

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Atención Médica



Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad
UMAE Complementaria Hospital Regional de Psiquiatría Unidad
Morelos.

TESIS:

“Deterioro Cognitivo e Insomnio en Adultos Mayores con Trastorno de Ansiedad Generalizada o Trastorno Depresivo. Seguimiento a 2 meses de tratamiento”

Que para obtener título de especialista en Psiquiatría General presenta:
De La Luz Ramírez Jesús Ángel.

ASESORES:

ASESOR TEORICO: Dra. Claudia Fouilloux Morales.

ASESOR METODOLOGICO: Dra. en C. Silvia Aracely Tafoya Ramos.

MEXICO D.F. 2015.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Dra. Mayra Hernández Chávez

Profesor titular curso especialidad de Psiquiatría UMAE Morelos.

Dr. Miguel Palomar Baena

Coordinador de Enseñanza e Investigación UMAE Morelos.

Jesús Ángel De La Luz Ramírez

Residente 4to. Año Psiquiatría.

proyecto de investigación: R-2014-3501-108

Agradecimientos

Este trabajo de investigación representa la conclusión de mi formación como médico Psiquiatra que durante 4 años estuve adiestrándome en la evaluación, manejo y evolución de los trastornos mentales y de las emociones en general.

Durante mi formación tuve el apoyo incondicional de varios médicos psiquiatras adscritos y jefes de departamento clínico, por lo cual, en primer lugar deseo agradecer el apoyo de la Dra. Patricia Ayala Tapia que fue quien me dio consistencia para poder desarrollar esta tesis que permite mi graduación, al Dr. Fernando Ruíz Ponce JDC quien me dio la oportunidad de ser coterapeuta en terapia de grupo; al Dr. Miguel Ángel Lozano Hernández JDC quien con su valiosa ayuda este protocolo pudo ser presentado y autorizado en el comité de ética de La Raza; al Dr. Rigoberto Villalobos que ha sido mi maestro de mayor valía; al Dr. Miguel A. Jiménez San Juan JDC que en mi segundo año fue pilar para mi formación; al Dr. José Carmona Ramírez con quien compartí grandes momentos. Son mucho más los médicos adscritos a los cuales agradezco sus enseñanzas y su apoyo, en verdad.... GRACIAS.

Gracias a mi madre y a la vida por darme a mis 3 hijos: Ángel Rodrigo, Sofía Isabel y Jesús Santiago, que han sido, son y serán mis pilares y motores que me mueven día a día.

ÍNDICE

RESUMEN	4
ABSTRACT	¡Error! Marcador no definido.
ANTECEDENTES	5
OBJETIVOS	10
General	10
Específicos.....	10
MATERIAL Y METODOS	11
Participantes	11
Instrumentos	12
Procedimiento	13
Análisis estadístico.....	15
RESULTADOS	17
Fase 1	17
Fase 2.....	20
DISCUSIÓN	26
CONCLUSIONES.....	28
REFERENCIAS.....	29
ANEXOS.....	32

DETERIORO COGNITIVO E INSOMNIO EN ADULTOS MAYORES CON TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA O TRASTORNO DEPRESIVO. SEGUIMIENTO A 2 MESES DE TRATAMIENTO

RESUMEN

MATERIAL Y METODOS: Estudio Observacional, Descriptivo, Longitudinal, en HOSPITAL PSIQUIATRICO MORELOS. 30 pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), 30 con Trastorno Depresivo (TD) para evaluar la evolución del deterioro cognitivo (DC) e insomnio en adultos mayores de 60 años de edad. Al grupo de TAG se aplicó Minimental Folstein (MMSE), Índice de Severidad de Insomnio (ISI) y Hamilton para ansiedad (HARS). Al grupo de TD se aplicó MMSE, ISI y Yesavage, al inicio y a 2 meses de tratamiento. Estadística descriptiva para frecuencia y porcentajes de DC e insomnio. Se aplicó la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon para comparar su evolución.

RESULTADOS: 13% presentó DC y 22% Insomnio Clínico (IC), en su seguimiento a 2 meses hubo mejoría del 67% y 71% respectivamente, se utilizaron con mayor frecuencia ISRS, seguidos por benzodiazepinas y en menor medida neurolépticos de segunda generación. En el análisis de la evolución de DC e insomnio obtuvo una $p=0.04$ y $p=0.017$ respectivamente, estadísticamente significativo.

