2
Definición del Trastorno Neurocognitivo Mayor y Criterios Diagnósticos.	3
Tipos de Trastorno Neurocognitivo Mayor.	5
Comorbilidad.	7
<i>Trastorno Neurocognitivo Mayor tipo Alzheimer</i>	7
Neurobiología.	7
Tipos de Alzheimer.	9
Factores de Riesgo.	10
Criterios Diagnósticos y Características.	10
CAPÍTULO 2	13
ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LA TERCERA EDAD	13
<i>Depresión</i>	13
Depresión en la Vejez.	13
Factores de Riesgo.	13
Factores Psicosociales.	15
Criterios Diagnósticos y Características.	15
Depresión en el Alzheimer.	17
Pseudodepresión y Pseudodemencia.	19
<i>Ansiedad</i>	20
Ansiedad en la Vejez.	20
Criterios Diagnósticos y Características.	21
Ansiedad en el Alzheimer.	22
CAPÍTULO 3	25
METODOLOGÍA	25
<i>Criterios De Inclusión</i>	25
<i>Criterios De Exclusión</i>	25
<i>Pregunta de investigación</i>	26
<i>Hipótesis</i>	26

<i>Objetivo general</i>	26
<i>Objetivos específicos</i>	26
CAPÍTULO 4	28
RESULTADOS	28
<i>Análisis de Resultados</i>	45
Ansiedad y Depresión en Adultos Mayores.	45
Ansiedad y Depresión en Adultos Mayores con Alzheimer.	46
CAPÍTULO 5	48
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	48
<i>Discusión</i>	48
<i>Conclusión</i>	52
REFERENCIAS Y ANEXOS	54
REFERENCIAS	54

Índice de tablas

Tabla 1 <i>Tipos de Trastorno Neurocognitivo Mayor</i>	5
Tabla 2 <i>Tipos de Alzheimer</i>	9
Tabla 3 <i>Tabla de análisis de resultados</i>	28

Índice de figuras

Figura 1 <i>Diagrama de Flujo</i>	27
--	-----------

Capítulo 1

Adultos Mayores

Durante el envejecimiento, se presentan diferentes cambios tanto morfológicos, fisiológicos y psicológicos. Se le considera un proceso normal, siendo la fase final del proceso de desarrollo del ser humano, que conlleva a una disminución en la capacidad funcional. Así mismo, se da un incremento de la morbilidad y la mortalidad, lo cual lleva a diferentes cambios biológicos, psicológicos y sociales (Macías et al., 2010).

Según Férez (2005) existe el envejecimiento normal, (bio-psico-social) considerado como la última etapa de la vida por la que pasa una persona, así también, el envejecimiento patológico, que podría estar o no asociado a una vejez normal, sin embargo, delimita la alteración funcional de la persona debido a alguna enfermedad. Según Rodríguez et al. (2021), los factores psicosociales afectan a la salud mental en este periodo, destacándose entre ellos, la jubilación, soledad, sentimiento de abandono, melancolía, y la muerte. Para una correcta adaptación ante estas circunstancias, se acentúa la importancia de la personalidad y el estilo de vida del ser humano. Según De la Barrera y Donolo (2009), es posible que se reduzca el rendimiento en diferentes funciones cerebrales, sin embargo, el cambio distintivo dentro de esta etapa es una lentificación en el cerebro. Ante esto, existen diferentes cambios, sobre todo en la capacidad sensorial, y se ha visto que disminuyen las funciones cognitivas y de memoria. Según la OMS (2015), es una combinación de procesos de deterioro molecular y celular que llevan a un descenso gradual de las funciones físicas y cognitivas, pudiendo incrementar la probabilidad de padecer enfermedades, seguidas de la muerte, como se cita en Pinilla Cárdenas et al. (2022).

Debido a la vejez nacen diferentes enfermedades crónico-degenerativas, las cuales implican un descenso de la funcionalidad del adulto mayor (Vargas et al., 2017). Cuando se

habla de un envejecimiento neurodegenerativo se deben recalcar que el inicio de esta enfermedad progresiva puede resultar engañoso, ya que es una enfermedad que no da advertencias. Al momento de clasificarla, se lo hace en cuanto a las expresiones clínicas que presenta el individuo, para así, distinguir entre los tipos de trastornos neurocognitivos (De la Barrera y Donolo, 2009).

Trastorno Neurocognitivo Mayor

Origen y Prevalencia.

En la antigüedad, el término ‘demencia’ se utilizaba para denominar todo tipo de afección mental, sin embargo, con el tiempo se fue categorizando e individualizando más la enfermedad y se introdujeron las denominaciones demencia ‘senil’ y ‘presenil’ en función de la edad de aparición del cuadro clínico (Caro, 2018). Estos términos fueron utilizados hasta el año 1906 que Alois Alzheimer describió la enfermedad que hoy lleva su nombre, definiéndose como una enfermedad progresiva y degenerativa del cerebro (Guerra et al., 2014). Actualmente, se ha sustituido al término demencia por Trastorno neurocognitivo mayor (TNM) (Tello- Rodríguez et al., 2016), dentro de la Asociación Americana de Psiquiatría (2013) también se le conoce de esta manera. Se espera que la prevalencia de la demencia aumente de una manera drástica. Debido a la falta de opciones de tratamiento farmacológico para las personas con TNM, se han recomendado también tratamientos no farmacológicos como programas de ejercicio para mejorar la cognición, las actividades de la vida diaria y los síntomas neuropsiquiátricos (Steichele et al., 2022). La prevalencia de demencia antes de los 65 años es de entre 2 a 10%, pero ella se duplica con cada intervalo de 5 años después de esta edad (Tello-Rodríguez et al., 2016). Los adultos mayores de 65 años o más sobreviven una mediana de 3 a 9 años después de un diagnóstico de demencia, y algunos

de ellos viven hasta 20 años. También, se estima que más del 50% de los casos de demencia llegan a la etapa severa en 3 años (Winblad et al., 2016).

Definición del Trastorno Neurocognitivo Mayor y Criterios Diagnósticos.

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2013), para un diagnóstico de Trastorno Neurocognitivo Mayor (TNM) se deben cumplir los siguientes criterios:

- A. Evidencias de una disminución cognitiva significativa comparado con un nivel previo de rendimiento en uno o más dominios cognitivos, como la atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidad perceptual motora o cognición social, basada en:
 - 1. 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 y
 - 2. Un deterioro sustancial del rendimiento cognitivo, documentado por un test neuropsicológico estandarizado o por otra evaluación clínica cuantitativa.
- B. Los déficits cognitivos interfieren con la autonomía del individuo en las actividades cotidianas.
- C. Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un síndrome confusional.
- D. Los déficits cognitivos no se explican mejor por otro trastorno mental. (pág. 602)

El TNM es una de las causas más comunes de la discapacidad y dependencia entre las personas mayores en el mundo (Llibre y Gutiérrez, 2014). Afecta a cada individuo de manera distinta, dependiendo del efecto de la enfermedad y de la personalidad del sujeto antes de padecerla. Sin embargo, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020), los signos y síntomas relacionados se entienden en tres etapas:

- Etapa Temprana: inicio paulatino, suele pasar desapercibido. Sus síntomas incluyen la tendencia al olvido, pérdida de la noción del tiempo y desubicación espacial.
- Etapa Intermedia: síntomas más evidentes como olvidos de acontecimientos recientes, nombres, dificultad para comunicarse, cambios de comportamiento como repetición de preguntas y desubicación dentro del hogar.
- Etapa Tardía: en la que la dependencia e inactividad son casi totales, la alteración de la memoria es severa y los síntomas físicos son más evidentes. Se da una dificultad en el reconocimiento de familiares y amigos, una gradual desubicación en el tiempo y espacio, dificultades motoras y alteraciones en el comportamiento, lo que puede provocar agresiones.

Además, diversas investigaciones (Tello- Rodríguez et al., 2016; Prince et al., 2015), explican que se puede clasificar al trastorno neurocognitivo mayor en las siguientes 3 escalas:

- Leve: dificultades al realizar actividades instrumentales de la vida cotidiana, como hacer compras, cocinar, hablar por teléfono. Es probable que se sientan desconcertados, ansiosos y tristes. También, pueden llegar a enojarse fácilmente y suelen ponerse a la defensiva cuando otros señalan errores.
- Moderado: alteraciones en actividades básicas de la vida diaria, por ejemplo, comer, bañarse o caminar. Es posible que en esta etapa lleguen a escuchar voces o mirar cosas que no están ahí, llegando a crear creencias falsas. Puede que se sientan tristes, ansiosos, desconcertados, agitados, o agresivos.
- Grave: dependen totalmente de otras personas para realizar actividades básicas. Llegan a ser apáticos y completamente inactivos, a veces verbal y físicamente agresivos. No logran coordinar movimientos físicos y existe una pérdida de la

capacidad de caminar y alimentarse al igual que dificultar al tragar. Puede que tengan incontinencia de orina y heces.

Tipos de Trastorno Neurocognitivo Mayor.

Existen diversos subtipos del TNM y para diferenciarlos y diagnosticarlos se toma en cuenta el deterioro cognitivo, la estructura, así como diferentes tipos de evaluaciones tales como las neuroimágenes y biomarcadores. Se detallan los más comunes en la siguiente tabla:

Tabla 1

Tipos de Trastorno Neurocognitivo Mayor

Tipos de Trastorno Neurocognitivo Mayor	Características
Demencia por cuerpos de Lewy	Pueden presentar signos clínicos como trastornos del sueño y la disminución del olfato, las cuales pueden aparecer en etapas iniciales. Al momento de comparar esta enfermedad con el Alzheimer, se ha visto que esta enfermedad puede ocurrir en etapas más tempranas (Custodio y Alarcón, 2018). Según Rodríguez et al (2021) este subtipo tiene mucho que ver con el déficit colinérgico y tiene diferentes variaciones en las funciones ejecutivas, atención y habilidades visoperceptivas.
TNM inducido por sustancias o medicamentos	Al momento de diagnosticar, se debe tomar en cuenta que el deterioro neurocognitivo no solo aparecerá en un síndrome confusional, sino que se debe permanecer después del periodo de intoxicación y desintoxicación. La sustancia utilizada al igual que la frecuencia e intensidad de su uso es capaz de causar el deterioro cognitivo. Además, el curso temporal del déficit neurocognitivo debe ser compatible con la magnitud de consumo y la abstinencia por el mismo (APA, 2013).

TNM debido a enfermedad por priones	Según la APA (2013), para ser diagnosticado debe cumplir con los criterios del TNM. Entre estos está: un inicio insidioso y un rápido avance de la enfermedad. Así mismo, indica que debe haber una presencia de síntomas motores del TNM debido a enfermedad por priones.
TNM debido a un traumatismo cerebral	Según la APA (2013), es posible evidenciar un traumatismo cerebral, el mismo se caracteriza por una colisión o un movimiento del cerebro, con consecuencias como confusión, síntomas neurológicos, pérdida de conciencia y/o de memoria.
Demencia Vascular	Este subtipo está en segundo lugar dentro de las demencias más comunes, después del Alzheimer. Los síntomas se relacionan con la disminución de la funcionalidad de 2 o más dominios, y una disminución marcada del lenguaje y diferentes funciones relacionados con la visión y la memoria (Custodio et al., 2018).
Demencia Frontotemporal	Esta enfermedad es caracterizada por la cantidad de signos conductuales, llevando el nombre de variante conductual. En segundo lugar, se caracteriza por el compromiso del lenguaje, denominada afasia progresiva (Custodio et al., 2018). Incluye perturbaciones en funciones ejecutivas, de memoria y atención (Álvarez, 2021). Esta enfermedad es distinguida por comportamientos compulsivos, pérdida de culpa, vergüenza, y la capacidad de reconocer las emociones del otro (Sebastián et al., 2019).

Nota. Álvarez (2021), APA (2013), Custodio et al. (2018) & Rodríguez et al. (2021).

El trastorno neurocognitivo mayor es un síndrome que tiene múltiples etiologías posibles, además de las nombradas anteriormente, también está la infección por VIH, enfermedad párkinson y enfermedad de Huntington (Herrera et al., 2021). Sin embargo, uno

de los tipos de demencia más representativos es el Alzheimer, que es definido como una enfermedad neurodegenerativa progresiva que se caracteriza por un declive de la memoria y del aprendizaje, y otras alteraciones cognitivas, funcionales, psicológicas y de comportamiento (Camacho et al., 2018). La enfermedad de Alzheimer es responsable del 50 al 60 % del total de casos de demencia en América Latina y el Caribe (Llibre y Gutiérrez, 2014). Al ser esta enfermedad tan relevante se hablará más a detalle sobre ella a continuación.

Comorbilidad.

La comorbilidad es la presencia de dos o más enfermedades en un mismo sujeto y representa una característica clínica peculiar de los pacientes de edad avanzada ya que cada persona puede presentar múltiples afecciones debido al aumento de enfermedades crónicas relacionadas con la edad (Abete et al., 2004). Existen estudios que han estimado que el 61% de personas que padecen de Alzheimer, tienen 3 o más diagnósticos comórbidos. Además, indicaron que las comorbilidades más frecuentes son la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, sin embargo, también se encuentran las siguientes: anemia, insuficiencia cardiaca congestiva, arritmia cardíaca, úlceras cutáneas crónicas, osteoporosis, enfermedad de la tiroides, retinal hipertrofia prostática, insomnio y ansiedad/neurosis (Scrutton y Brancati, 2016).

Trastorno Neurocognitivo Mayor tipo Alzheimer

Neurobiología.

Según señala El-Tallawy et al. (2022) el Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa de origen multifactorial, en la cual se presentan tanto la neurodegeneración como la inflamación crónica. Están directamente asociados a mutaciones

y polimorfismos múltiples de genes (APP, PSEN1, PSEN2 y ApoE) localizados en 4 cromosomas diferentes (1, 14, 19 y 21).

Esta enfermedad se caracteriza por cambios patológicos, como el hipometabolismo, alteración de la barrera hematoencefálica, estrés oxidativo, deterioro mitocondrial y neuroinflamación. Estos pueden ser generados por varios trastornos metabólicos considerados factores de riesgo fuertes para el Alzheimer (Mendiola-Precoma et al., 2016).

Las variantes genéticas identificadas muestran vías específicas involucradas en la etiología de la enfermedad, tales como la inflamación y respuesta inmunitaria, metabolismo lipídico, endocitosis/función sináptica, procesamiento amiloide, patología tau y función sináptica (Reitz, 2015).

Delacourte (2002) señala que existen dos procesos degenerativos que caracterizan la patología: la amiloidogénesis (formación de filamentos de péptido A β en forma de depósitos extracelulares); y la degeneración neurofibrilar, (resultado de la agregación intraneuronal de filamentos de proteínas tau patológicas). En las últimas décadas, los investigadores destacaron un único mecanismo molecular en el desarrollo del Alzheimer. Confirmaron la influencia de la proteína β amiloide (A β) en la neurodegeneración. Sin embargo, todavía se considera que se provoca por diversos factores y procesos fallidos, que incluyen la separación del precursor de A β , la deposición y eliminación de A β , el metabolismo de τ , el tráfico de proteínas, el reciclaje de lípidos, la neuroinflamación y la señalización redox (Nifli, 2017).

