



Prevalencia de Deterioro Cognitivo y Depresión en un Servicio Público de Neuropsicología

Resumen. El diagnóstico diferencial entre envejecimiento normal, deterioro leve, demencias y depresión resulta importante para el desarrollo de intervenciones preventivas y asistenciales. Objetivos. Explorar prevalencia de personas con deterioro cognitivo leve (DCL), deterioro cognitivo moderado (DCM) y depresión que acuden al Servicio de Neuropsicología de la Facultad de Psicología de la UNC. Explorar la relación entre las variables estado cognitivo, motivo de consulta y depresión. Estudio: Transversal, descriptivo, exploratorio. Población: Participantes concurrentes al Servicio de Neuropsicología en los años 2014-15 (n=537), con edad promedio de 67,42 y de instrucción 13,57 años; que cumplen con protocolo de evaluación. Instrumentos: Entrevista, pruebas neuropsicológicas multifunción, cuestionarios conductuales, afectivos y de familiar informante. Estadísticos: Descriptivo y Chi cuadrado. Se encontró un 41,5% de sujetos normales; un 38,2% de DCL, y un 20,3% de DCM. El 46,7% de los casos presentó indicadores de depresión posible. Existe una asociación entre las variables estado cognitivo y depresión ($\chi^2=22,61$; $p=0,000$); y una asociación moderada respecto a la variable motivo de consulta y estado cognitivo ($\chi^2=76,0$; $p=0,000$). El 41,5 % de los evaluados es normal. Por otra parte, una de cada dos personas, arriban con indicadores de depresión, que se asocia en mayor grado al deterioro cognitivo. La prevalencia de normalidad disminuye con los años, y en la medida que el motivo de consulta es por indicación profesional o familiar. Esto sugiere que la sospecha de deterioro proveniente de un profesional o familiar incrementa su probabilidad de modo significativo.

Abstract. The differential diagnosis between normal aging, mild cognitive impairment, dementia and depression is important for the development of prevention and care interventions. Objectives. 1. Explore prevalence of people with mild cognitive impairment (MCI), dementia and depression attending the Neuropsychology Service of the Faculty of Psychology of the UNC. 2. Explore the relationship between the variables cognitive status, reason for consultation and depression. Methodology. Study: Transversal, descriptive, exploratory. Sample: concurrent Neuropsychology Service in the years 2014-15 (n=537), with an age average of 67.42 years and 13.57 years of instruction; and completed evaluation protocol. Instruments: Interview, neuropsychological tests, behavioral tests, affective and family informant questionnaires. Statistics: Descriptive and Chi square. 41.5% were normal; 38.2% MCI, and 20.3% dementia. 46.7% of cases presented possible depression indicators. There is an association between depression and cognitive status variables ($\chi^2=22.61$; $p=0.000$); and a moderate association between the variable query motive and cognitive status ($\chi^2=76.0$; $p=0.000$). 41% of those tested is normal. Moreover, one in two people arrive with indicators of depression, which is associated to possible cognitive impairment. The prevalence of normality decreases with age, and to the extent that the complaint is because professional or family indication. This suggests that if a professional or family suspects possible impairment, it increases the chance significantly.

1. Introducción

El incremento poblacional de adultos mayores, a causa del aumento en la expectativa de vida, repercute en el número de personas que padecen alteraciones cognitivas y posibles síndromes

Bernero, M.F. ^{a,b}, Jardón, M. ^a,
Palacio Carranza, I. ^a, Bastida, M.F.
^{a,d} y Mías, C.D. ^{a,b,c}

a. Servicio de Neuropsicología.
Facultad de Psicología. Universidad
Nacional de Córdoba.

b. Cátedra de Neurofisiología y
Neuroanatomía. Facultad de
Psicología, Universidad Nacional de
Córdoba.

c. Cátedra de Neuropsicología,
Facultad de Psicología, Universidad
Nacional de Córdoba.

d. Cátedra Clínica Psicológica y
Psicoterapias, Facultad de Psicología,
Universidad Nacional de Córdoba.

Palabras claves

Prevalencia; Memoria; Declive;
Depresión; Demencia.

Keywords

Prevalence; Memory; Decline;
Depression; Dementia.

Enviar correspondencia a:

Bernero, M.F.