CONCLUSIONES: Mediar a pacientes con DC e insomnio que presentan TAG o TD mejora cognición y sueño, influyendo en la mejora de su calidad de vida, independencia y funcionalidad.

Palabras clave: Deterioro Cognitivo, Insomnio, Calidad de vida.

COGNITIVE IMPAIRMENT AND INSOMNIA IN OLDER ADULTS WITH GENERALIZED ANXIETY DISORDER OR depressive disorder. UP TO 2 MONTHS OF TREATMENT

ABSTRACT

MATERIAL AND METHODS: Observational, Descriptive, Longitudinal, in Morelos PSYCHIATRIC HOSPITAL Study. 30 patients with Generalized Anxiety Disorder (GAD), 30 with depressive disorder (DD) to assess the development of cognitive impairment (CI) and insomnia in adults over 60 years old. TAG group Minimental Folstein (MMSE), Insomnia Severity Index (ISI) and Hamilton anxiety (HARS) was applied. The group of TD MMSE, ISI and Yesavage was applied at baseline and 2 months of treatment. Descriptive statistics for frequency and percentages of CI and insomnia. Rank test was applied Wilcoxon signed to compare their evolution.

RESULTS: 13% had DC and 22% Insomnia Clinical (IC), in following a two months there was an improvement of 67% and 71% respectively, were used more frequently SSRI, followed by benzodiazepines and lesser neuroleptics as second generation. In the analysis of the evolution of CI and insomnia obtained a $p = 0.04$ and $p = 0.017$ respectively, statistically significant.

CONCLUSIONS: Medicating patients presenting DC and insomnia TAG or TD improves cognition and sleep, influencing improving their quality of life, independence and functionality.

Keywords: cognitive impairment, insomnia, Quality of life.

ANTECEDENTES

El fenómeno de la transición demográfica se caracteriza por una continua reducción en las tasas de natalidad y de mortalidad. Podemos ubicar que el origen de éste proceso se ubica a finales del siglo XVIII en algunos países europeos con la reducción de la tasa de mortalidad y la posterior disminución de la fecundidad, originando un descenso en la población de edad joven y un incremento en la población de edad adulta y adulta tardía(1). Encontramos que en los países en desarrollo, esta transición se está produciendo de una manera muy brusca ya que la tasa de mortalidad disminuye rápidamente, mientras que la de natalidad lo hace con lentitud (1).

En el año 2012 de acuerdo con el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA, por sus siglas en inglés), el 11.5% de la población mundial tiene una edad de 60 años y más, mientras que en las regiones más desarrolladas llega a ser de 22.6 por ciento. Las proyecciones realizadas por el UNFPA, indican que en el 2050, uno de cada cinco habitantes en el planeta (21.2%) tendrá 60 años y más; en las regiones menos desarrolladas será de 19.5%, es decir, casi el nivel que actualmente se observa en las regiones más desarrolladas, en éstas, una de cada tres personas (32%) será un adulto mayor en año del 2050(2).

En América Latina y el Caribe, la población de adultos Mayores de 60 años se triplicó de 9 millones 260 mil habitantes reportados en 1950 a 41 millones 290 mil en 2000. Sin embargo, las estimaciones de las Naciones Unidas indican que para 2050 existirán 181 millones 218 mil (22.5%) habitantes mayores de 60 años, de los cuales 18% tendrán más de 80 años (3).

En México, en 1990 la población de adultos mayores era del 6.2%, para el 2010 de 9.3% y se espera que para el 2050 sea del 21.5%(2). De los 10.9 millones (9.3%) de personas de 60 años y más que en 2012 residen en el país, 31.1% están en una etapa de prevejez (60 a 64 años); 41.3% se encuentran en una vejez funcional (65 a

74 años); 12.5% está en una vejez plena (75 a 79 años) y 15.1% transita por una vejez avanzada (80 años y más) (2). En el 2050, la esperanza de vida se calcula en 80 años en los hombres y 85 años en las mujeres (3).