Otra hipótesis que explica esta enfermedad es que se presenta un declive en la función cerebral y un deterioro en la señalización colinérgica dentro del sistema nervioso central, lo que contribuye considerablemente a los signos cognitivos derivados de la enfermedad y a la edad avanzada (Sousa, 2012). No obstante, la serotonina (5-HT), y sobre todo, la función del receptor 5-HT₆, surgen como un principal responsable del deterioro cognitivo (Nifli, 2017).

Lo requerido en un diagnóstico patológico del Alzheimer es la propagación de la patología Tau y de la beta amiloide (A β) (Sengoku, 2020). Los síntomas clínicos se relacionan a alteraciones de proteínas cerebrales (amiloide y tau) y estas son evidenciadas a través de neuroimágenes o en líquido cefalorraquídeo (Custodio et al., 2018).

Tipos de Alzheimer.

En la siguiente tabla, se representan los 3 tipos de demencias de Alzheimer que existen según Allegri et al. (2011):

Tabla 2

Tipos de Alzheimer

Tipos de Alzheimer	Características
Enfermedad de Alzheimer (EA) típica	Caracterizado por el déficit progresivo temprano de la memoria episódica que se mantiene dominando el cuadro hasta estadios tardíos de la enfermedad, seguido por o asociado con otros trastornos cognitivos y trastornos neuropsiquiátricos.
Enfermedad de Alzheimer atípica	Formas menos comunes y bien caracterizadas de presentación de la enfermedad, incluyendo la afasia progresiva primaria no fluente, la afasia logopénica, la variante frontal de la EA y la atrofia cortical posterior.
Enfermedad de Alzheimer mixta	Pacientes que cumplen plenamente con los criterios diagnósticos de EA pero presentan evidencia clínica y/o biológica/ neuroimagenología adicional de trastornos comórbidos tales como enfermedad cerebrovascular o enfermedad con cuerpos de Lewy.

Nota. Allegri et al. (2011)

Factores de Riesgo.

En la enfermedad del Alzheimer, existen varios factores de riesgo, tales como el incremento de edad, factores genéticos, lesiones cerebrales, infecciones, problemas vasculares y metabólicos, factores ambientales y el estilo de vida, en lo que se incluye la alimentación, obesidad, consumo de sustancias (Breijyeh y Karaman, 2020). Por otro lado, un historial de trastornos de ansiedad y depresión, así como su presencia en las primeras etapas del Alzheimer, representa un factor de riesgo para el desarrollo de demencia (Botto et al., 2022). Según la OMS (2020), existen otros factores de riesgo como el aislamiento social, la depresión, un nivel educativo bajo al igual que una inactividad cognitiva. También se puede desarrollar después de algún accidente cerebrovascular, tras varias lesiones físicas al cerebro (conocidas como encefalopatía traumática crónica) o también deficiencias nutricionales como falta de vitaminas.

Por otro lado, también existen factores metabólicos y no genéticos como la hipercolesterolemia, hiperhomocisteinemia, hipertensión y diabetes mellitus tipo 2 (Mendiola-Precoma et al., 2016). La obesidad y sus condiciones comórbidas asociadas han sido identificadas como factores de riesgo significativos tanto para el deterioro cognitivo como para el desarrollo del Alzheimer (Jayaraman and Pike, 2014 citado por Christensen y Pike, 2015). Existen factores que contribuyen al trastorno, tales como la resistencia a la insulina, hipertensión, déficits en el transporte del colesterol y la neuroinflamación (Winblad et al., 2016).

Criterios Diagnósticos y Características.

Según la APA (2013), para diagnosticar un Trastorno Neurocognitivo Mayor debido a la enfermedad de Alzheimer debe cumplirse lo siguiente:

A. Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve.

- B. Presenta un inicio insidioso y una progresión gradual del trastorno en uno o más dominios cognitivos (en el TNM tienen que estar afectados por lo menos dos dominios).
- C. Se cumplen los criterios de la enfermedad de Alzheimer probable o posible, como sigue:
1. Evidencias de una mutación genética causante de la enfermedad de Alzheimer en los antecedentes familiares o en pruebas genéticas.
 2. Aparecen los tres siguientes:
 - a. Evidencias claras de un declive de la memoria y del aprendizaje, y por lo menos de otro dominio cognitivo.
 - b. Declive progresivo, gradual y constante de la capacidad cognitiva sin mesetas prolongadas.
 - c. Sin evidencias de una etiología mixta (cualquier otra afección que contribuya al declive cognitivo).
- D. La alteración no se explica mejor por una enfermedad cerebrovascular, otra enfermedad neurodegenerativa, los efectos de una sustancia o algún otro trastorno mental, neurológico o sistémico. (pág. 611)

Los síntomas comunes del Alzheimer van estrechamente unidos a las manifestaciones propias del envejecimiento orgánico y cerebral (Férez, 2005). El desarrollo del Alzheimer pasa por tres etapas: la pre-sintomática, la prodrómica del deterioro cognitivo leve y la forma clínica de la enfermedad (Klyucherev et al., 2022).

Podría ser complicado el diagnóstico en etapas tempranas, las comorbilidades médicas (por ejemplo, la enfermedad cerebrovascular) y las psiquiátricas (como la depresión y ansiedad) también se asocian con el envejecimiento y podrían ser confundidas ya que presentan síntomas que son difícil de diferenciar en una etapa temprana (Ringman, 2005).

Según el estudio de Custodio et al. (2018) para reconocer los diferentes subtipos de demencia se basa en el perfil del deterioro cognitivo, funcional y psicológico- conductual, así como el comportamiento estructural (tomografía o resonancia magnética cerebral) y funcional (resonancia magnética cerebral funcional y tomografía) de las neuroimágenes y en la evaluación de ciertos biomarcadores. En el diagnóstico del Alzheimer, se le plantea como un constructo biológico, donde los biomarcadores son la base del diagnóstico, en el cual el depósito de proteínas anormales la definen como una enfermedad neuro-degenerativa única entre diferentes desórdenes que pueden desarrollar demencia. Para poder diagnosticar esta enfermedad, se basa en un criterio clínico, tal como el historial médico, un examen físico, tests de laboratorio, y evaluaciones neuropsicológicas (Mendiola-Precoma et al., 2016).

Las imágenes por resonancia magnética (RM) y la tomografía por emisión de positrones (PET) son dos modalidades de adquisición de imágenes utilizadas para medir la atrofia cerebral, siendo este un biomarcador utilizado para identificar la degeneración neuronal. La pérdida de tejido cerebral se correlaciona con déficits cognitivos como la pérdida de volumen de materia gris y blanca, estos son marcadores patológicos significativos para el Alzheimer (Sharma y Mandal, 2022).

Capítulo 2

Ansiedad y Depresión en la Tercera Edad

Depresión

Depresión en la Vejez.

La depresión es un trastorno mental muy frecuente en la población envejecida (Durán-Badillo et al., 2021). En adultos mayores, la depresión afecta en varios factores tales como: fisiológicos, psicológicos y sociales, los cuales influyen en su afectividad y cognición, causando bajos niveles de bienestar (Macías et al., 2010). La depresión se caracteriza por síntomas como pérdida de interés, melancolía y estado de ánimo deprimido. Así mismo, se le considera como uno de los sufrimientos más prevalentes en la actualidad, representando el 5,9% del total de años de vida ajustados por discapacidad (Souza et al., 2022). Además, se le ha visto como un riesgo marcado e índice de suicidio (Macías et al., 2010).

Según Franco et al. (2017), algunas personas mayores pueden deprimirse simplemente con la percepción de su propio deterioro, las amenazas que plantean los cambios en el entorno social o los cambios en las estructuras cerebrales asociadas. Como se cita en Da Silva y Carvalho (2017), cuando esta enfermedad no tiene un adecuado diagnóstico y tratamiento podría llegar a generar trastornos de orden somático, lo que desencadena problemas de orden personal, social o económico, y de esta manera, es capaz de incrementar el nivel de invalidez, generando así, un índice de mortalidad muy alto en donde se incluye el suicidio. Puede agravarse cuando la depresión está asociada a los cambios cognitivos iniciales del Alzheimer (Blanco et al., 2013; Martín-Carrasco et al., 2011; García et al., 2012).

Factores de Riesgo.

La depresión es un trastorno complejo cuya probabilidad de desarrollo depende de varios factores de riesgo. Hasta la actualidad, no se ha podido establecer su totalidad ni las

interacciones existentes entre ellos (González et al., 2018). Sin embargo, Calderón (2018) indica que los factores de riesgo más importantes de la depresión se categorizan de la siguiente forma:

- a. Demográficos: estudios reportan que la depresión es más alta en mujeres que en hombres. Las viudas, ancianos aislados, pobres, institucionalizados y sometidos a estrés presentan depresión de forma más frecuente. La prevalencia es mayor en el área rural que en la urbana. Además, estudios han encontrado relación entre depresión y desempleo, divorcio, viudez, soledad y bajo nivel de instrucción.
- b. Biológicos:
 - Enfermedad orgánica: varias enfermedades han sido relacionadas con la depresión en el adulto mayor. Se ha demostrado una relación entre la depresión y enfermedades cardiovasculares, diabetes, cardiopatías. Se han encontrado patrones de morbilidad más frecuentes en adultos mayores, como: enfermedades cardíaco-metabólicas y depresión, ansiedad y depresión, y dolor-desórdenes neuropsiquiátricos y depresión.
 - Deterioro funcional: la limitación funcional en los adultos mayores está relacionada con depresión y sentimientos de inutilidad. Estudios han encontrado relación entre la depresión y alteraciones en la marcha, fragilidad, disfunción y disminución de las actividades de la vida diaria.
 - Deterioro cognitivo: la depresión puede ser un signo de demencia inicial. Además, se ha observado que la depresión en el adulto mayor puede preceder a la demencia. Un estudio encontró más relación entre depresión y Alzheimer que con otros tipos de trastornos neurocognitivos mayores.

- **Insomnio:** el insomnio se relaciona con la depresión, pero puede ser un factor o un efecto. Estudios encontraron que los pacientes con insomnio tienen más probabilidad de tener depresión.
- c. **Sociales:** se ha encontrado una relación entre la depresión y el aislamiento. El aislamiento puede influir negativamente en la salud y calidad de vida. Además, la depresión es más frecuente en situaciones de riesgo social y con baja condición socioeconómica.
- d. **Económicos:** la situación económica influye en el estado de ánimo de las personas. Las circunstancias económicas pueden ser importantes para determinar la satisfacción y el estado de ánimo de la vida, no sólo por la situación objetiva, sino también por su interpretación subjetiva. Estas variables subjetivas como la autoestima de la salud, la situación económica y la satisfacción con la vida deben considerarse al abordar al paciente deprimido.

Factores Psicosociales.

Según Llanes et al. (2015), para que se presente depresión en los individuos, los factores psicosociales de riesgo principales son: la necesidad de ser tomado en cuenta, ser escuchado, y apoyado, se incluye también la ausencia de roles sociales, violencia física o psicológica, dificultades en el entorno familiar, y la aparición de ansiedad o impulsividad.

Criterios Diagnósticos y Características.

Según el DSM V (APA, 2013), para obtener un diagnóstico de depresión mayor se debe cumplir los siguientes criterios:

- A. Cinco (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o de placer.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días.
 2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.
 3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros)
 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada casi todos los días.
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días
 9. Pensamientos de muerte recurrentes, 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 deterioro 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 de otra afección médica.
- D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco. (pág. 160)

Según González et al. (2018), también existen signos importantes en cuanto a la depresión en el adulto mayor:

- Énfasis en los cambios y síntomas del individuo
- Perdida o falta de expresión de sentimiento de tristeza
- Propensión a ser retraído/a
- Complicaciones al distinguir signos depresivos
- Deterioro cognitivo ligado
- Obsesión y/o preocupación con la idea de tener una enfermedad: hipocondría
- Patrones continuos de agresión, ansiedad, hostilidad.
- Morbilidades asociadas
- Enfermedad cerebrovascular
- Uso concomitante de tres o más medicamentos

Depresión en el Alzheimer.

Durante el envejecimiento, existe un aumento en el riesgo de aparición de enfermedades neurodegenerativas, dentro de las cuales, el trastorno neurocognitivo mayor es considerado altamente prevalente (Tolosa-Ramírez et al., 2021). El deterioro cognitivo es capaz de causar pérdida de la independencia en las actividades de la vida diaria, por lo que se vuelven dependientes de sus familiares y otros cuidadores (Pimentel, 2017). Además, se desorientan y se olvidan de quienes son las personas a su alrededor o si mismos, por ello, es posible la aparición de signos como apatía, irritabilidad y hostilidad en diferentes circunstancias, y, por ende, puede llegar a dificultar su estado emocional y conductual, provocando sensibilidad y fragilidad psíquica (Pimentel, 2017).

Estas modificaciones los hacen más susceptibles a padecer un cuadro depresivo, en el cual se puede presentar aislamiento, llanto, alteraciones del ciclo sueño-vigilia, alteraciones

en la alimentación, ansiedad y pérdida de interés (Moyano, 2010). La depresión y demencia en la vida tardía pueden ser indistinguibles (Burke et al., 2019). Además, la depresión se encuentra en aproximadamente un cuarto a una mitad de los pacientes con demencia (Wands, 1990). Según el estudio de Nieto (2002), entre 7,5 y 15% de los pacientes con Alzheimer, sufren de depresión mayor en los años precedentes a los inicios de los síntomas de demencia, y que un 10% de pacientes que son remitidos por sospecha de Alzheimer, sufren un trastorno afectivo.

La depresión puede ocurrir como el primer signo de la enfermedad en cimentación de demencia o en reacción a una discapacidad creciente y deterioro (Wands, 1990). Según The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences (1997), para menos del 10% de los pacientes con la enfermedad, la depresión representa una recaída preexistente de un Trastorno depresivo mayor. Pero para otros pacientes, los síntomas depresivos son nuevos, desarrollándose por primera vez dentro del contexto del Alzheimer. Según el estudio de El-Tallawy et al. (2022), los resultados de la escala de depresión en pacientes geriátricos con Alzheimer fueron que el 52% de los pacientes tienen depresión leve, el 22.5% depresión severa, y el 25% no están deprimidos; concluyeron que los cambios en el comportamiento y la emoción son las principales manifestaciones clínicas en el Alzheimer siendo la depresión más común entre los pacientes.

La depresión puede también ser manifestada en forma de aislamiento y regresión, en este caso, el individuo puede quedarse muchas horas en la cama, negarse a comer y beber, a comunicarse y a que le cambien de ropa cuando se ha orinado o ensuciado. En el caso de regresión, llegan los recuerdos buenos como ver a un ser querido, o también, acontecimientos desagradables, causando enojo en el individuo (Nieto, 2002).

Pseudodepresión y Pseudodemencia.

La demencia tiene múltiples causas reversibles, entre estas la depresión, aunque otros trastornos psiquiátricos pueden afectar la cognición y dar la apariencia de una enfermedad neurodegenerativa como el Alzheimer, lo que se conoce como “pseudodemencia” (Brodaty y Connors, 2020). Muchos pacientes de edad avanzada sufren tanto de síntomas depresivos como de déficits cognitivos y a menudo queda incierto si los problemas afectivos o cognitivos son primarios o secundarios (Krombach et al., 2021).