E-mail:

bernero.florencia@hotmail.com

demenciales (Reyes Figueroa et al., 2010). Algunos cambios en las funciones cognitivas se encuentran directamente asociados al envejecimiento normal, este último es denominado “declive”, en cambio otros marcan el inicio de un proceso patológico. De acuerdo con Mías, Masih, Querejeta & Krawchik (2007), el envejecimiento normal es la condición satisfactoria de funciones neurocognitivas, necesarias para la adaptación a las exigencias de la vida diaria en sus múltiples áreas. En la actualidad, existe evidencia de que en el anciano normal no se presenta deterioro cognitivo significativo, ni alteraciones neuropatológicas degenerativas de significación (Mías, 2008).

Respecto al envejecimiento patológico, ha sido definido como aquel envejecimiento que cursa junto con cierto deterioro cognitivo o la presencia de un cuadro demencial, luego de la disminución del funcionamiento cognitivo (Bennett y Swartzendruber, 1997, citado en Barrera & Donolo, 2009). El término deterioro cognitivo leve (DCL), introducido por Petersen et al. (2001), ha sido definido primeramente, como un estado transicional entre los cambios cognitivos propios del envejecimiento normal y un estadio temprano de demencia. Se caracteriza por la alteración de uno o varios procesos cognitivos que no interfieren de manera significativa en las actividades de la vida diaria (AVD) del paciente. Respecto a los criterios que se han establecido para el diagnóstico del mismo, Petersen et al. (2001) sugieren: quejas subjetivas de memoria, deterioro objetivo en pruebas neuropsicológicas específicas, cognición general normal, desempeño normal en las actividades de la vida diaria (AVD) o afectación mínima en las actividades instrumentales. Sin indicios de sospecha de demencia.

El deterioro cognitivo moderado refiere a un deterioro severo de las habilidades funcionales y neuropsicológicas del individuo, que limitarían el funcionamiento del mismo en sus actividades cotidianas (Monaci & Morris, 2011). Este deterioro es progresivo e involucra diversas funciones cognoscitivas, tales como lenguaje, memoria, habilidades de razonamiento, visuoperceptuales, etc. (Ardila & Rosselli, 2007).

Resulta importante señalar que existen variables moduladoras del envejecimiento; entre ellas la educación y condiciones de salud, como la presencia de depresión (Fernández Ballesteros, 1992). Según la OMS, la depresión es un trastorno mental frecuente que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Considerando al manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV), un trastorno depresivo mayor se diagnostica al estar presentes uno o más episodios depresivos mayores en ausencia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos. Respecto a la duración del episodio depresivo mayor, para su diagnóstico, deberá presentarse al menos por dos semanas, lapso en el cual la persona experimentaría un mínimo de cuatro síntomas del total de una lista que incluye alteraciones en el apetito y peso corporal, descenso del estado de ánimo, cambios en el sueño y en el nivel de actividad, pérdida de energía, sentimiento de culpa, menor capacidad para pensar con claridad y tomar decisiones, ideas frecuentes respecto a la muerte y suicidio, así como dificultad para experimentar placer en cualquier situación de su vida (en el trabajo, sexualidad, etc). Adicionalmente

la OMS ha indicado que este trastorno afectivo, se presenta con mayor frecuencia en personas de sexo femenino, y, de acuerdo con diversos estudios, los más propensos a sufrir esta patología son adultos mayores de 60 años, incrementándose tal afección en personas hospitalizadas (Molina, Ordaz, Martínez, Rodríguez & Manuel, 2007).

La Depresión en la tercera edad puede comportarse como factor de riesgo de deterioro cognitivo ya que es considerada uno de los trastornos afectivos que con mayor frecuencia interfiere en el adecuado funcionamiento de la memoria (Pérez Martínez, 2005).

Ante lo expuesto se considera importante la detección precoz de la depresión, con la correspondiente identificación temprana y el diagnóstico diferencial, debido a que estas entidades suelen aparecer de manera conjunta, resulta importante poder diferenciar si las dificultades cognitivas que presenta una persona son secundarias a un trastorno afectivo (lo cual podría suponer que se trate de un estado reversible) o si tales dificultades cognitivas componen un indicador de un proceso degenerativo incipiente y/o en cambio, si los síntomas depresivos se deben a la percepción por parte del anciano, de sus fallos cognitivos (Sánchez Gil, López Medina, Calvo Rodríguez, Noriega Fernández & López Valdés, 2009).