En estudios realizados en adultos mayores reportan que la prevalencia es muy alta de ansiedad y depresión. En los adultos mayores la prevalencia de ansiedad y depresión es alta, principalmente en las mujeres, señala que los trastornos depresivos se observan en el 5% de la población, mientras que los trastornos de ansiedad en el 12% de la población. Así mismo refiere que la comorbilidad de ansiedad-depresión en el 3% de la población (4).

Por otro lado, se ha encontrado que la prevalencia de trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es del 7.3% en el grupo etario de adultos mayores.

Se ha reportado que los trastornos de ansiedad en comorbilidad con depresión está presente hasta en el 23% de los pacientes con trastorno depresivo, de estos, el trastorno de ansiedad generalizada se presenta en el 27.5% de los sujetos deprimidos (5).

En México, se encontró que el 53.8% de los pacientes del servicio de psicogeriatría del Instituto Nacional de Psiquiatría cumplió criterios diagnósticos para trastorno de ansiedad generalizada (6).

Por otro lado, se ha señalado que la ansiedad es un predictor significativo de deterioro cognitivo futuro, encontrando que personas de edad avanzada que presentaban ansiedad tenían un riesgo relativo de 3.96 para el desarrollo de un futuro deterioro cognitivo (7). En un estudio de seguimiento por 3 años en pacientes mayores de 75 años de edad que presentaban deterioro cognitivo leve se reportó que el grupo de pacientes que tenía síntomas de depresión aún sub-sindrómicos, eleva el riesgo de progresión en el curso del deterioro cognitivo leve, siendo la depresión una manifestación temprana del deterioro cognitivo (8).

Por lo tanto, otro trastorno psiquiátrico más prevalente en la población de adultos mayores es el deterioro cognitivo leve.

El deterioro cognitivo es un síndrome clínico caracterizado por la pérdida o déficit de las funciones mentales superiores en distintos dominios conductuales y neuropsicológicos como la memoria, orientación, cálculo, comprensión, juicio, lenguaje, reconocimiento visual, conducta y personalidad (9). Como síndrome geriátrico se define al deterioro cognitivo leve (DCL) como la pérdida de memoria subjetiva con el resto de las funciones conservadas y que no reúnen criterios para demencia (10).

La Encuesta de Salud y Envejecimiento de Latinoamérica, revela que el 11% de la población mayor de 60 años de edad padece algún grado de deterioro cognoscitivo (9). En México, la alta prevalencia del deterioro cognoscitivo en la población mexicana se relaciona con enfermedades crónicas como la depresión (9).

En estudios realizados en el 2012 en la población mayor de 60 años de edad de la institución de salud pública en México del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), se encontró una prevalencia de deterioro cognitivo del 6.45%, con una prevalencia mayor en mujeres que en hombres (63.7% vs 36.3%) respectivamente. También en ese estudio se reporta que la depresión puede tener un rol importante en la etiología de deterioro cognitivo (OR 2.1) (11).

Asimismo, se ha reportado que en población de adultos mayores de 65 años de edad del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, una prevalencia de deterioro cognoscitivo del 7% y se asoció con depresión (12).

Por otro lado, dentro de la población de adultos mayores que acude a los servicios médicos se encontró que una queja frecuente son las alteraciones en el sueño, dentro de las cuales el insomnio tiene alta prevalencia.

En general, la prevalencia de insomnio en la población total oscila entre el 4 a 11%(13). Con respecto a la presencia de insomnio en adultos mayores, la prevalencia incrementa después de la séptima década de la vida (70 años), siendo 23% en hombres y 26% en mujeres de 70-79 años de edad, 23% y 41% respectivamente en mayores de 80 años de edad (14).

Del mismo modo, se observa que las quejas más frecuentes son la dificultad para conciliar o mantener el sueño, la somnolencia diurna excesiva, el sueño no reparador o el despertar precoz (13).

Las alteraciones del sueño están vinculadas con la ansiedad y la depresión (13,14). Reportándose que de todos los trastornos de ansiedad, el trastorno de ansiedad generalizada es el más asociado a insomnio (13).

También la calidad del sueño está vinculado con la incidencia de deterioro cognitivo en hombres y mujeres de edad avanzada. Este estudio reporta que la alteración de la calidad del sueño predice un deterioro cognitivo en seguimiento a un año en esta población (15).