La oposición entre depresión y enfermedad neurodegenerativa se complica ya que otras condiciones pueden simular ambos trastornos. La condición principal es la apatía, definida como ausencia de motivación combinado con cambios conductuales y afectivos. Puede distinguirse de la depresión porque esta afecta al estado de ánimo, mientras que la apatía afecta a la voluntad. Ambos están entre los síntomas neuropsiquiátricos más comunes en la demencia y como resultado, puede imitar o coexistir con la depresión y enfermedad neurodegenerativa. Esto a la existencia de otra posibilidad diagnóstica, según la cual los pacientes con aparente depresión resultan tener otra condición, lo que se denomina “pseudodepresión”. Sin embargo, un gran cuerpo de evidencia señala la separación de los síntomas en términos de manifestaciones clínicas, neurobiología, evolución temporal y respuesta al tratamiento (Brodaty y Connors, 2020).

Las pseudodemencias depresivas se sospechan cuando hay una gran inhibición psicomotora y cuando se presentan vivencias depresivas; las pseudodemencias disociativas, se dan cuando hay respuestas absurdas. Las pseudodemencias depresivas son de manejo relativamente simple, y si hay duda se puede hacer un ensayo terapéutico. Las pseudodemencias disociativas pueden ser difíciles de tratar, y deben ser diferenciadas principalmente de las demencias frontotemporales, ya que la calidad de sus respuestas puede ser similar (Donoso, 2003).

Ansiedad

Ansiedad en la Vejez.

Los trastornos de ansiedad comparten algunas características con la depresión, como causar muchos problemas al interferir con el funcionamiento diario normal (Hunsberger et al., 2021). Es una emoción que surge ante diferentes circunstancias, puede aparecer como una amenaza, preparando así al sujeto para conducirse hacia ellas por diferentes reacciones cognitivas, fisiológicas y conductuales. Es importante recalcar que se vuelve patológica cuando la conducta es excesiva para la circunstancia y cuando es demasiado prolongada (Orozco y Baldares, 2012).

La ansiedad también puede estar asociada con otros trastornos psiquiátricos o secundaria a otros procesos (Franco et al., 2017). Los niveles elevados de ansiedad se han asociado de forma inversamente proporcional con el rendimiento en tareas de memoria episódica, velocidad de procesamiento, atención selectiva y funciones ejecutivas (Fernández-Blázquez et al., 2015). La ansiedad es un fenómeno complejo en el que participan diferentes factores tales como los biológicos, psicosociales, traumáticos, psicodinámicos y cognitivos-conductuales. Los estresores psicosociales tienen un papel fundamental en lo interpersonal, laboral y socioeconómico cuando se habla de la ansiedad, tales como los acontecimientos estresantes y/o cambios en la vida del sujeto. También se encuentran los acontecimientos que empeoran la enfermedad o los causales, y se señala que la manera en la que el individuo fue educado en la infancia predispone a la ansiedad en la edad adulta (Orozco y Baldares, 2012). En un entorno general, la prevalencia de la ansiedad es del 2 al 7%, y en el entorno de la atención primaria en la población de adultos mayores es aproximadamente del 10% (Kwak et al., 2017).

De Beurs (1999), explica que las personas mayores que sufren ansiedad y depresión, que tienen una o más enfermedades crónicas y experimentan limitaciones funcionales, se

encuentran en el peor estado en cuanto a discapacidad y bienestar. En personas de edad avanzada sin demencia, se demostró que tanto la depresión como la ansiedad son factores de predicción temprana del deterioro cognitivo futuro, y de una posible progresión más rápida de la disminución cognitiva con el tiempo (Breitve et al., 2016).

Criterios Diagnósticos y Características.

Según el DSM V (APA, 2013), para diagnosticar el trastorno de ansiedad generalizada se deben cumplir los siguientes criterios:

- A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades.
- B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.
- C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes
 - 1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
 - 2. Fácilmente fatigado.
 - 3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
 - 4. Irritabilidad.
 - 5. Tensión muscular.
 - 6. Problemas de sueño.
- D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia ni a otra afección médica.
- F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental. (pág. 222)

Según Fuentes et al. (2006), como se citó en Quiroz y Flores (2007), los objetivos elementales para el diagnóstico en adultos mayores son los siguientes:

- Identificar los síntomas presentes para establecer el diagnóstico.
- Conocer la gravedad de los síntomas conductuales y fisiológicos, y como afectan en su día a día.
- Conocer sobre sus habilidades en cuanto a la tolerancia de incertidumbre, preocupaciones y afrontamiento.
- Evaluar los factores generales que pueden acompañar a esta enfermedad.

Ansiedad en el Alzheimer.

Según Hunsberger et al. (2021), la ansiedad se reconoce cada vez más como un síntoma neuropsiquiátrico temprano en la enfermedad de Alzheimer y que predice una progresión más rápida. Los cambios en el comportamiento y las funciones cognitivas de las personas mayores son dos de las principales razones de las derivaciones a un diagnóstico de la enfermedad (Kwak et al., 2017). Se estima que la prevalencia de ansiedad en la demencia oscila entre el 25 % y el 71 %, y el trastorno de ansiedad generalizada parece ser el trastorno de ansiedad más común (Breitve et al., 2016). La discapacidad cognitiva de los pacientes con demencia afecta su capacidad para comunicarse, confiar, crear vínculos, socializar y comprender los cambios rápidos en su entorno, lo que conduce al aislamiento, ansiedad, depresión y agitación (Varshney et al., 2021).

La ansiedad se puede presentar como una ansiedad primaria, orgánica. En otras ocasiones depende de la interacción con un medio que se percibe como amenazante y crítico. La acatisia es una ansiedad motora que les impide permanecer tranquilos en un lugar, que los obliga a ir de una pieza a otra, a sentarse y levantarse en forma incesante, a caminar sin descanso, hasta cuando necesiten ayuda para hacerlo (Donoso, 2003). Los trastornos

neuropsiquiátricos, como la depresión y la ansiedad, se observan en el 90% de los pacientes con Alzheimer y son frecuentes en aquellos en riesgo de la enfermedad (Lyketsos CG, et al., 2012 como se cita en Hunsberger et al., 2021). Y ambos no son solo comorbilidades o resultados del trastorno neurocognitivo mayor, sino que también son factores de riesgo para la enfermedad (El-Tallawy et al., 2022).

Los síntomas de ansiedad a menudo se consideran parte de la propia demencia y a veces se consideran como un resultado inespecífico de la demencia severa, siendo éstos difícil de distinguir entre otros síntomas psicológicos y conductuales de demencia como irritabilidad, agresión y deambulación (Kwak et al., 2017). Según el estudio de Botto et al. (2022), en las etapas tempranas de la enfermedad, la ansiedad y la depresión podrían surgir como una reacción psicológica a la enfermedad y debido a las dificultades en la adaptación al Alzheimer son más intensas al inicio por el impacto de la enfermedad en el individuo ya sea por cambios de vida, roles, responsabilidades, dificultades en la socialización y también por la progresión rápida de la enfermedad. Además, se vio que durante las etapas tardías, el deterioro cognitivo grave reduce las respuestas emocionales y su expresión.

Existe una relación directa entre el estrés crónico experimentado por el individuo en los últimos años de su vida y la aparición de los primeros síntomas de la enfermedad, en donde son destacados la depresión, la ansiedad y la tristeza (De la Rubia et al., 2014). Según el estudio de Pietrzak et al. (2015) el aumento de la ansiedad y los síntomas depresivos se relacionan con el aumento de la A β en adultos mayores sanos y adultos con demencia, y se asocian con reducciones en la memoria y aspectos relacionados de la cognición, como la función ejecutiva, en adultos mayores sanos. La ansiedad y la depresión son compatibles con la prevención y tratamiento de la enfermedad. Su identificación como determinantes potenciales o moderadores del deterioro cognitivo relacionado con la A β en adultos mayores

sanos es importante para la estratificación del riesgo, el manejo clínico de los individuos en las fases preclínicas y prodrómicas en la enfermedad.

Capítulo 3

Metodología

La presente investigación maneja una revisión sistemática que se define como un análisis exhaustivo, claro y estructurado de la información disponible orientada a responder una pregunta clínica específica (Moreno et al., 2018). Es no experimental, de tipo longitudinal, tiene un enfoque metodológico cualitativo y su alcance es descriptivo. Se utilizó el método PRISMA y las bases de datos consultadas fueron las siguientes: Redalyc, Scopus y Sciencedirect.

Se tomará en cuenta los criterios de inclusión y exclusión para la extracción de los datos que serán los siguientes:

Criterios De Inclusión

- Haber sido publicado en los últimos 5 años.
- Población conformada por adultos mayores a partir de los 60 años.
- Adultos mayores con Alzheimer en etapas primarias a partir de los 60 años.
- Presencia de ansiedad o depresión (leves, moderadas o graves).
- Deben ser estudios en inglés o español.

Criterios De Exclusión

- Estudios previos al 2017.
- Adultos mayores con Alzheimer que padezcan otra patología mental.
- Adultos mayores sin Alzheimer con diagnósticos de otra patología mental (deterioro cognitivo leve).
- Estudios o artículos que no comparen la ansiedad o depresión con los adultos mayores.
- Estudios que estén en otros idiomas que no sean en inglés o español.

Palabras claves: Alzheimer - Ansiedad - Depresión - Adulto Mayor - Envejecimiento normal.

Pregunta de investigación

¿Existe un mayor nivel de ansiedad y depresión en personas con trastorno neurocognitivo mayor tipo Alzheimer o en adultos mayores que no padecen de este trastorno?

Hipótesis

Existe un mayor nivel de ansiedad y depresión con diferencia estadísticamente significativa en pacientes con trastorno neurocognitivo mayor tipo Alzheimer que en adultos mayores que no padecen de este trastorno.

Objetivo general

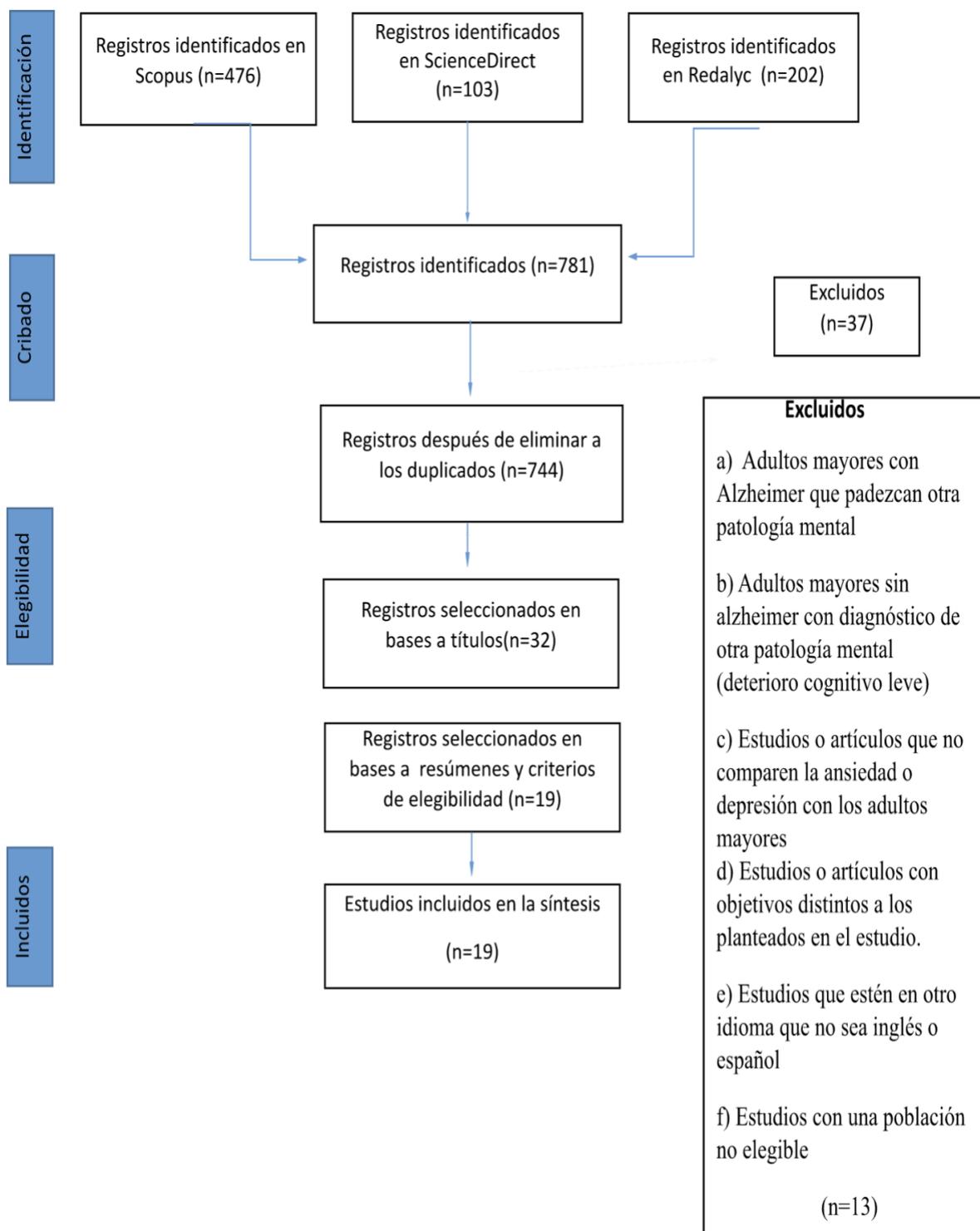
Realizar una revisión de literatura que sirva como sustento teórico para comparar la ansiedad y depresión entre pacientes con trastorno neurocognitivo mayor tipo Alzheimer y adultos mayores sin trastorno.

Objetivos específicos

1. Identificar los niveles de ansiedad y depresión en adultos mayores con y sin Alzheimer.
2. Describir la sintomatología ansiosa y depresiva que se presenta en adultos mayores con y sin Alzheimer.
3. Determinar si hay mayor nivel de ansiedad y depresión en adultos mayores con envejecimiento normal o en adultos mayores con Alzheimer.