El objetivo planteado es explorar la prevalencia de pacientes con deterioro cognitivo leve, deterioro cognitivo moderado y depresión que acuden al Servicio de Neuropsicología de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Córdoba (UNC). Adicionalmente, indagar la posible relación entre el motivo de consulta (asistencia voluntaria o solicitud profesional) y el estado cognitivo del paciente.

2. Sujetos y Métodos

2.1. Tipo de estudio

El presente estudio es de tipo exploratorio y descriptivo, de diseño ex post facto, retrospectivo y transversal.

2.2. Diseño de Investigación

Estudio ex post facto retrospectivo de comparación de grupos. Ex post facto ya que se estudiará una situación ya ocurrida de forma natural, sin posibilidad de manipular deliberadamente o ejercer control sobre la variable independiente.

2.3. Población

Personas de ambos sexos comprendidas entre los 45 y 94 años, concurrentes a un Servicio Público de evaluación Neuropsicológica.

2.4. Muestra

Muestra accidental, compuesta por 537 personas asistentes al Servicio de Neuropsicología de la Facultad de Psicología de la UNC, durante los años del 2014 y 2015, con edades comprendidas entre los 45 y 94 años (con edad promedio de 67,42 y 13,57 años de instrucción) , de los cuales 382 (71,1%)

eran mujeres y 155 (28,9%) hombres. Los criterios de inclusión fueron haber completado una entrevista semiestructurada (contempla aspectos sociodemográficos, anamnesis de enfermedades médicas, neurológicas o psiquiátricas propias y las correspondientes a familiares, hábitos, dedicación, reserva cognitiva y quejas de memoria) haber realizado los test de valoración neuropsicológica y los cuestionarios conductuales autoadministrados.

2.5. Resguardo ético

En todos los casos se solicitó consentimiento informado para la presente investigación, conforme la guía para las buenas prácticas de investigación clínica en seres humanos (Argentina, Ministerio de Salud, Resol. 1480).

2.6. Instrumentos

Valoración neuropsicológica

Test Mini- Mental State Examination (MMSE). Es un instrumento práctico que permite rastrear alteraciones cognitivas, conformado por una serie de preguntas simples que permiten indagar diversas funciones tales como, orientación, el registro de información, la atención y el cálculo, el recuerdo, el lenguaje oral y escrito y la construcción (Ardila & Ostrosky, 2012).

Test del reloj a la orden. Valora un amplio rango de funciones cognitivas, tales como la visoconstrucción, el sistema ejecutivo y la transcodificación semántica (Burin, Drake y Harris, 2007).

Test de la Figura compleja de Rey-Ostierrieth. Permite evaluar la memoria visoespacial inmediata y demorada, procesos visoconstructivos y otros procesos cognoscitivos, en especial la planeación, organización de la información, estrategias de solución de problemas y habilidades perceptuales, motoras y de memoria episódica (Ardila & Ostrosky, 2012).

Lista de aprendizaje de palabras (WMS III). La Lista de Palabras de la *Wechsler Memory Scale*, tercera edición (WMS-III) permite valorar la capacidad para aprender una lista de palabras mediante la repetición, así como la memoria a largo plazo, primero sin proporcionar ayuda al sujeto (es decir, por evocación libre) y, posteriormente, otorgando facilitadores (mediante una tarea de reconocimiento) (Burin et al., 2007).

SPAM verbal dígitos (Wais III). Consiste en una prueba que consta de dos partes: Dígitos directos y Dígitos inversos. La primer parte evalúa fundamentalmente, atención sostenida. La segunda parte valora la memoria de trabajo, implicando el ejecutivo central, por lo que requiere de la participación del control atencional o atención ejecutiva (Burin et al., 2007).

Ordenamiento de Números-Letras (Wais III). Es una prueba que valora el control atencional y la memoria de trabajo. Para su adecuada realización, intervienen procesos de secuenciación, planificación, manipulación y visualización de estímulos (Burin et al., 2007).

Versión abreviada del Test de denominación de Boston. Valora la habilidad de denominación visual, utilizando dibujos en blanco y negro de objetos comunes (Ardila & Ostrosky, 2012).