Se ha reportado que si existe menos eficiencia del sueño, mayor vigilia nocturna y mala calidad del sueño, se asocia con un posterior deterioro cognitivo (16).

Luego entonces, la población de adultos mayores en el mundo y en nuestro país ha aumentado considerablemente en las últimas décadas, con esto, dentro de los trastornos psiquiátricos más prevalentes en éste grupo etario se encuentran el trastorno de ansiedad generalizada y los trastornos depresivos, siendo éstos factores importantes para la presencia de deterioro cognitivo e insomnio en el adulto mayor.

OBJETIVOS

General

1.- Evaluar la evolución de los síntomas de deterioro cognitivo y de insomnio en adultos mayores con trastorno de ansiedad generalizada y/o trastorno depresivo.

Específicos

1.- Describir en que grupo de pacientes hay mayor frecuencia de deterioro cognitivo e insomnio.

2.- Conocer la evolución del deterioro cognitivo e insomnio según tratamiento establecido por su médico psiquiatra tratante.

MATERIAL Y METODOS

Participantes

Estudio Observacional, Longitudinal Prospectivo, que se realizó en el Hospital Regional de Psiquiatría unidad Morelos, en adultos mayores de 60 años de edad y más que provenían de las unidades de medicina familiar No. 23 y No 94.

Fue un estudio de muestreo por cuotas, 30 pacientes con trastorno de ansiedad generalizada (grupo 1) y 30 pacientes con trastorno depresivo (grupo 2).

Criterios de inclusión:

- 1.- Edad de 60 años y más.
- 2.- Hombres y mujeres que acepten participar en el estudio.
- 3.- Que tengan el diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada o trastorno depresivo.
- 4.- Que sepa leer y escribir.

Criterios de exclusión:

- 1.- Trastorno psicótico.
- 2.- Con diagnóstico de Demencia.
- 3.- Con diagnóstico de enfermedad tiroidea o enfermedad neurológica.

Criterios de eliminación:

- 1.- Cuestionarios con 20% o más de los reactivos sin contestar.

Instrumentos

1.- MINIMENTAL FOLSTEIN (MMSE):

El Mini- Mental State Examination (MMSE), desarrollado por Folstein y cols. (1975), ha sido traducido y adaptado al español por Lobo y cols. (1999). La función principal es detectar y seguir la progresión de deterioro cognitivo (17).

Escala que consiste en 30 ítems agrupados en siete categorías: orientación en lugar (estado, país, ciudad, hospital y número de piso), orientación en tiempo (año, mes, día del mes, día de la semana y hora del día), registro (repetir tres palabras de manera inmediata), atención y concentración (restar series de 7, iniciando con el número 100, o en caso de que el sujeto tenga una escolaridad inferior a 8 años de estudio: restar series de 4, iniciando con el número 40), recordar (recordando las palabras previamente repetidas), lenguaje (nominar dos objetos, repetir una frase, lectura en voz alta y comprensión de una frase, escribir una frase, seguir una orden de tres comandos y construcción visual (copiar un dibujo). Instrumento altamente fiable y válido para detectar y dar seguimiento al deterioro cognitivo (9,18).

2.-INDICE DE SEVERIDAD DEL INSOMNIO:

Prueba rápida de tamizaje para establecer la significancia clínica del insomnio. Tiene en cuenta la severidad de la queja en las últimas dos semanas (19). Bastien CH, et al (2001) refieren la validación del índice de gravedad del insomnio como medida para investigar insomnio en el paciente. Proporciona información para el diagnóstico de insomnio (20).

La Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en atención primaria señala que el ISI es un Cuestionario breve, sencillo y

autoadministrado. Consta de siete ítems. Validado internacionalmente para evaluar el insomnio (21).

Procedimiento

Posterior a la autorización para realizar el protocolo por parte de las autoridades correspondientes en la Universidad Nacional Autónoma de México, de la UNIDAD MÉDICA COMPLEMENTARIA DE ALTA ESPECIALIDAD HOSPITAL PSIQUIATRICO MORELOS y del Hospital de Especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret” del Centro Médico Nacional La Raza, se procedió a la recolección de los datos a través de dos fases.