Figura 1

Diagrama De Flujo



Capítulo 4

Resultados

Tabla 3

Tabla de análisis de resultados

Título del Artículo Autor/ Año/ DOI	Resumen	Análisis de Resultados
Factors affecting the evolution of Chinese elderly depression: a cross-sectional study Factores que afectan la evolución de la depresión del adulto mayor chino: un estudio transversal	Método: Los datos se obtuvieron del Estudio Longitudinal de Salud y Jubilación de China. La muestra consiste de 21.484 personas de ≥ 60 años. Los síntomas depresivos se midieron con el 10-item Short-Form desarrollado por el Center for Epidemiological Studies Depression Resultados: Se encontró que la tendencia en la tasa de depresión de los ancianos chinos de 2011 fue de 36,8% y en el 2018 fue de 44,5%. Los	Según el estudio realizado, se evidenció diferencias en las tasas de la depresión en ancianos asociadas con diferentes enfermedades crónicas, tiempo de sueño, salud autoinformada, región de residencia, género, estado civil, actividades sociales, y estado de actividades de vida diaria. Se evidenció mayores niveles de depresión en adultos mayores que residen en la región occidental, de sexo femenino, edades entre 60 a 69 años, de educación primaria y

<p>Autor: Cui et al.</p> <p>Año: 2022</p> <p>DOI: 10.1186/s12877-021-02675-z</p>	<p>resultados mostraron mala salud, daño en las actividades de la vida diaria (ADL), múltiples enfermedades crónicas y occidental son factores de riesgo para la depresión.</p>	<p>por debajo, solteros, con enfermedades crónicas, discapacidad en actividades de la vida diaria, y salud pobre.</p>
<p>Depression in the elderly: A study in three cities of Colombia</p> <p>Depresión en el adulto mayor: Un estudio en tres ciudades de Colombia</p> <p>Autor: Segura-Cardona et al.</p> <p>Año: 2018</p> <p>DOI: 10.14482/sun.34.2.362.29</p>	<p>Objetivo: Explorar los factores demográficos, de salud y de funcionalidad asociados con la depresión.</p> <p>Material y métodos: Estudio analítico transversal. La población correspondió a una muestra probabilística de 1514 adultos de 60 años y más.</p> <p>Resultados: Los resultados muestran que la ciudad de Pasto presenta el mayor número de adultos mayores con depresión; condiciones como el bajo nivel educativo, el hipertiroidismo/ hipotiroidismo, y la dependencia en actividades básicas de la vida diaria incrementa la prevalencia de la enfermedad.</p>	<p>Según el estudio realizado, el 83,6% de los adultos mayores no presentaron depresión. El 12,9 % presentó síntomas de depresión y el 3,4% restante no respondió a la escala aplicada. Se realizó una comparación en cuanto al sexo y se obtuvo que las que presentan mayor prevalencia de síntomas de depresión son las mujeres. Se evidenció una asociación estadísticamente significativa entre la ciudad donde reside la persona y la presencia de depresión. Se obtuvo que el ingreso económico no se asoció con la presencia de la depresión, lo opuesto al estado civil y la educación que sí influyeron. Se evidenció un mayor nivel de depresión en personas solteras y con un nivel primario de escolaridad. Además, se presenciaron un mayor nivel de depresión en personas con problemas de corazón, salud ósea, hipertensión e hiper/ hipotiroidismo. En cuanto a las actividades básicas de vida diaria, la independencia en el baño fue la única que se asoció con depresión, siendo los dependientes en esta actividad los que</p>

presentaron mayores niveles. En las actividades instrumentales de vida diaria, los adultos mayores dependientes a estas actividades, como responder el teléfono, tomar medicación, usar transporte público, entre otros, se asociaron a mayores niveles de depresión.

Depression among the elderly population in Sohag Governorate

Depresión entre la población de edad avanzada en Sohag Governorate

Autor: Aly et al.

Año: 2018

DOI: 10.15537/smj.2018.2.21353

El objetivo es determinar la proporción de depresión geriátrica y factores asociados con su aparición entre la población anciana en Sohag governorate. Se realizó un estudio transversal de base comunitaria con 1.027 personas mayores (\geq 60 años). Se diseñó e incluyó encuestas sociodemográficas y se usó la Escala de Depresión Geriátrica de 15 ítems (GDS-15) para determinar la presencia de depresión entre la población estudiada.

Resultados: Aproximadamente dos tercios (62,7 %) de los participantes sufría de depresión. En cuanto a los niveles de depresión, 450 (43,8%) participantes tenían depresión leve, y el 18,9% de participantes tenían depresión moderada. Ningún participante presentó depresión severa. La edad avanzada, género femenino y vivir en las zonas

Según el estudio realizado, el 62,7% de participantes presentaron depresión, de los cuales el 43,8% presentaron depresión leve y el 18,9% presentaron depresión moderada. Ninguno de los participantes presentó depresión severa. Se evidenció mayores niveles de depresión en las personas mayores a 90 años, en mujeres y residentes de zonas rurales. Se concluye que la edad, el género y la zona de residencia son variables significativas que pueden predecir la depresión geriátrica.

	rurales se relacionaron significativamente con la ocurrencia de depresión geriátrica entre los participantes.	
Prevalence and risk factors of anxiety and depression among the community-dwelling elderly in Nay Pyi Taw Union Territory, Myanmar	Se exploró la prevalencia y los factores de riesgo de la ansiedad y la depresión entre estos. Se realizó un estudio transversal entre 655 ancianos mediante entrevistas cara a cara y un cuestionario pre-testeado. La prevalencia de ansiedad y depresión fue 39,4% (33,5% para hombres y 42,4% para mujeres) y 35,6% (33,0% para hombres y 36,9% para mujeres), respectivamente. La razón de probabilidad ajustada de presentar ansiedad fue significativa para tener un bajo nivel educativo nivel, tener comorbilidad, tener índice de masa corporal menor a 21,3, mala salud dental, falta de participación social y no tener a quien consultar sobre problemas personales, mientras que el de tener depresión fue significativo para tener comorbilidad, índice de masa corporal menor a 21,3, mala visión y no tener a quién consultar sobre cuestiones personales.	Según el estudio realizado, la prevalencia de ansiedad entre los ancianos de Myanmar es de 39,4%, dentro del cual un 33,5% pertenece al género masculino y el 42,4% al género femenino. Según estos porcentajes, se puede evidenciar que las mujeres son más propensas a sufrir de ansiedad que los hombres. Además, los factores que influyen en la presencia de ansiedad son los siguientes: tener bajo nivel educativo, no tener participación social, no tener a quien consultar sobre problemas personales, índice de masa corporal (IMC) < 21,3, mala salud dental y comorbilidad. En cuanto a la depresión, la prevalencia es de 35,6%. De este porcentaje, el 33% pertenecía a la población masculina y un 36,9% a la femenina. Los factores que influyen significativamente en la presencia de depresión son: no tener a quién consultar por problemas personales, tener IMC < 21,3, mala visión y comorbilidades.
Autor: Cho et al.		
Año: 2021		
DOI: 10.1038/s41598-021-88621-w		

Prevalence and factors associated with depression in the elderly: a cross-sectional study

Prevalencia y factores asociados a la depresión en el anciano: un estudio transversal

Autor: Da Silva et al.

Año: 2020

DOI:

10.11606/ISSN.2176-7262.V53I3P205-214

Objetivo: Evaluar la asociación entre depresión y factores de riesgo de salud y sociodemográficos en el adulto mayor.

Métodos: Se realizó un estudio transversal en el que participaron 388 ancianos de ambos sexos, con edad igual o superior a 65 años, residentes en la ciudad de Cuiabá, Brasil. Se aplicaron las siguientes: Escala de Depresión Geriátrica, cuestionario sociodemográfico, autoinforme de enfermedades crónicas y estilo de vida, cuestionario de autoinforme de capacidad, ocurrencia de caídas, evaluación del estado mental y pruebas de antropometría.

Resultados: La depresión se asoció significativamente con: el nivel más bajo de educación, dependencia parcial o total de las actividades instrumentales de la vida diaria, tener cinco o más enfermedades, caídas en los últimos doce meses, sueño y dificultades visuales.

Según este estudio realizado, dentro de la población analizada se presentó una prevalencia de depresión leve/moderada del 38,4% y depresión severa del 3,1%. Se evidenció un mayor porcentaje de depresión en mujeres y el 17% de los ancianos que presentaron síntomas de depresión tenían entre 65 a 69 años. Los adultos mayores que presentaron síntomas de depresión moderada tuvieron niveles bajos de escolaridad. En conclusión, la depresión se asoció considerablemente con el nivel de escolaridad, el estado de las actividades instrumentales de la vida diaria (IADL) y de las actividades básicas de la vida diaria (ADL), la cantidad de enfermedades, rendimiento físico, caídas en el último año y, dificultades visuales y de sueño. Las enfermedades que más se asociaron con la presencia de depresión fueron hipertensión, diabetes mellitus, artritis, osteoporosis e incontinencia urinaria. A partir del análisis bruto de la regresión logística múltiple, se obtuvo que los adultos mayores con las siguientes características tienen más probabilidades de presentar depresión: baja escolaridad, dependencia parcial o total de las IADL y ADL, presencia de cinco o más enfermedades, incontinencia urinaria, problemas de sueño o visuales, bajo rendimiento y haber sufrido caídas en el año anterior.

Predictors of Depression Level among Community-Dwelling Elderly Persons

Predictores del nivel de depresión entre personas mayores de vivienda comunitaria

Autor: Liu et al.

Año: 2022

DOI: 10.3390/ijerph19159414

El objetivo principal fue investigar el nivel de depresión y factores relacionados entre los ancianos residentes en la comunidad. Se realizó un estudio transversal, y 150 participantes fueron entrevistados. Los cuestionarios incluyeron datos demográficos, la Medida de Independencia Funcional, la Lista de Evaluación de Apoyo Interpersonal, la Escala de Soledad de UCLA y la Escala de Depresión Geriátrica de Forma Corta. Se encontró que los participantes con diferentes niveles de depresión representaron el 26%, y el nivel de educación, estado de vida, enfermedad crónica, función de la vida diaria, el apoyo social y la soledad fueron factores significativos que influyeron en el nivel de depresión entre los ancianos residentes en la comunidad.

En cuanto al estudio realizado, el 26% de participantes presentaron diferentes niveles de depresión. el 12% presentó depresión leve, el 7,3% presentó depresión moderada y el 6,7% presentó depresión severa. Los factores que afectan al nivel de depresión son el nivel de educación, el estado de vida, las enfermedades crónicas, la función de la vida diaria, el apoyo social y soledad. Se encontró que un nivel bajo de educación, vivir con miembros de familia, tener enfermedades crónicas y la falta de apoyo social aumentan el nivel de depresión.

Prevalence of depression and associated factors among elderly people in Womberma District, north-west, Ethiopia

Este estudio tuvo como objetivo evaluar la prevalencia y factores asociados de depresión entre personas mayores en el distrito de Womberma, Etiopía. Se realizó un estudio transversal basado en la comunidad del 10 de marzo de 2020 al 8 de abril

Según el estudio realizado, la prevalencia de la depresión en los adultos mayores fue de 45%. Se evidenció mayores niveles de depresión en las personas de mayor edad, de sexo femenino, que han sufrido de una pérdida marital, con presencia de una enfermedad crónica conocida y con escaso apoyo social.

<p>Prevalencia de la depresión y factores asociados entre las personas mayores en Distrito de Womberma, noroeste, Etiopía</p> <p>Autor: Mulat et al.</p> <p>Año: 2021</p> <p>DOI: 10.1186/s12888-021-03145-x</p>	<p>de 2020. A partir de una población de estudio de 2269, 959 participantes del estudio fueron seleccionados. Los datos se recopilaron utilizando la escala de depresión geriátrica de 15 ítems mediante entrevistas cara a cara.</p> <p>Resultados: La prevalencia de depresión entre las personas mayores fue del 45 % . Ser mujer, el escaso apoyo social, ser divorciado o viudo, y la presencia de enfermedades crónicas conocidas fueron factores significativamente asociados con la depresión.</p>	<p>Según los resultados de los instrumentos aplicados, se obtuvo que las enfermedades que podrían contribuir a la presencia de depresión fueron: hipertensión, la diabetes mellitus, enfermedades cardíacas, epilepsia y VIH.</p>
<p>Prevalence of depression in the elderly population of Manisa and related risk factors</p> <p>Prevalencia de la depresión en la población anciana de Manisa y factores de riesgo relacionados</p> <p>Autor: Cengiz et al.</p>	<p>El presente estudio tuvo como objetivo determinar la prevalencia de síntomas depresivos en ancianos residentes en Manisa y revelar los posibles factores de riesgo.</p> <p>La población de este estudio transversal incluyó a 17760 personas mayores que vivían en el Distrito de Investigación y Educación en Salud de la Universidad Manisa Celal Bayar en 2017. Se utilizaron como herramientas de recolección de datos el Índice de Katz de Independencia en las</p>	<p>Según el estudio realizado, el 32% de los participantes presentaron síntomas de depresión.</p> <p>Se evidenció mayores niveles de depresión en adultos mayores con las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Residen en zonas rurales y semiurbanas - Sexo femenino - Niveles bajos de educación - Viven solos - Solteros - Falta de ingreso

Año: 2018

DOI: 10.31086/tjgeri.2018.65

Actividades de la Vida Diaria, la Escala de Depresión Geriátrica y formulario sociodemográfico.

Resultados: La edad media de los participantes fue de 72,70±6,35 años. El 56,3% de los ancianos participantes eran mujeres, el 44,3% eran graduados de la escuela primaria y el 19,6% vivían solos. Además, el 78,6% de ellos tenía al menos una enfermedad crónica que requería medicación continua. La prevalencia de síntomas depresivos fue del 32,8%.

- Tener enfermedades crónicas
- Tener historial de enfermedades psiquiátricas
- Tener malas percepciones de salud

Factors Related to the Depression Score in the Elderly at the Social Service of the Dharma Asri Binjai Nursing Home

Factores Relacionados con el Puntaje de Depresión en Adultos Mayores del Servicio Social del Hogar de Ancianos Dharma Asri Binjai

Autor: Selian et al.

Objetivo: Conocer los factores que afectan la puntuación de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS 15) en ancianos del Servicio Social del Hogar de Ancianos Dharma Asri Binjai.

Métodos: se utilizó un enfoque transversal para 91 sujetos desde junio hasta julio de 2020 utilizando muestreo aleatorio simple. Las pruebas realizadas en este estudio consistieron en una prueba bivariada y una prueba de regresión lineal multivariada para determinar qué factores están

Según el estudio realizado, las variables que influyen significativamente en los niveles de depresión son el sexo y Actividad de la vida diaria (AVD).

<p>Año: 2021</p> <p>DOI: 10.3889/oamjms.2021.6279</p>	<p>asociados con la depresión. El instrumento de medición utilizado fue el GDS 15.</p> <p>Resultados: Las variables que resultaron estadísticamente significativas para el puntaje total de depresión en los adultos mayores del hogar de ancianos Binjai Dharma Asri fueron Sexo y Actividad de la vida diaria (AVD).</p>	
<p>Trastornos del Ánimo y Demencia. Aspectos clínicos y estudios complementarios en el diagnóstico diferencial.</p> <p>Autor: Iribarne et al.</p> <p>Año: 2020</p> <p>DOI: 10.1016/j.rmclc.2020.02.001</p>	<p>Los trastornos del ánimo en el adulto mayor, especialmente de inicio tardío son difíciles de diferenciar de la demencia en su etapa inicial, por ello, es fundamental un diagnóstico diferencial para obtener una historia rigurosa tanto del paciente como de la familia, un examen mental y neurológico. Se complementa con un estudio neuropsicológico y con biomarcadores de demencia. Por lo que este artículo de revisión reúne elementos clínicos y estudios complementarios, con el objetivo de ayudar al psiquiatra en la tarea de diferenciar ambos cuadros.</p>	<p>El presente artículo tiene el objetivo de ayudar al psiquiatra a diferenciar los trastornos del ánimo con la demencia, por lo mismo, reúne elementos clínicos y estudios complementarios, en donde se muestran nuevas tecnologías de diagnóstico precoz para la demencia para casos complejos de diagnóstico diferencial. Se ha visto que la demencia, especialmente en sus etapas iniciales, comparte sintomatología con los trastornos del ánimo. Esto se explica probablemente porque se afectan los mismos circuitos neuronales.</p> <p>Los pacientes con depresión de inicio tardío muestran un 8% más de riesgo de demencia que aquellos sin síntomas depresivos a corto y mediano plazo, considerando la depresión un factor de riesgo, pródromo o expresión de una demencia. Se concluyó que aun cuando existe un estudio exhaustivo es probable que no sea posible distinguir ambas</p>

Síntomas neuropsiquiátricos como factor de confusión en la detección de la demencia

Autor: Córcoles et al.