INECO Frontal screening. Batería que evalúa funciones frontales, como control de interferencias, memoria operativa, planificación. También otras funciones frontales, tales como la abstracción y habilidades motoras (Burin et al., 2007).

Subtest de dígitos símbolos (WAIS- III). Consiste en una prueba de aprendizaje, evaluando velocidad de procesamiento de la información y atención sostenida (Ardila & Ostrosky, 2012).

Test de Stroop de Golden. Permite evaluar la capacidad del sujeto para inhibir una respuesta automática y para seleccionar una respuesta en base a un criterio arbitrario (Ardila & Ostrosky, 2012).

Test de fluidez verbal semántica. Es una prueba que evalúa la capacidad de nombrar y evocar palabras de cierta categoría semántica durante un tiempo específico. La categoría más utilizada es animales (Burin et al., 2007).

Test de fluidez verbal fonológica. Valora la fluencia verbal. En la prueba, los sujetos deben producir oralmente la mayor cantidad de palabras posibles que comiencen con la letra “f” durante un minuto (Burin et al., 2007).

Prueba de comprensión de texto y abstracción (Luria). Valora el nivel de abstracción de la persona. Se le lee un cuento al paciente y luego se le hace 4 preguntas sobre el mismo.

Test de analogías (Waiss III). Valora la capacidad del sujeto para relacionar dos palabras desde el punto de vista conceptual (Ardila y Rosselli, 2007). Requiere comprensión y capacidad de pensamiento asociativo (Burin et al., 2007).

Prueba de memoria episódica con sentido ecológico. Se pregunta al evaluado qué se hizo y habló al principio de la sesión, cuáles fueron las primeras preguntas y pruebas realizadas, lo que es una actividad cognitiva crítica para los sujetos. De esta forma, se puede observar el desempeño en las actividades de la vida diaria de utilidad para la terapéutica (Mías, 2008).

Subprueba de memoria semántica remota (RAMI – Test de alteración de la memoria). Consta de 15 preguntas de cultura general que buscan evaluar la memoria semántica. El puntaje máximo es de 15, no se aceptan respuestas aproximadas como válidas (Rami, Molinuevo, Bosch, Sánchez-Valle & Villar, 2007).

Prueba de rastreo o de trazo (Trail making test). La prueba se divide en dos partes, la parte A mide habilidades motoras, viso-espaciales de búsqueda visual y atención sostenida; en tanto que la parte B también incluye flexibilidad mental y atención dividida. En la parte A, el sujeto debe unir números, que se encuentran distribuidos al azar, del 1 al 25 con una línea recta en orden consecutivo creciente lo más rápidamente que pueda. En la parte B, el sujeto debe unir los estímulos alternados entre números (del 1 al 13) y letras (De A hasta L) distribuidos al azar, respetando el orden numérico ascendente y el alfabético (Ardila & Ostrosky, 2012).

Valoración conductual

Escala de depresión de Yesavage. Esta evaluación se aplica a pacientes ancianos y se enfoca, antes que en malestares físicos, al estado de ánimo. En su versión abreviada consta de 15 preguntas (en

la completa 30) que se responden de manera afirmativa o negativa y se puede realizar en 5 minutos.

Escala de actividades instrumentales de la vida diaria (Lawton y Brody). Evalúa la autonomía física y la capacidad funcional para actividades instrumentales, tales como usar el teléfono, hacer compras, realizar tareas domésticas, usar medios de transporte, tomar medicamentos y administrar el dinero. Cada ítem se subdivide en actividades más específicas organizadas en una escala ordinal de menor a mayor complejidad.

2.7. Análisis estadístico

Se utilizaron estadísticos descriptivos y prueba no paramétrica de chi cuadrado. El análisis estadístico de los datos obtenidos se efectuó mediante el programa estadístico SPSS v. 15 (Statistical Package Social Sciences), aceptando un nivel de significación de $p < .05$.

3. Resultados

La muestra del presente estudio se encuentra compuesta por 537 casos de personas que asistieron al Servicio de neuropsicología de la Facultad de Psicología de la UNC en el periodo 2014-15. El promedio de edad es de 67,42 años y el de instrucción es de 13,57 años. El 71,1% eran mujeres y 28,9% hombres.