Fase 1

Dentro de la consulta de primera vez, proveniente del primer nivel de atención, que acudió a la UNIDAD MÉDICA COMPLEMENTARIA DE ALTA ESPECIALIDAD HOSPITAL PSIQUIATRICO MORELOS, se reclutó a los pacientes de 60 años o más que de acuerdo a la valoración del médico psiquiatra, cumpliera con los diagnósticos de trastorno de ansiedad generalizada o trastorno depresivo.

A estos pacientes se les invitó a participar en el estudio mediante firma de consentimiento informado.

Ese mismo día al terminar la consulta con su médico psiquiatra se les aplicó la escala Minimental Folstein (MMSE) y el Índice de Severidad de Insomnio (ISI) dentro de un consultorio asignado por el Jefe de Departamento Clínico del Hospital o si así lo desearon los participantes se les agendó en los 7 días posteriores una cita dentro de la UNIDAD MÉDICA COMPLEMENTARIA DE ALTA ESPECIALIDAD HOSPITAL PSIQUIATRICO MORELOS para aplicarles las escalas mencionadas previamente. Así como se les aplicó las escalas de Hamilton para ansiedad (HARS)

o de depresión Geriátrica de Yesavage según correspondía para tener un parámetro en 2 meses con respecto a si hubo o no mejoría en trastorno de ansiedad generalizada o trastorno depresivo.

A los pacientes que reunieron los criterios de Deterioro Cognitivo (DC) y de Insomnio (IC) se les dio seguimiento para evaluar su evolución en la Fase 2 del estudio.

Fase 2

Los pacientes de cada grupo tanto de trastorno de ansiedad generalizada como de trastorno depresivo que en sus escalas MMSE e ISI resultaron con deterioro cognitivo e insomnio, se les cito en un lapso de 2 meses. El manejo psicoterapéutico y/o psicofarmacológico estuvo a cargo de médico psiquiatra (independiente totalmente al grupo de investigación). El contactar a los pacientes estuvo a cargo tanto por personal médico como por trabajo social.

A estos pacientes se les aplicó una segunda medición de las 4 escalas, dependiendo el grupo determinado.

Una vez que se recolectó la información, se procedió a su análisis estadístico. La **Figura 1** presenta la ruta de selección de los participantes.