Año: 2018

DOI: 10.1016/j.aprim.2017.01.015

Objetivo: Valorar si los síntomas neuropsiquiátricos interfieren en la detección de deterioro cognitivo y cuáles generan más confusión.

Diseño: Estudio observacional y descriptivo.

Emplazamiento: Equipo de psiquiatría de intervención en domicilio.

Participantes: Un total de 104 pacientes mayores de 65 años.

Mediciones principales: Todos los casos recibieron un diagnóstico según criterios DSM-IV-TR, de la misma manera, se incluyeron diferentes tipos de mediciones.

Resultados: El 55,8% de los pacientes derivados desde atención primaria tenían el MMSE alterado. Los síntomas neuropsiquiátricos más frecuentemente asociados a la sospecha de deterioro cognitivo fueron los delirios, las

patologías. Por lo tanto, solo la respuesta al tratamiento psiquiátrico y la evolución de la enfermedad permitirá hacer un diagnóstico certero.

La presente investigación es un estudio observacional y descriptivo que requiere valorar los síntomas neuropsiquiátricos para identificar si interfieren en la detección del deterioro cognitivo. Los resultados fueron que el 55% presentaron un MMSE alterado, los síntomas neuropsiquiátricos más frecuentes fueron los delirios, las alucinaciones, la agitación, la desinhibición, la irritabilidad y la conducta motora sin finalidad. Por lo tanto, la investigación explica que al detectar síntomas psiquiátricos de edad avanzada sin antecedentes de TMS debe existir una sospecha de un deterioro cognitivo y se debería administrar una prueba de cribado.

alucinaciones, la agitación, la desinhibición, la irritabilidad y la conducta motora sin finalidad.

¿Existe mayor riesgo de suicidio en pacientes diagnosticados de una enfermedad neurológica?

Autor: Alejos et al.

Año: 2020

DOI: 10.1016/j.nrl.2020.03.003

Introducción: El dolor físico y psicológico, la desesperanza y la desconexión con el medio están presentes tras el diagnóstico de procesos neurológicos y enfermedades neurodegenerativas.

Desarrollo: Existe un mayor riesgo de suicidio en pacientes con enfermedades neurológicas comunes, entre ellas, la enfermedad de Alzheimer. La ideación suicida aparece en la etapa próxima al diagnóstico.

Conclusiones: Para una prevención efectiva del suicidio debe evaluarse el riesgo principalmente en pacientes recién diagnosticados y en pacientes que presentan comorbilidad psiquiátrica (especialmente síntomas depresivos).

El estudio revisado trata sobre cómo las enfermedades neurológicas son la causa principal de la discapacidad y muerte. Revela que existen suficientes evidencias que indican un aumento en el riesgo dada la alta comorbilidad con procesos psiquiátricos en el Alzheimer. En los pacientes que presentan depresión como comorbilidad, el riesgo de suicidio aumenta marcadamente; así mismo, se evidencia que este riesgo se produce en pacientes recién diagnosticados o en pacientes con una comorbilidad psiquiátrica. Según lo dicho anteriormente, se determina la importancia de que los profesionales sanitarios evalúen el riesgo para una prevención efectiva.

Informe de la Fundación del Cerebro. Impacto social de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias

Autor: Villarejo et al.

Se ha realizado una revisión de los datos sobre la epidemiología, morbilidad, mortalidad, discapacidad, dependencia e impacto económico de la demencia y la enfermedad de Alzheimer en España.

Se realizó una revisión sobre la enfermedad la demencia, donde se recalca el aumento de la morbilidad, mortalidad, discapacidad y dependencia de los pacientes con Alzheimer, así mismo, una importante disminución de la calidad de vida y la supervivencia. Ante ello, estudios demuestran que en cuanto a la comorbilidad, en centros de atención primaria el

Año: 2021

DOI: 10.1016/j.nr1.2017.10.005

En la población de 65 años se estima una prevalencia entre el 4% y el 9%. La prevalencia es mayor en mujeres en casi todos los grupos de edad. La demencia provoca un aumento de la morbilidad, mortalidad, discapacidad y dependencia de los pacientes. Por esta razón, es necesario incrementar los recursos enfocados a fomentar la prevención, diagnóstico precoz, tratamiento que permitan reducir la carga sanitaria, social y económica de la demencia.

número medio de enfermedades fue de 3,7 por paciente con demencia frente a 2,4 por persona mayor de 65 años sin demencia tanto a nivel cerebral como cardíaco y periférico. Se recalcan los síntomas depresivos, los cuales constituyen el proceso psicopatológico más frecuente en estadios leves y moderados de la enfermedad, abarcando desde reacciones adaptativas a episodios de depresión mayor, registrando dichos síntomas en más de la mitad de los pacientes. Adicionalmente, se estima que la enfermedad de Alzheimer es responsable de un 4,9% de las muertes en mayores de 65 años, alcanzando un 30% en varones mayores de 85 años y un 50% en mujeres de la misma edad. Para la enfermedad de Alzheimer la mediana de supervivencia en estudios poblacionales es de 3,1 a 5,9 años, siendo menor cuanto más precoz sea su comienzo, peor sea la situación cognitiva y funcional, o exista comorbilidad sistémica. Así mismo, el Alzheimer se sitúa como la séptima causa de muerte, siendo mayor en mujeres que en varones.

¿Por qué la depresión empeora el curso y la respuesta al tratamiento en los trastornos neurológicos más

El objetivo del artículo es estudiar la relación de la prevalencia de síntomas conductuales y psiquiátricos en pacientes que acudieron a una consulta de neurología cognitiva, destacando sobre

Este artículo trata sobre la prevalencia de los síntomas conductuales y psiquiátricos en individuos con trastornos neurológicos, destacando la depresión y ansiedad. Tras la revisión se ha visto que la depresión no solo afecta la calidad

frecuentes? Implicaciones en la práctica clínica

Autor: Alcántara et al.

Año:2020

DOI: 10.1016/j.nrl.2018.02.001

todo depresión y ansiedad. Uno de cada 2 o 3 pacientes con los trastornos neurológicos más frecuentes, en algún momento han tenido algún trastorno depresivo. Sin embargo, existen numerosos estudios que sugieren que la depresión también puede preceder a las enfermedades neurológicas y hasta influir en su evolución, incluyendo la respuesta a los tratamientos farmacológicos.

de vida de los pacientes con enfermedades neurológicas, sino que también puede modificar su curso y gravedad. Deja de ser un cuadro neurológico con el riesgo de un trastorno psiquiátrico subsecuente, sino que lo reverso también puede ocurrir. Por lo tanto, la depresión puede ser parte del problema neurológico y no una señal independiente, y la depresión como síndrome produce tal impacto en la calidad de vida que hay que tratarla siempre. Se evidenció un mayor riesgo de desarrollar enfermedad de Alzheimer en pacientes con historia de depresión. Además, el riesgo era mayor en pacientes con antecedentes de depresión crónica.

La importancia de los síntomas psicológicos y conductuales (SPCD) en la enfermedad de Alzheimer

Autor: Pérez Romero y González Garrido

Año: 2018

DOI: 10.1016/j.nrl.2016.02.024

Objetivo: Se quiere destacar la importancia de estos síntomas el Alzheimer. Adicional, discutir el hecho de que no hayan sido incluidos como criterio dentro de la nueva clasificación DSM-V.

Desarrollo: Se realizó una búsqueda bibliográfica obteniendo un total de 12 artículos.

Conclusiones: Se destaca la importancia de estos síntomas ya que se encuentran en casi todos los pacientes, y la importancia de que sean introducidos como criterio diagnóstico en la clasificación DSM.

Se realizó una búsqueda bibliográfica sobre los síntomas psicológicos y conductuales de la enfermedad de Alzheimer, los cuales producen una afectación en las capacidades del paciente a nivel cognitivo y funcional. Dentro de los síntomas psicológicos están los delirios, las alucinaciones, las identificaciones erróneas, la depresión, la apatía y la ansiedad. Se considera a la depresión como un factor de riesgo en el Alzheimer y la apatía también como un síntoma común. Adicional, se discute que en el Alzheimer hay una serie de comorbilidades relacionadas con la conducta que también son importantes tales como el trastorno obsesivo

compulsivo, los trastornos del sueño o de la alimentación, las antes mencionadas aumentan el deterioro de los pacientes que las padecen. Así mismo, se recalca la importancia de su diagnóstico y manejo precoz para evitar estos efectos adversos, poner un tratamiento adecuado (farmacológico o no) a tiempo, para una adecuada atención. Por lo mismo, se discute el hecho de que no hayan sido incluidos como criterio dentro de la nueva clasificación DSM-V, se enfatiza sobre todo, la importancia de que si sean introducidos.

Neuropsychiatric or Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD): Focus on Prevalence and Natural History in Alzheimer's Disease and Frontotemporal Dementia

Autor: Laganá et al.

Año: 2022

DOI: 10.1016/j.aprim.2017.01.015

El objetivo de este estudio es examinar la prevalencia y la historia natural de los síntomas neuropsiquiátricos o conductuales y psicológicas (SDP) en una amplia cohorte de pacientes con la variante conductual del Alzheimer (EA) en tres etapas: (i) pre-T0 (antes del inicio de la enfermedad); (ii) T0 o enfermedad manifiesta (desde el inicio hasta los 5 años); (iii) T1 o avanzada (a partir de los 5 años). Los SDP afectan hasta el 90% de los sujetos con demencia a lo largo de su enfermedad. Los síntomas más representados fueron la apatía, la irritabilidad/labilidad afectiva y la agitación/agresión. El orden de aparición de los

El presente estudio retrospectivo examinó la prevalencia y la comparó con la historia natural de los síntomas neuropsiquiátricos o conductuales y psicológicos de la demencia De esta manera, se evidencio que los SDP más prevalentes (medidos con el NPI-Q) fueron la depresión (60,7%) la ansiedad (60,2%), la apatía (46,3%), la irritabilidad (38,9%) y los trastornos del sueño (32%). En cuanto a la edad, la Apatía estaba compuesta por los pacientes de mayor edad, mientras que la Ansiedad/ Depresión eran pacientes más jóvenes. En relación con el género, la irritabilidad estaba compuesta predominantemente por hombres, mientras que los pacientes clasificados en

síntomas neuropsiquiátricos en la EA fueron los trastornos del estado de ánimo (depresión, ansiedad) primeros.

Ansiedad/Depresión y Asintomática eran mayoritariamente mujeres.

Gender Differences in Neuropsychiatric Symptoms Among Community-Dwelling Mexican Americans Aged 80 and Older

Autor: Milani et al.

Año: 2021

DOI:

10.1177/1533317521104295

Objetivos: Evaluar las diferencias de género en la prevalencia de síntomas neuropsiquiátricos (SNP) entre estadounidenses de origen mexicano ≥ 80 años que viven en la comunidad.

Métodos de investigación: Se analizó los NPS de 914 participantes según lo determinado por el Inventario Neuropsiquiátrico (NPI). Se utilizaron modelos de regresión logística multivariante para probar la asociación de los NPS individuales con el género.

Resultados: La edad media de nuestra muestra era de 86,1 años, y el 65,3% eran mujeres. Después del ajuste, las mujeres tenían menores probabilidades que los hombres de sufrir agitación/ agresión, pero mayores probabilidades de disforia/ depresión y ansiedad.

Discusión: Reconocer las diferencias de género en el fenotipo de las NPS podría ayudar a guiar el

Se ha visto la importancia de examinar los síntomas neuropsiquiátricos (SNP) de personas muy mayores, ya que pueden ser un indicio temprano de demencia. Por lo dicho anteriormente, se evalúa las diferencias de género de los SNP. Y los hallazgos han sido los siguientes: en cuanto a los hombres, la agitación/agresión fue el síntoma más común, mientras que entre las mujeres, la disforia/depresión fue la más común. Las mujeres presentaban ansiedad y alucinaciones con mayor frecuencia que los hombres. Así también, se realizó una comparación entre hispanos y estadounidenses y se halló que los hispanos mostraron con más frecuencia apatía y ansiedad, mientras que los estadounidenses mostraron con más frecuencia apatía y depresión. Los hispanos también tenían más síntomas neuropsiquiátricos en comparación con los no hispanos.

desarrollo de programas de detección y tratamiento de las NPS culturalmente apropiadas.

Association between dementia and psychiatric disorders in long-term care residents
An observational clinical study

Autor: Tori et al.

Año: 2020

DOI:

10.1097/MD.00000000000021412

Se examinó la relación entre la demencia y los diagnósticos de trastornos psiquiátricos
Es un estudio clínico de observación.
255 personas con y sin diagnóstico de demencia fueron incluidas en este estudio.
Las preguntas del cuestionario de calidad de vida (EQ-5D-3L) que proporciona información sobre el autocuidado, la ansiedad/ depresión. Se realizó un análisis de regresión logística para comprender la relación entre los diagnósticos de demencia y enfermedad mental en los centros de larga duración. El 65,1% de todos los residentes sufría al menos un trastorno psiquiátrico. La edad y la EPOC también se asociaron estadísticamente con la demencia.

En el estudio, se evalúa la relación entre la demencia y los trastornos psiquiátricos presentes entre los residentes de larga duración en centros de atención a largo plazo. El Alzheimer se asoció positiva y significativamente con el diagnóstico de cualquier enfermedad mental. Se encontró que 53,33% fueron diagnosticados con al menos 1 trastorno psiquiátrico, entre los cuales 83,82% eran mujeres y 16,18% eran hombres. La ansiedad fue el trastorno más común ,seguido de la depresión y el insomnio. Además, dos tercios de los casos diagnosticados clínicamente de demencia y la enfermedad de Alzheimer se dan entre las mujeres, y una razón principal parece ser que las mujeres tienen una mayor esperanza de vida. Por lo tanto, se concluye que el personal de las residencias de ancianos sigue teniendo problemas identificando signos de trastornos psiquiátricos. Por esta razón, es necesario realizar más estudios para asegurarse de que los síntomas neuropsiquiátricos se diagnosticados correctamente como síntomas neuropsiquiátricos, y no sean nuevos trastornos psiquiátricos.

Differences in Clinical Presentation of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia in Alzheimer's Disease According to Sex and Education Level

Autor: Chang et al.

Año: 2020

DOI: 10.3233/JAD-200507

Objetivo: Identificar las asociaciones entre los factores demográficos/genéticos y las presentaciones clínicas de los síntomas conductuales y psicológicos de la demencia (SCPD).