En cuanto al estado cognitivo, la prevalencia de la normalidad es del 41,5% (de los cuales el 19,93% se encuentra en el límite de la normalidad y el 21,6% presenta un estado cognitivo normal). La prevalencia del DCL es del 38,2% (un 5,6% de los casos DCL tipo memoria, 17,9% DCL tipo multidominio y 14,7% DCL tipo no memoria). Por último, el 20,3% restante de la muestra son personas con deterioro cognitivo moderado. Estos resultados figuran en la tabla 1.

Tabla 1. Prevalencia del estado cognitivo en los participantes al Servicio de Neuropsicología en el periodo 2014-15

Estado Cognitivo	Frecuencia	Porcentaje
Normal	107	19,9
Limite	116	21,6
DCL-MEMO	30	5,6
DCL- MULTI	96	17,9
DCL- NO MEMO	79	14,7
DC Moderado	109	20,3
Total	537	100

En relación al número de casos con posible depresión se excluyeron 21 casos de la muestra por no haber completado la Escala de depresión de Yesavage. La tabla 2 indica una prevalencia de depresión del 46,7% de los casos, donde 14,5% representa sujetos con estado cognitivo normal, 19,6% con DCL y 12,6% con demencia. Los sujetos sin depresión representan el 53,3% de la muestra, presentando 26,9% normalidad cognitiva, 18,4% DCL y 7,9% demencia.

Se encontró una asociación débil entre las variables estado cognitivo y depresión ($\chi^2=22,61$; $p=0,000$; $\Phi=0,21$). Por último, se descubrió una asociación moderada entre las variables estado cognitivo y motivo de consulta ($\chi^2=76,04$; $p=0,000$; $\Phi=0,38$). Ver resultados en tabla 3.

Tabla 2. Distribución del número de casos según la variable depresión y estado cognitivo.

Estado cognitivo	Depresión	
	SI	NO
Normal	139 (26,93%)	75 (14,53%)
DCL	95 (18,41%)	101 (19,57%)
Demencia	41 (7,94%)	65 (12,59%)
TOTAL	275 (53,3%)	241 (46,69%)

Tabla 3. Distribución según las variables estado cognitivo y motivo de consulta.

Diagnóstico	Motivo consulta				Total
	Curiosidad	Seguimiento	Familiar Indicación	Profesional Indicación	
Normal	124	9	5	85	223
DCL	68	10	9	118	205
Demencia	13	1	13	82	109
Total	205	20	27	285	537

4. Discusión y Conclusión

Dentro del Servicio de Neuropsicología de la Facultad de Psicología de la UNC se evaluaron un total de 537 personas durante los años del 2014 y 2015. Los instrumentos utilizados fueron una entrevista semiestructurada, pruebas neuropsicológicas y cuestionarios de valoración conductual. En función de los objetivos planteados y, considerando la muestra estudiada, se halló que un 41,5% de usuarios presentan un estado cognitivo normal, el 38,2% DCL, y el 20,3% restante deterioro cognitivo moderado. Entre las personas que presentan DCL se encontró una prevalencia del 5,6% de DCL tipo memoria, prevalencia cercana a la encontrada en un estudio realizado en una población colombiana, que fue del 9,7% (Hena Arboleda et al., 2008). Otro estudio similar realizado en la ciudad de Córdoba (Mías et al., 2007) identificó un 13,6% de personas con DCL, siendo un 9,1% DCL tipo amnésico.

En cuanto al número de casos con posible depresión se excluyeron 21 casos de la muestra por no haber completado la Escala de depresión de Yesavage. La prevalencia de depresión es del 46,7%, de los casos, del cual el 14,5% son sujetos con un estado cognitivo normal, 19,6% tienen DCL y 12,6% demencia. Los sujetos sin depresión representan el 53,3% de los casos, siendo 26,9% normales, 18,4% con DCL y 7,9% con demencia.

Adicionalmente, en el análisis de la relación entre las variables depresión y estado cognitivo se encontró una asociación débil ($\chi^2=22,61$; $p=0,000$; $\Phi=0,21$). Esto permitiría inferir que una de cada dos personas arriban con indicadores de depresión, lo cual se asocia en mayor grado al DCL. También, en el presente estudio se halló que la prevalencia de normalidad disminuye con los años, y en la medida

que el motivo de consulta es por indicación profesional o familiar. Esto sugiere que la sospecha de deterioro proveniente de un profesional o familiar incrementa la probabilidad de padecer deterioro de modo significativo ($\chi^2=76,04$; $p=0,000$; $\Phi=0,38$).