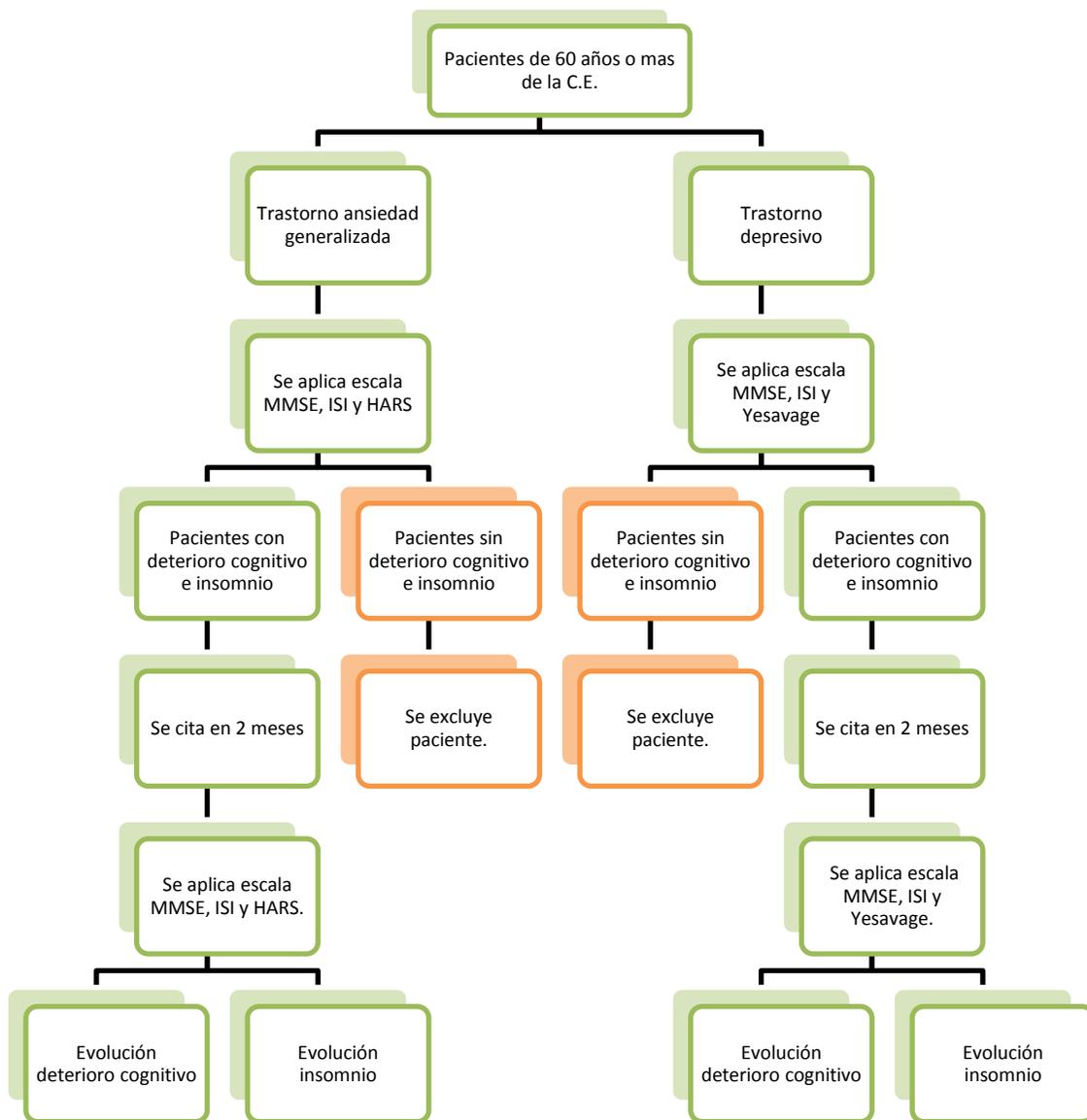


Figura 1. Descripción de la metodología general del estudio

Análisis estadístico

1.- Se aplicó estadística descriptiva para obtener frecuencia y los porcentajes de deterioro cognitivo e insomnio en ambos grupos (trastorno de ansiedad generalizada y trastorno depresivo) al inicio del estudio (basal) y después de 2 meses de tratamiento.

2.- Se comparó la evolución del deterioro cognitivo e insomnio en ambos grupos por medio de la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon (muestras relacionadas) debido al tamaño de la muestra.

RESULTADOS

Fase 1

Los datos sociodemográficos de la población de la Fase 1 del estudio se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1. Datos sociodemográficos de la fase inicial del estudio.

	DIAGNÓSTICO		TOTAL
	TAG N: 30 (50%)	TD N: 30 (50%)	
Edad*	69.5	70.8	70.1
Sexo			
Femenino	29 (48.3%)	20 (33.3%)	49 (81.6%)
Masculino	01 (1.6%)	10 (16.6%)	11 (18.3%)
Estado civil			
Casado(a)	16 (26.6%)	20 (33.3%)	36 (60%)
Divorciado(a)	02 (3.3%)	01 (1.6%)	03 (5%)
Viudo(a)	10 (16.6%)	06 (10%)	16 (26.6%)
Separado(a)	00 (0%)	01 (1.6%)	01 (1.6%)
Soltero(a)	02 (3.3%)	02 (3.3%)	04 (6.6%)
Escolaridad			
Sabe leer y escribir	04 (6.6%)	01 (1.6%)	05 (8.3%)
De 1 a 2 años de escolaridad	03 (5%)	08 (13.3%)	11 (18.3%)
De 3 a 10 años de escolaridad	19 (31.6%)	17 (28.3%)	36 (60%)
Más de 10 años	04 (6.6%)	04 (6.6%)	08 (13.3%)
Deterioro cognitivo			
Positivo	05 (8.3%)	03 (5%)	08 (13.3%)
Negativo	25 (41.6%)	27 (45%)	52 (86.6%)
Insomnio			
Positivo	09 (15%)	04 (6.6%)	13 (21.6%)
Negativo	22 (36.6%)	26 (43.3%)	47 (78.3%)

* Promedio (desviación estándar)

Una vez identificados los pacientes con deterioro cognitivo (DC) y con insomnio, se les dio seguimiento.