Métodos: En una cohorte de 463 pacientes se analizó el sexo, el nivel de educación, la gravedad de la enfermedad.

Resultados: se observó un mayor número de pacientes de sexo femenino (62,96%) y un menor nivel de educación en comparación con los pacientes SCPD con leve. Las mujeres tenían un nivel de estudios más bajo y puntuaciones más altas en depresión/disforia en comparación con los hombres. Los pacientes con un nivel de educación alto tuvieron puntuaciones más altas en apetito/comida que los que no tenían.

El presente estudio buscó identificar factores demográficos/genéticos y las presentaciones clínicas de los síntomas conductuales de la demencia, dentro de ello, se evidencio lo siguiente; los pacientes con mayores SCPD eran mujeres, significativamente mayores y de menor educación. Las pacientes tenían puntuaciones más altas de depresión/disforia que los hombres. Adicional, existe una tendencia de las mujeres de desarrollar ansiedad, apatía/indiferencia, y apetito/ anomalías alimentarias. Los niveles reducidos de estrógenos en las mujeres posmenopáusicas y una menor reserva cognitiva relacionada con menos años de educación pueden contribuir a la función cognitiva en pacientes femeninos con Alzheimer. Por último, se concluye que se necesitan más análisis para identificar más factores asociados con las manifestaciones de SCPD y establecer programas terapéuticos adaptados a cada paciente con Alzheimer.

Análisis de Resultados

Para la realización de la presente revisión sistemática se incluyeron 19 artículos que estudiaban la depresión y ansiedad en adultos mayores con y sin Alzheimer.

Ansiedad y Depresión en Adultos Mayores.

Para la revisión de ansiedad y depresión en adultos mayores sin Alzheimer se incluyeron 9 artículos, de los cuales ocho estudiaban la depresión en los ancianos y un artículo se enfocó en la ansiedad y depresión. En cuanto a la ansiedad, se evidenció una prevalencia de 39,4%, y según el estudio realizado se obtuvo que los factores que influyen en la presencia de ansiedad son los siguientes: tener bajo nivel educativo, no tener participación social, no tener a quien consultar sobre problemas personales, índice de masa corporal menor a 21,3, mala salud dental y presencia de comorbilidades.

Al analizar los artículos que se enfocaron en la depresión, se obtuvo que sí existía prevalencia de ésta en los ancianos, sin embargo los porcentajes eran bajos (media = 37,02%). En la mayoría de los estudios, se evidenció que la presencia de la depresión se debía principalmente a factores como la edad, género, el nivel de escolaridad, estado civil, enfermedades crónicas, nivel de apoyo social, el estado de actividades de vida diaria y la zona/ lugar de residencia. Además de estos, se obtuvo que la calidad de sueño, el estado de la visión, las actividades instrumentales de la vida diaria (IADL), el bajo rendimiento físico y caídas en el último año influyen en la prevalencia de la depresión, pero no de una manera significativa. Es importante mencionar que las enfermedades crónicas que más se asociaban a la presencia de depresión fueron la hipertensión, diabetes mellitus, y enfermedades óseas y enfermedades cardiacas. Otras enfermedades que se mencionaron pero no fueron tan significativas son: incontinencia urinaria, epilepsia, hiper e hipotiroidismo, y VIH.

Se evidenció mayores niveles de depresión en adultos mayores con las siguientes características:

- Sexo femenino
- Niveles bajos de educación (educación primaria y por debajo)
- Solteros
- Presencia de enfermedades crónicas
- Falta de apoyo social
- Dificultad para realizar actividades básicas de la vida diaria

Ansiedad y Depresión en Adultos Mayores con Alzheimer.

Para la revisión de ansiedad y depresión en adultos mayores con Alzheimer se incluyeron 10 artículos de los cuales 4 fueron abordados solo en depresión de pacientes con Alzheimer. Dentro de ello se estableció en la mayoría de los artículos que la depresión aparece como un factor de riesgo pródromo, como una expresión de una demencia, o como una consecuencia de la misma, afectando la calidad de vida de los pacientes y modificando su curso y gravedad. Se evidenció que los síntomas depresivos constituyen el proceso psicopatológico más frecuente en estadios leves y moderados de la enfermedad, los cuales producen una afectación en las capacidades del paciente a nivel cognitivo y funcional, adicional, se encontró al Alzheimer como responsable de muertes en estos pacientes ubicando a esta enfermedad como la séptima causa de muerte, siendo mayor en mujeres que en varones. El resto de los artículos consultados tuvieron un enfoque en síntomas neuropsicológicos en donde los principales fueron la depresión y ansiedad siendo más comunes en pacientes mujeres, la apatía, más común en pacientes de mayor edad, la irritabilidad y trastornos de sueño. Además, existió una comparación entre hispanos y estadounidenses en donde se halló que los hispanos mostraron más síntomas con mayor frecuencia de apatía y ansiedad, mientras que los estadounidenses mostraron con más frecuencia apatía y depresión.

Se evidenció mayores niveles de depresión y ansiedad en pacientes con Alzheimer con las siguientes características:

- Sexo femenino
- Etapas anteriores a los síntomas/ etapas tempranas de la enfermedad
- Mayores de 65 años
- Hispanos

Capítulo 5

Discusión y conclusiones

Discusión

En la presente revisión sistemática se ha analizado profundamente y se ha realizado una comparación acerca de la prevalencia de ansiedad y depresión en personas con y sin Alzheimer. Dentro de la revisión de ansiedad en adultos mayores que viven en la comunidad, los resultados demuestran que hubo una prevalencia de 39,4%, sin embargo, según Kwak et al. (2017), la prevalencia es del 2 al 7%, lo que demuestra una diferencia significativa. Además, según la revisión realizada, se obtuvo que factores que influyen en la prevalencia de ansiedad son: bajo nivel educativo, escasa participación social, no tener a quien consultar sobre problemas personales, índice de masa corporal menor a 21,3, mala salud dental y presencia de comorbilidades, sin embargo, según De Beurs (1999), los factores que influyen en el malestar de los adultos mayores con ansiedad son enfermedades crónicas y limitaciones funcionales.

En cuanto a la depresión, al realizar una media de los porcentajes de prevalencia que se obtuvieron de los artículos revisados, la prevalencia de depresión fue de 37,02%, siendo un valor no tan significativo, distinto a lo que expresan Durán-Badillo et al. (2021) que la depresión es un trastorno mental muy frecuente en la población envejecida. En la mayoría de los estudios analizados, se evidenció que la presencia de la depresión se debía principalmente a factores como la edad, género, el nivel de escolaridad, estado civil, enfermedades crónicas, nivel de apoyo social, el estado de actividades de vida diaria y la zona/ lugar de residencia. Además, dentro de las enfermedades crónicas que más se asociaban a la presencia de depresión fueron la hipertensión, diabetes mellitus, y enfermedades óseas y cardíacas. Esto se puede corroborar con el estudio realizado por Calderón (2018), en el que indica que los factores de riesgo más importantes de la depresión se categorizan de la siguiente forma:

- a. Demográficos: dentro de esta categoría, en la que se incluyen variables como edad, género, estructura familiar y niveles educativos, estudios han encontrado relación entre depresión, divorcio, viudez, soledad y bajo nivel de instrucción.
- b. Biológicos:
 - Enfermedad orgánica: Se ha demostrado una relación entre la depresión y enfermedades cardiovasculares.
 - Deterioro funcional: la limitación funcional en los adultos mayores, así como la disminución de las actividades de la vida diaria.
- c. Sociales: se ha encontrado una relación entre la depresión y el aislamiento.

Hay ciertas discrepancias entre la información recolectada de la revisión y el estudio de Calderón (2018). Entre estas, se encuentra que, en la revisión, los problemas en el sueño no era un factor significativo para la prevalencia de depresión, sin embargo según Calderón si es un factor de riesgo común. Además, él menciona que la situación económica influye en el estado de ánimo, sin embargo, dentro de los artículos revisados, este factor nunca fue un riesgo.

Por otro lado, al realizar la revisión de ansiedad y depresión en adultos mayores con Alzheimer, se evidenció a dichos trastornos como un factor de riesgo de la enfermedad (Botto et al., 2022). De tal manera que adultos mayores con depresión de inicio tardío muestran un 8% más de riesgo de demencia que aquellos sin síntomas depresivos a corto y mediano plazo, del mismo modo, se encuentra a la depresión un factor de riesgo, pródromo o expresión de una demencia (Iribarne et al., 2020). Este hallazgo se corrobora con el estudio Nieto (2002), el cual indica que entre 7,5 y 15% de los pacientes con Alzheimer, sufren de depresión mayor en los años precedentes a los inicios de los síntomas de demencia, y que un 10% de pacientes que son remitidos por sospecha de Alzheimer, sufren un trastorno afectivo. De la misma

manera, según los artículos revisados, se evidencia un mayor riesgo de desarrollar Alzheimer en individuos con historia de depresión, demostrando mayor riesgo en personas con antecedentes de depresión crónica (Alcántara et al., 2020).

Adicional, se recalca que los síntomas depresivos y ansiosos constituyen el proceso psicopatológico más frecuente en estadios leves y moderados de la enfermedad, abarcando desde reacciones adaptativas a episodios de depresión mayor, se registran dichos síntomas en más de la mitad de los pacientes (Villarejo et al., 2021). De la misma manera, en el artículo de Laganá et al. (2022) se encontró que los síntomas neuropsiquiátricos y conductuales más prevalentes fueron la depresión (60,7%) la ansiedad (60,2%), la apatía (46,3%), la irritabilidad (38,9%) y los trastornos del sueño (32%). Con lo hallado anteriormente en ambos artículos, se corrobora en el estudio de El-Tallawy et al. (2022) que existen altos niveles de ansiedad y depresión en adultos mayores con Alzheimer, dicho estudio indica que se observan en el 90% de los pacientes con Alzheimer y son frecuentes en aquellos en riesgo de la enfermedad (Lyketsos CG, et al., 2012 como se cita en Hunsberger et al., 2021). Adicionalmente, coincide con los anteriores artículos investigados, refiriendo que no son solo comorbilidades o resultados del trastorno neurocognitivo mayor, sino que también son factores de riesgo para la enfermedad. De igual manera, se obtiene que los resultados de la escala de depresión en pacientes geriátricos con Alzheimer fueron que el 52% de los pacientes tienen depresión leve, el 22.5% depresión severa, y el 25% no están deprimidos; se concluye que los cambios en el comportamiento y la emoción son las principales manifestaciones clínicas en el Alzheimer siendo la depresión más común entre los pacientes. De la misma forma, el estudio de Botto et al. (2022), indica que en las etapas tempranas de la enfermedad, la ansiedad y la depresión podrían surgir como una reacción psicológica a la enfermedad y debido a las difusiones en la adaptación al Alzheimer son más intensas al inicio por el impacto de la enfermedad en el individuo ya sea por cambios de vida, roles,

responsabilidades, dificultades en la socialización y también por la progresión rápida de la enfermedad. Además, se vio que durante las etapas tardías, el deterioro cognitivo grave reduce las respuestas emocionales y su expresión.

Al revisar los trastornos comórbidos del Alzheimer, se encontraron artículos que señalan la dificultad que existe al momento de distinguir las patologías. Por lo tanto, en el artículo realizado por Iribarne et al. (2020) se indica que aun cuando existe un estudio exhaustivo es probable que no sea posible distinguir ambas patologías. Por lo tanto, solo la respuesta al tratamiento psiquiátrico y la evolución de la enfermedad permitirá hacer un diagnóstico certero, se ratifica dicha información con la investigación de Ringman (2005), donde el autor indica que podría ser complicado el diagnóstico en etapas tempranas, las comorbilidades médicas y las psiquiátricas (como la depresión y ansiedad) también se asocian con el envejecimiento y podrían ser confundidas ya que presentan síntomas que son difícil de diferenciar en una etapa temprana.

Sin embargo, al realizar la revisión sistemática, se encontraron nuevos hallazgos, primeramente, Pérez Romero y González Garrido (2018) encuentran que en el Alzheimer hay una serie de comorbilidades relacionadas con la conducta que también son importantes tales como el trastorno obsesivo compulsivo, los trastornos del sueño o de la alimentación, las antes mencionadas aumentan el deterioro de los pacientes que las padecen. Por otro lado, Alejos et al. (2020) indican que en adultos mayores que presentan depresión como comorbilidad, aumenta el riesgo de suicidio marcadamente, evidenciando que este riesgo se produce en pacientes recién diagnosticados o en pacientes con una comorbilidad psiquiátrica. Asimismo, al revisar el artículo de Villarejo et al (2021), se encuentra que el Alzheimer es responsable de un 4,9% de las muertes en mayores de 65 años, alcanzando un 30% en varones mayores de 85 años y un 50% en mujeres de la misma edad, situando al Alzheimer como la séptima causa de muerte, siendo mayor en mujeres que en varones. Otro hallazgo,

fue que en cuanto al género, la ansiedad y depresión estaba más presente en mujeres (Laganá et al., 2022; Milani et al., 2021). Igualmente, el artículo de Tori et al. (2020) indica que el Alzheimer se asoció positiva y significativamente con el diagnóstico de cualquier enfermedad mental. Se encontró que 53,33% fueron diagnosticados con al menos 1 trastorno psiquiátrico, entre los cuales 83,82% eran mujeres y 16,18% eran hombres siendo la ansiedad el trastorno más común ,seguido de la depresión y el insomnio. Adicionalmente, se encontró que los hispanos tenían más síntomas neuropsiquiátricos en comparación con los estadounidenses (Milani et al., 2021).

Conclusión

El objetivo de la presente investigación fue realizar una revisión de literatura que sirva como sustento teórico para comparar la ansiedad y depresión entre pacientes con trastorno neurocognitivo mayor tipo Alzheimer y adultos mayores sin trastorno. Los resultados de la presente investigación están elaborados según el método PRISMA, utilizando los buscadores Scopus, Redalyc, Science-Direct, y se obtuvo un total de 19 artículos tras aplicar los criterios de inclusión.

En cuanto a los adultos mayores sin Alzheimer, se obtuvo que los factores de riesgo que mayormente influyen en la prevalencia de ansiedad son: género, presencia de enfermedades crónicas, edad, nivel de escolaridad, estado civil, nivel de apoyo social, el estado de actividades de vida diaria y la zona/ lugar de residencia. Tras el análisis de los artículos, se obtuvo que existe mayor prevalencia de estos trastornos en personas con las siguientes características: edad avanzada, género femenino, niveles de escolaridad bajos, escaso apoyo social y dificultades para realizar actividades básicas de la vida diaria.

En cuanto a la sintomatología ansiosa y depresiva en el Alzheimer, se encontró que se produce una afectación en las capacidades del paciente a nivel cognitivo y funcional,

afectando no solo la calidad de vida de los pacientes con enfermedades neurológicas, sino que, al ser acompañado de dichos trastornos, también pueden modificar su curso y gravedad. Adicional, se encontró que esta sintomatología se encuentra más en mujeres que en varones, aparece como factor de riesgo, y existe una mayor prevalencia en etapas anteriores a los síntomas o etapas tempranas de la enfermedad.