5. Referencias

- Allegri, R.F., Laurent, B., Thomas-Anterion, C. & Serrano, C.M. (2005). *La memoria en el envejecimiento, el deterioro cognitivo y la enfermedad de Alzheimer*. En Mangone C, Allegri RF, Arizaga RL, Ollari JA, eds. *Demencia, enfoque interdisciplinario*. Buenos Aires: Polemos; 2005. p. 82.
- Ardila, A., & Ostrosky, F. (2012). Guía para el diagnóstico neuropsicológico. *Florida: American Board of Professional Neuropsychology*.
- Ardila, A., & Rosselli, M. (2007). *Neuropsicología clínica*. Editorial: El Manual Moderno.
- Burin, D. I., & Drake, M. A. H. (2007). *Evaluación neuropsicológica en adultos* (No. 159.9. 072). Paidós.
- Custodio, N., Herrera, E., Lira, D., Montesinos, R., Linares, J., & Bendezú, L. (2012, October). Deterioro cognitivo leve: ¿ dónde termina el envejecimiento normal y empieza la demencia?. In *Anales de la Facultad de Medicina* (Vol. 73, No. 4, pp. 321-330). UNMSM. Facultad de Medicina.
- Barrera, M. L. D. L., & Donolo, D. (2009). Diagnóstico diferencial de envejecimiento patológico. Desempeños en el Addenbrooke's Cognitive Examination (ACE). *Pensamiento Psicológico*, 5(12).
- Fernández-Ballesteros, R., & Maciá, A. (1993). Calidad de vida en la vejez. *Intervención psicosocial*, 2(5), 7-94.
- Henaó-Arboleda, E., Moreno-Carrillo, C., Ramos, V., Aguirre-Acevedo, D. C., Pineda, D., & Lopera, F. (2010). Caracterización de síntomas neuropsiquiátricos en pacientes con DCL de tipo amnésico en una población colombiana. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 5(2).
- Mías, C.D. (2008). *Principios de neuropsicología clínica con orientación ecológica: aspectos teóricos y procedimentales*. Córdoba: Encuentro Grupo Editor.
- Mías, C. D., Sassi, M., Masih, M. E., Querejeta, A., & Krawchik, R. (2007). Deterioro cognitivo leve: estudio de prevalencia y factores sociodemográficos en la ciudad de Córdoba, Argentina. *Rev Neurol*, 44(12), 733-8.
- Molina, E., Ordaz, C. G. M., Martínez-Mendoza, A., Rodríguez, J. A. V., & Manuel, V. Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social* Vol. 45, no. 1 (2007), p. 21-28.
- Monaci, L., & Morris, R. G. (2012). Neuropsychological screening performance and the association with activities of daily living and instrumental activities of daily living in dementia: baseline and 18-to 24-month follow-up. *International journal of geriatric psychiatry*, 27(2), 197-204.
- OMS. Recuperado de: <http://www.who.int/topics/depression/es/>.
- Petersen, R. C., Stevens, J. C., Ganguli, M., Tangalos, E. G., Cummings, J. L., & DeKosky, S. T. (2001). Practice parameter: Early detection of dementia: Mild cognitive impairment (an evidence-based review) Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*, 56(9), 1133-1142.
- Rami, L., Molinuevo, J.L., Bosch, B., Sanchez-Valle, R. & Villar, A. (2007). Screening for amnesic mild cognitive impairment and early Alzheimer's disease with Memory Alteration Test in the primary care population. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(4):294-304.
- Reyes Figueroa, J.C., Rosich Estragò, M., Bordas Buera, E., Gaviria Gomez, A.M., Vilella Cuadrada, E. & Labad Alquèzar, A. (2010). Síntomas psicológicos y conductuales como factores de progresión a demencia tipo Alzheimer en el deterioro cognitivo leve. *Rev. Neurol*. 50(11): 653-660.
- Sánchez Gil, Y. Y., López Medina, A. M., Calvo Rodríguez, M., Noriega Fernández, L., & López Valdés, J. (2009). Depresión y deterioro cognitivo. Estudio basado en la población mayor de 65 años. *Revista habanera de ciencias médicas*, 8(4), 0-0.