Se puede concluir que, en adultos mayores sin Alzheimer, hubo prevalencia de ansiedad y depresión, sin embargo, los porcentajes eran bajos en comparación con los ancianos que sí presentan la patología. En los adultos mayores con Alzheimer, se identificó que los trastornos más frecuentes dentro de la enfermedad fueron la ansiedad y la depresión, presentando niveles altos en etapas tempranas.

Referencias y Anexos

Referencias

- Abete, P., Testa, G., Della Morte, D., Mazzella, F., Galizia, G., D'Ambrosio, D., Visconti, C., Gargiulo, G., Cacciatore, F., & Rengo, F. (2004). Comorbidity in the elderly: Epidemiology and clinical features [La comorbilità nell'anziano: Epidemiologia e caratteristiche cliniche]. *Giornale di Gerontologia*, 52(5), 267-272. Recuperado de: <https://www-scopus-com.vpn.ucacue.edu.ec/record/display.uri?eid=2-s2.0-25444521327&origin=resultlist&sort=plf-f&src=s&st1=comorbidity+in+the+elderly%3a+Epidemiology+and+clinical+features&sid=23ebc4758aa7fcf1b000a6b9de21510f&sot=b&sdt=b&sl=77&s=TITLE-ABS-KEY%28comorbidity+in+the+elderly%3a+Epidemiology+and+clinical+features%29&relpos=2&citeCnt=16&searchTerm=>
- Alcántara Montero, A., & Sánchez Carnerero, C. I. (2020). ¿Por qué la depresión empeora el curso y la respuesta al tratamiento en los trastornos neurológicos más frecuentes? Implicaciones en la práctica clínica. *Neurología*, 35(5), 338-340. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2018.02.001>
- Alejos, M., Vázquez-Bourgon, J., Santurtún, M., Riancho, J., & Santurtún, A. (2020). ¿Existe mayor riesgo de suicidio en pacientes diagnosticados de una enfermedad neurológica? *Neurología*. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2020.03.003>
- Allegri, R. F., Arizaga, R. L., Bavec, C. V., Colli, L. P., Demey, I., Fernández, M. C., Frontera, S. A., Garau, M. L., Jiménez, J. J., Golimstok, A., Kremer, J., Labos, E., Mangone, C. A., Ollari, J. A., Rojas, G., Salmi, O., Ure, J. A., & Zuin, D. R. (2011). Enfermedad de Alzheimer. Guía de práctica clínica. *Neurología Argentina*, 3(2), 120-137. [https://doi-org.vpn.ucacue.edu.ec/10.1016/S1853-0028\(11\)70026-X](https://doi-org.vpn.ucacue.edu.ec/10.1016/S1853-0028(11)70026-X)

- Álvarez Vázquez, B., López Escudero, P. D. J., & González Gacel, J. (2021). Demencia frontotemporal desde una mirada neuropsicológica. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 50(3). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572021000300026
- Aly, H. Y., Hamed, A. F., & Mohammed, N. A. (2018). Depression among the elderly population in Sohag governorate. *Saudi medical journal*, 39(2), 185. DOI: 10.15537/smj.2018.2.21353
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Arlett, M. Q. J., Karellys, M. V. L., Joel, A. P. J., & Alfredo, G. G. M. (2021). Relación entre alteraciones cognitivas y depresión en pacientes con Alzheimer en Ecuador. INSPILIP. *Revista Ecuatoriana de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud Pública*, 5(2). DOI: 10.31790/inspilip.v5i2.29
- Baquero, M., Blasco, R., Campos-García, A., Garcés, M., Fages, E. M., & Andreu-Català, M. (2004). Estudio descriptivo de los trastornos conductuales en el deterioro cognitivo leve. *Revista de Neurología*, 38(04), 323. <https://doi.org/10.33588/rn.3804.2003541>
- Blanco, L. R., Arró, O. S., Noy, G. L., & Rodríguez, M. C. (2013). Comportamiento de la depresión en el adulto mayor del policlínico Cristóbal Labra. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 29(1). Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedgenint/cmi-2013/cmi131i.pdf>
- Botto, R., Callai, N., Cermelli, A., Causarano, L., & Rainero, I. (2022). Anxiety and depression in Alzheimer's disease: a systematic review of pathogenetic mechanisms and relation to cognitive decline. *Neurological Sciences*, 43(7), 4107–4124. <https://doi.org/10.1007/s10072-022-06068-x>

- Brejyeh, Z. & Karaman, R. (2020). Comprehensive Review on Alzheimer's Disease: Causes and Treatment. *Molecules*, 25(24), 5789. <https://doi.org/10.3390/molecules25245789>
- Breitve, M. H., Hynninen, M. J., Brønnick, K., Chwiszczuk, L. J., Auestad, B. H., Aarsland, D., & Rongve, A. (2016). A longitudinal study of anxiety and cognitive decline in dementia with Lewy bodies and Alzheimer's disease. *Alzheimer's Research & Therapy*, 8(1). <https://doi.org/10.1186/s13195-016-0171-4>
- Brodaty, H., & Connors, M. H. (2020). Pseudodementia, pseudo-pseudodementia, and pseudodepression. *Alzheimer's & Dementia: Diagnosis, Assessment & Disease Monitoring*, 12(1), e12027. DOI: 10.1002/dad2.12027
- Burke, A. D., Goldfarb, D., Bollam, P., & Khokher, S. (2019). Diagnosing and treating depression in patients with Alzheimer's disease. *Neurology and therapy*, 8(2), 325-350. Recuperado de: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40120-019-00148-5>
- Calderón, D. (2018). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Revista Médica Herediana*, 29(3), 182-191. Recuperado de: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RMH/article/view/3408/3570>
- Camacho, V., Gómez-Grande, A., Sopena, P., García-Solís, D., Gómez, M., Lorenzo, C., Rubí, S., & Arbizu, J. (2018). PET amiloide en enfermedades neurodegenerativas que cursan con demencia. *Revista Española de Medicina Nuclear e Imagen Molecular*, 37(6), 397-406. <https://doi.org/10.1016/j.remn.2018.03.004>
- Caro, R. (2018). Demencia, una actualización necesaria. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Ronny-Caro-Gonzalez/publication/330510121_Demencia_una_actualizacion_necesaria_Dementia_a_necessary_updating/links/5c44f02592851c22a384955d/Demencia-una-actualizacion-necesaria-Dementia-a-necessary-updating.pdf

- Cengiz, B., Elbi, H., & Serifhan, M. (2018). Prevalence of depression in the elderly population of manisa and related risk factors. *Turkish Journal of Geriatrics/Türk Geriatri Dergisi*, 21(4). DOI: 10.31086/tjgeri.2018.65
- Chang, K. H., Huang, C. C., Chen, C. M., Wu, H. C., & Kuo, H. C. (2020). Differences in Clinical Presentation of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia in Alzheimer's Disease According to Sex and Education Level. *Journal of Alzheimer's Disease*, 78(2), 711-719. DOI: 10.3233/JAD-200507
- Cho, S. M., Saw, Y. M., Saw, T. N., Then, T. M., Khaing, M., Khine, A. T., Kariya, T., Soe, P. P., Oo, S., & Hamajima, N. (2021). Prevalence and risk factors of anxiety and depression among the community-dwelling elderly in Nay Pyi Taw Union Territory, Myanmar. *Scientific Reports*, 11(1), 1-9. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-88621-w>
- Christensen, A., & Pike, C. J. (2015). Menopause, obesity and inflammation: interactive risk factors for Alzheimer's disease. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 7, 130. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2015.00130>
- Córcoles, D., Malagón, A., Bellsolà, M., Gonzalez, A., Cortizo, R., Leon, J., Bulbena, A., Pérez, V., & Martín, L. M. (2018). Síntomas neuropsiquiátricos como factor de confusión en la detección de la demencia. *Atención Primaria*, 50(5), 267-273. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.01.015>
- Cui, L., Ding, D., Chen, J., Wang, M., He, F., & Yu, S. (2022). Factors affecting the evolution of Chinese elderly depression: a cross-sectional study. *BMC geriatrics*, 22(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02675-z>
- Custodio, N., Montesinos, R., & Alarcón, J. O. (2018). Evolución histórica del concepto y criterios actuales para el diagnóstico de demencia. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 81(4), 235. <https://doi.org/10.20453/rnp.v81i4.3438>

- Da Silva Mattos, T., Fett, C. A., Stoppiglia, L. F., Neves, T., Figueiredo, K. R. F. V., Rodrigues, R. A. S., & Fett, W. C. R. (2020). Prevalence and factors associated with depression in the elderly: a cross-sectional study. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 53(3), 205-214. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v53i3p205-214>
- Da Silva Rodrigues, C. Y., Hernández Ramos, M. T., Carvalho Figueiredo, P. A., & Romero Lara, E. (2018). Cambios en la personalidad y depresión en adultos mayores con enfermedad de Alzheimer. *Ciencias Psicológicas*, 12(2), 231-237. Recuperado de: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-42212018000200231&script=sci_arttext
- Da Silva, C. Y., & Carvalho, P. A. (2017). Influencia de la depresión en cambios de personalidad del adulto mayor con enfermedad de Alzheimer incipiente. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 22(1), 103-109. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/292/29251161009.pdf>
- De Beurs, E., Beekman, A. T. F., Van Balkom, A. J. L. M., Deeg, D. J. H., Van Dyck, & Van Tilburg, W. (1999). Consequences of anxiety in older persons: its effect on disability, well-being and use of health services. *Psychological medicine*, 29(3), 583-593. <https://doi.org/10.1017/s0033291799008351>
- De la Barrera, M. L., & Donolo, D. (2009). Diagnóstico diferencial de envejecimiento patológico. Desempeños en el Addenbrooke's Cognitive Examination (ACE). *Pensamiento psicológico*, 5(12), 45-58. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/801/80111899004.pdf>
- De la Rubia Ortí, J. E., Espinós, P. S., & Cabañés Iranzo, C. (2014). Physiological Impact of Music Therapy on Depression, Anxiety and Well-Being of Patients with Dementia of Alzheimer's Type. Assessment of the Use of Questionnaires to Quantify it. *European*

Journal of Investigation in Health, Psychology and Education, 4(2), 131–140.

<https://doi.org/10.3390/ejihpe4020012>

Delacourte, A. (2002). Fisiopatología de la enfermedad de Alzheimer. *EMC - Tratado de Medicina*, 6(4), 1–11. [https://doi.org/10.1016/s1636-5410\(02\)70234-1](https://doi.org/10.1016/s1636-5410(02)70234-1)

Donoso, A. (2003). La enfermedad de Alzheimer. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 41, 13-22. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272003041200003>

Duran-Badillo, T., Benítez-Rodríguez, V., de la Luz Martínez-Aguilar, M., Gutiérrez-Sánchez, G., Herrera-Herrera, J., & Salazar-Barajas, M. (2021). Depresión, ansiedad, función cognitiva y dependencia funcional en adultos mayores hospitalizados. *Enfermería Global*, 20(1), 267-284. Recuperado de: <https://revistas.um.es/eglobal/article/download/422641/297491>

El-Tallawy, H. N., Saadeldin, H. M., Ezzeldin, A. M., Tohamy, A. M., Eltellawy, S., Bathalath, A. M., & Shehab, M. M. (2022). Genetic, clinical, and biochemical aspects of patients with Alzheimer's disease. *The Egyptian Journal of Neurology, Psychiatry, and Neurosurgery*, 58(1). <https://doi.org/10.1186/s41983-022-00455-z>

Férez, J. (2005). *La Bioética Ante La Enfermedad de Alzheimer (EA)*. Universidad Pontificia Comillas. Recuperado de: <https://www.edescllee.com/img/cms/pdfs/9788433020284.pdf>

Fernández-Blázquez, M. A., Ávila-Villanueva, M., López-Pina, J. A., Zea-Sevilla, M. A., & Frades-Payo, B. (2015). Propiedades psicométricas de una nueva versión abreviada del State-Trait Anxiety Inventory (STAI) para valorar el nivel de ansiedad en personas mayores. *Neurología*, 30(6), 352–358. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2013.12.015>

Ferretti, M. T., Iulita, M. F., Cavedo, E., Chiesa, P. A., Schumacher Dimech, A., Santucciono Chadha, A., Baracchi, F., Girouard, H., Misoch, S., Giacobini, E., Depypere, H., &

- Hampel, H. (2018). Sex differences in Alzheimer disease — the gateway to precision medicine. *Nature Reviews Neurology*, *14*(8), 457–469. <https://doi.org/10.1038/s41582-018-0032-9>
- Franco, C., Amutio, A., Mañas, I., Gázquez, J. J., & Pérez-Fuentes, M. D. C. (2017). Reducing anxiety, geriatric depression and worry in a sample of older adults through a mindfulness training program. *Terapia psicológica*, *35*(1), 71–79. <https://doi.org/10.4067/s0718-48082017000100007>
- García, H. B. (2012). La depresión: etiología y tratamiento. *Ciencia y sociedad*, *37*(2), 183-197. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/7415847.pdf>
- González, J. A., Valdés, M., Iglesias, S., García, M. A., & González, D. (2018). La depresión en el anciano. *NPunto*, *50*(50), 1-50. Recuperado de: <https://www.npunto.es/revista/8/la-depresion-en-el-anciano>
- Guerra, J. J. L., Arjona, L. G., & Marante, J. P. D. (2014). Demencias y enfermedad de Alzheimer un recorrido por la historia. *GeroInfo*, *9*(1). Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/geroinfo/ger-2014/ger141b.pdf>
- Hashemi, Z., Eyni, S., & Ebadi, M. (2022). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy in Depression and Anxiety in People with Substance Use Disorder. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, *16*(1). Recuperado de: DOI: 10.5812/ijpbs.110135
- Herrera Gómez, P. M., Ochoa-Orozco, S. A., & Jaramillo Toro, C. (2021). Cannabinoids for major neurocognitive disorder: case report and literature review. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, *50*(1), 47–51. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2019.07.002>

- Hunsberger, H. C., Lee, S., Cha, J., Jayaseelan, K., Scarlata, M., Whye, A., McGowan, J., & Denny, C. A. (2021). Anxiety throughout Alzheimer's disease progression: In mice and (wo)men. *Alzheimer's & Dementia*, *17*(S3). <https://doi.org/10.1002/alz.051065>
- Iribarne, C., Renner, V., Pérez, C., & de Guevara, D. L. (2020). Trastornos del Ánimo y Demencia. Aspectos clínicos y estudios complementarios en el diagnóstico diferencial. *Revista Médica Clínica Las Condes*, *31*(2), 150-162. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.02.001>
- Jayaraman, A., and Pike, C. J. (2014). *Alzheimer's disease and type 2, diabetes: multiple mechanisms contribute to interactions. Current diabetes reports*, *14*(4), 1-9. DOI: 10.1007/s11892-014-0476-2
- Julián, V. A. (2005). Estimulación cognitiva con enfermos de Alzheimer. In Envejecimiento, salud y dependencia (pp. 153-172). *Universidad de La Rioja*. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/1165494.pdf>
- Klyucherev, T. O., Olszewski, P., Shalimova, A. A., Chubarev, V. N., Tarasov, V. V., Attwood, M. M., Syvänen, S., & Schiöth, H. B. (2022). Advances in the development of new biomarkers for Alzheimer's disease. *Translational Neurodegeneration*, *11*(1). <https://doi.org/10.1186/s40035-022-00296-z>
- Krombach, J., Hörmann, S., Huber, C., Hölzle, P., & Förstl, H. (2021). Old and depressed and/or demented? Pseudodepression vs pseudodementia. *DMW-Deutsche Medizinische Wochenschrift*, *146*(07), 487-492. DOI: 10.1055/a-1180-2417
- Kwak, Y., Yang, Y., & Koo, M. (2017). Anxiety in Dementia. *Dementia Neurocognitive Disorder*, *2017*; *16*(2):33-39. 1-7. <https://doi.org/10.12779/dnd.2017.16.2.33>
- Laganà, V., Bruno, F., Altomari, N., Bruni, G., Smirne, N., Curcio, S., Mirabelli, M., Colao, R., Puccio, G., Frangipane, F., Cupidi, C., Torchia, G., Muraca, G., Malvaso, A.,

- Addesi, D., Montesanto, A., Di Lorenzo, R., Bruni, A. C. & Maletta, R. (2022). Neuropsychiatric or Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD): Focus on Prevalence and Natural History in Alzheimer's Disease and Frontotemporal Dementia. *Frontiers in Neurology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fneur.2022.832199>
- Liu, C. C., Lin, Y. T., Cheng, K. C., Pan, H. H., & Chiou, C. P. (2022). Predictors of depression level among community-dwelling elderly persons. *International journal of environmental research and public health*, 19(15), 9414. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph19159414>
- Llanes, H., López, Y., Vázquez J., & Hernández, R. (2015). Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor. *Medimay*, 21(1), 65-74. Recuperado de: http://www.medimay.sld.cu/index.php/rcmh/article/download/707/pdf_26
- Llibre Rodríguez, J., & Gutiérrez Herrera, R. F. (2014). Demencias y enfermedad de Alzheimer en América Latina y el Caribe. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40(3), 378-387. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662014000300008&script=sci_arttext&tlng=pt
- Macías, D., Brito, C., & Rodríguez, C. (2010). La aparición de la depresión en la vejez. *Medicentro Electrónica*, 14(3). Recuperado de: <http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/download/144/173>
- Major and minor depression in Alzheimer's disease: prevalence and impact. (1997). *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 9(4), 556-561. <https://doi.org/10.1176/jnp.9.4.556>
- Martín-Carrasco, M., Agüera-Ortiz, L., Caballero-Martínez, L., Cervilla-Ballesteros, J., Menchón-Magriñá, J. M., Montejo-González, A. L., Moríñigo-Domínguez, A., & Caballero-Martínez, F. (2011). Consenso de la SEPG sobre la depresión en el anciano.

Actas Españolas de Psiquiatría, 39(1). Recuperado de:
https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&profile=ehost&scope=site&auth_type=crawler&jrnl=11399287&AN=59509858&h=K0wgl7BjcDAL67ovZUQjp3rHG DZdgOm2BkdRR8LgWuRC8jDcXucozlEhk9yvzsUZf2axsFchpRX0dstN5HBPUw%3D%3D&crl=f&casa_token=iKn_3uiyEswAAAAA:9x-yU3Oo6Nbu-5GrrVw5874ee5JpJGvOT9TZfbr8EMLWMZ_SWEsTpCmlJD_7dumcg8ZbyXwohP82Fg

Mendiola-Precoma, J., Berumen, L. C., Padilla, K., & Garcia-Alcocer, G. (2016). Therapies for Prevention and Treatment of Alzheimer's Disease. *BioMed Research International*, 2016, 1–17. <https://doi.org/10.1155/2016/2589276>

Milani S. A., Cantu P. A., Berenson A. B., Kuo Y. F., Markides K. S., Raji M. A. (2021). Gender Differences in Neuropsychiatric Symptoms Among Community-Dwelling Mexican Americans Aged 80 and Older. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 2021;36. <https://doi.org/10.1177/15333175211042958>

Moreno, B., Muñoz, M., Cuellar, J., Domancic, S., & Villanueva, J. (2018). Revisiones Sistemáticas: definición y nociones básicas. *Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral*, 11(3), 184-186. DOI: 10.4067/S0719-01072018000300184

Moyano, M. (2010). Propuesta de asesoría psicológica familiar en la enfermedad de Alzheimer de tipo senil, basada en análisis de casos, desde el Modelo Integrativo Ecuatoriano. [Trabajo de graduación previo a la obtención del título de magíster en psicoterapia integrativa]. *Universidad del Azuay*. Recuperado de: <https://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/3053/1/08126.pdf>

- Mulat, N., Gutema, H., & Wassie, G. T. (2021). Prevalence of depression and associated factors among elderly people in Womberma District, north-west, Ethiopia. *BMC psychiatry*, 21(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03145-x>
- Nieto, M. (2002). Ante la enfermedad de Alzheimer. Editorial Desclée de Brouwer, 114–115. Recuperado de: <https://apunteca.usal.edu.ar/id/eprint/1536>
- Nifli, A. P. (2017). The neurobiology of dementia: spatial and temporal dynamics of Alzheimer's disease major biomarkers. *Hellenic Journal of Nuclear Medicine*. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Phoebe-Nifli-2/publication/318645890_The_neurobiology_of_dementia_spatial_and_temporal_dynamics_of_Alzheimer's_disease_major_biomarkers/links/59746a7f0f7e9b40169c8e50/The-neurobiology-of-dementia-spatial-and-temporal-dynamics-of-Alzheimers-disease-major-biomarkers.pdf
- Novais, F., & Starkstein, S. (2015). Phenomenology of depression in Alzheimer's disease. *Journal of Alzheimer's Disease*, 47(4), 845-855. DOI: 10.3233/JAD-148004
- OMS. Resumen: Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Organización Mundial de la Salud; 2015. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/253025/A69_17-sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2020). Demencia. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia#:~:text=Datos%20y%20cifras,actividades%20de%20la%20vida%20diaria.&text=La%20enfermedad%20de%20Alzheimer%2C%20que,un%2070%25%20de%20los%20casos>
- Orozco, W. N., & Baldares, M. J. V. (2012). Trastornos de ansiedad: revisión dirigida para atención primaria. *Revista médica de Costa Rica y Centroamérica*, 69(604), 497-507.

Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2012/rmc125k.pdf>

Peña-Casanova, J., & la Caixa, F. (2007). Enfermedad de Alzheimer: del diagnóstico a la terapia-conceptos y hechos. Recuperado de: [https://fiapam.org/wp-content/uploads/2012/10/Enfermedad Alzheimer de diagnostico a terapia.pdf](https://fiapam.org/wp-content/uploads/2012/10/Enfermedad_Alzheimer_de_diagnostico_a_terapia.pdf)

Pérez Romero, A., & González Garrido, S. (2018). La importancia de los síntomas psicológicos y conductuales (SPCD) en la enfermedad de Alzheimer. *Neurología*, 33(6), 378-384. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2016.02.024>

Pietrzak, R. H., Lim, Y. Y., Neumeister, A., Ames, D., Ellis, K. A., Harrington, K., Lautenschlager, N. T., Restrepo, C., Martins, R. N., Masters, C. L., Villemagne, V. L., Rowe, C. C., & Maruff, P. (2015). Amyloid- β , Anxiety, and Cognitive Decline in Preclinical Alzheimer Disease. *JAMA Psychiatry*, 72(3), 284. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.2476>

Pimentel González, L. M. (2017). La vida de un individuo con trastornos neurocognitivos por enfermedad de Alzheimer. Recuperado de: <https://revistas.umecit.edu.pa/flip/index.php?pdf=https://revistas.umecit.edu.pa/index.php/saluta/article/download/156/234>

Pinilla Cárdenas, M. A., Ortiz Álvarez, M. A., & Suárez-Escudero, J. C. (2022). Adulto mayor: envejecimiento, discapacidad, cuidado y centros día. Revisión de tema. *Salud Uninorte*, 37(02), 488–505. <https://doi.org/10.14482/sun.37.2.618.971>

Prince, M. J., Wimo, A., Guerchet, M. M., Ali, G. C., Wu, Y. T., & Prina, M. (2015). World Alzheimer Report 2015-The Global Impact of Dementia: An analysis of prevalence, incidence, cost and trends. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/281555306 World Alzheimer Report 201](https://www.researchgate.net/publication/281555306_World_Alzheimer_Report_201)

5 The Global Impact of Dementia An Analysis of Prevalence Incidence Cost and Trends

- Purghel, E. I. (2020). Cuidadores informales de personas con enfermedad de Alzheimer: necesidades percibidas. Recuperado de: http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/13909/1/Cuidadores_informales_de_personas_con_enfermedad_de_Alzheimer.Necesidades_percibidas.pdf
- Quiroz, C. O. A., & Flores, R. G. (2007). Ansiedad y depresión en adultos mayores. *Psicología Salud*, 17(2), 291-300. Recuperado de: <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/download/714/1257>
- Reitz, C. (2015). Genetic diagnosis and prognosis of Alzheimer's disease: challenges and opportunities. *Expert Review of Molecular Diagnostics*, 15(3), 339–348. <https://doi.org/10.1586/14737159.2015.1002469>
- Ringman, J. M. (2005). What the Study of Persons at Risk for Familial Alzheimer's Disease Can Tell Us About the Earliest Stages of the Disorder: A Review. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 18(4), 228–233. <https://doi.org/10.1177/0891988705281878>
- Rodríguez-Vargas, M., Rojas-Pupo, L. L., Pérez-Solís, D., Marrero-Pérez, Y., Gallardo-Morales, I., & Durán-Cordovés, L. (2021). Funcionamiento cognitivo de adultos mayores con depresión. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 25(5). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552021000500004
- Rodríguez, W., Arango, J, y Sepúlveda, R. (2021). Envejecimiento y las demencias. 1. Editorial *El Manual Moderno Colombia*. Recuperado de <https://elibro.net/es/ereader/uazuay/219482?page=45>.

- Scrutton, J., & Brancati, C. (2016). Dementia and comorbidities. *Ensuring parity of care*. London, UK: ILC. Recuperado de: https://www.basw.co.uk/system/files/resources/basw_53234-2_0.pdf
- Sebastián, A. R., Peralta, L. A., Soldevilla, M. G., & Robles, C. G. (2019). Otras demencias degenerativas. Demencia con cuerpos de Lewy, demencia en la enfermedad de Parkinson, demencia frontotemporal y demencia vascular. *Medicine-Programa de formación Médica Continuada Acreditado*, 12(74), 4347-4356. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S030454121930054X>
- Segura-Cardona, A., Hernández-Calle, J., Cardona-Arango, D., Segura-Cardona, A., Muñoz-Rodríguez, D., & Jaramillo-Arroyave, D. (2018). Depression in the elderly: A study in three cities of Colombia. *Revista Salud Uninorte*, 34(2), 409-419. <http://dx.doi.org/10.14482/sun.34.2.362.29>
- Selian, A., Loebis, B., Amin, M. M., & Mahdinasari, N. (2021). Factors Related to the Depression Score in the Elderly at the Social Service of the Dharma Asri Binjai Nursing Home. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 9(T3), 9-12. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2021.6279>
- Sengoku, R. (2020). Aging and Alzheimer's disease pathology. *Neuropathology*, 40(1), 22-29. Recuperado de: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/neup.12626>
- Sharma, S., & Mandal, P. K. (2022). A comprehensive report on machine learning-based early detection of alzheimer's disease using multi-modal neuroimaging data. *ACM Computing Surveys (CSUR)*, 55(2), 1-44. <https://doi.org/10.1145/3492865>
- Sousa, N. A. (2012). *Síntesis y evaluación biológica de nuevos compuestos basados en el anillo de indano* (Tesis Doctoral, Universidade de Santiago de Compostela). Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=138778>

- Souza, E. V., Cruz, D. P., Silva, C., Souza Rosa, S., Peloso-Carvalho, B. D. M., & Sawada, N. O. (2022). Implicaciones de la depresión en la calidad de vida del anciano: estudio seccional. *Enfermería Global*, 21(1), 433–472. <https://doi.org/10.6018/eglobal.485981>
- Steichele, K., Keefer, A., Dietzel, N., Graessel, E., Prokosch, H. U., & Kolominsky-Rabas, P. L. (2022). The effects of exercise programs on cognition, activities of daily living, and neuropsychiatric symptoms in community-dwelling people with dementia—a systematic review. *Alzheimer's Research & Therapy*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/s13195-022-01040-5>
- Tello-Rodríguez, T., Alarcón, R. D., & Vizcarra-Escobar, D. (2016). Salud mental en el adulto mayor: trastornos neurocognitivos mayores, afectivos y del sueño. *Revista Peruana de medicina experimental y salud pública*, 33, 342-350. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2211>
- Tolosa-Ramírez, D., Méndez-Orellana, C., & Martella, D. (2021). Diagnóstico neuropsicológico diferencial en enfermedad de Alzheimer y demencia frontotemporal: una revisión sistemática cualitativa. *Neurology Perspectives*, 1(1), 82–97. <https://doi.org/10.1016/j.neurop.2021.03.004>
- Tori, K., Kalligeros, M., Nanda, A., Shehadeh, F., van Aalst, R., Chit, A., & Mylonakis, E. (2020). Association between dementia and psychiatric disorders in long-term care residents: an observational clinical study. *Medicine*, 99(31), e21412. DOI: 10.1097/MD.00000000000021412
- Vargas, J. F. V., Naranjo, V. H. C., & Vázquez, J. M. M. (2017). Valoración funcional del adulto mayor relacionado con el abandono familiar. *Enfermería Investiga: Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión*, 2(1), 14-17. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6194270.pdf>

- Varshney, S. U., Varshney, U., & McCall, W. V. (2021). A proposal for a novel approach to reduce burdens of care for people with dementia: A hypothesis. *Alzheimer's & Dementia*, 18(2), 211–221. <https://doi.org/10.1002/alz.12388>
- Villarejo Galende, A., Emil Ortiz, M., Llamas Velasco, S., Llanero Luque, M., López de Silanes de Miguel, C., & Prieto Jurczynska, C. (2021). Informe de la Fundación del Cerebro. *Impacto social de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. *Neurología*, 36(1), 39-49. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2017.10.005>
- Wands, K., Merskey, H., Hachinski, V. C., Fisman, M., Fox, H., & Boniferno, M. (1990). A Questionnaire Investigation of Anxiety and Depression in Early Dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 38(5), 535–538. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1990.tb02404.x>
- Winblad, B., Amouyel, P., Andrieu, S., Ballard, C., Brayne, C., Brodaty, H., Cedazo-Minguez, A., Dubois, B., Edvardsson, D., Feldman, H., Fratiglioni, L., Frisoni, G. B., Gauthier, S., Georges, J., Graff, C., Iqbal, K., Jessen, F., Johansson, G., Jönsson, L., Zetterberg, H. (2016). Defeating Alzheimer's disease and other dementias: a priority for European science and society. *The Lancet Neurology*, 15(5), 455–532. [https://doi.org/10.1016/s1474-4422\(16\)00062-4](https://doi.org/10.1016/s1474-4422(16)00062-4)