Con respecto al diagnóstico de deterioro cognitivo (DC), su frecuencia fue mayor en los pacientes con TAG que en los pacientes con TD. El insomnio se diagnosticó en 13 de los 60 pacientes, siendo nuevamente más alta su presencia en los pacientes con TAG que en los pacientes con TD (**tabla 2**).

Tabla 2: Datos sociodemográficos en pacientes que presentaron Deterioro Cognitivo (DC) e Insomnio (IC) en la primera medición.

	DC (08)	IC (13)	TOTAL***
Edad*	72.8 (7.6)	69.5 (8.1)	71.2 (8.3)
Sexo			
Femenino	8 (100%)	12 (92.3%)	17 (94%)
Masculino	0 (0%)	01 (7.7%)	1 (6%)
Estado Civil			
Casado(a)	03 (37.5%)	08 (61.5%)	9 (50%)
Viudo(a)	05 (62.5%)	05 (38.5%)	9 (50%)
Escolaridad			
Sabe leer y escribir	02 (25%)	01 (7.6%)	2 (11%)
De 1 a 2 años de escolaridad	03 (37.5%)	04 (30.7%)	5 (28%)
De 3 a 10 años de escolaridad	03 (37.5%)	07 (53.8%)	10 (56%)
Más de 10 años		01 (7.6%)	1 (6%)
Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)	05 (8%)	09 (15%)	11 (61%)
Trastorno Depresivo (TD)	03 (5%)	04 (6.6%)	07 (39%)
Puntuación Minimental Folstein (MMSE)*	20.9 (1.9)	25.5 (3.6)	24.4 (3.6)
Puntuación Índice de Severidad del Insomnio (ISI)*	6.6 (4.5)	13.1 (3.9)	10.6 (5.4)

* Promedio (Desviación Estándar)

** No hubo separados, solteros ni divorciados.

*** 3 pacientes cumplieron para los 2 grupos.

Los pacientes del grupo con TAG tuvieron una media menor en el MMSE al compararlos con el grupo de TD. $M= 26.2$ (DE 3.1) y 27.2 (DE 2.6) respectivamente, sin que estas diferencias fueran significativas ($t= -1.45$, $p=0.15$). Asimismo, en cuestión al ISI, se observó que hay pacientes con puntajes más altos en TAG que con respecto a los pacientes con TD. $M= 6.5$ (DE 4.6) y 5.4 (DE 4.9) respectivamente, nuevamente sin ser estas diferencias significativas ($t=0.90$, $p=0.37$), representando esto mayor número de pacientes que cumplieron para DC e Insomnio clínico en el grupo de TAG. **(Tabla 2)**.

Conforme al manejo terapéutico que utilizaron los médicos tratantes, se encontró que en 34 de los 60 pacientes el manejo terapéutico fue con psicofármacos (57%), siendo los medicamentos más utilizados los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) dentro de los cuales el Citalopram fue el que más se indicó seguidos de Fluoxetina y Paroxetina. También benzodiacepinas dentro del cual Clonazepam fue el utilizado y también se prescribieron neurolépticos de segunda generación como Olanzapina y Quetiapina. A 9 pacientes se les indicó solo psicoterapia en cualquiera de sus modalidades (15%) y el 28% (17 pacientes) se manejaron con terapéutica mixta (psicofármacos y psicoterapia). Los pacientes que cumplieron criterios para deterioro cognitivo, todos fueron manejados solamente con psicofármacos. De los 13 pacientes que cumplieron criterios para Insomnio clínico, 5 pacientes fueron manejados con tratamiento mixto y 8 pacientes solo con psicofármacos. **(Figura 2)**.



Figura 2. Tipo de tratamiento recibido en el total de los pacientes.

Fase 2

De tal forma que cumplieron para seguimiento 18 de los 60 pacientes iniciales, siendo 11 pacientes con TAG y 7 pacientes con TD a los que se citó para una segunda medición. 3 de los pacientes con TAG cumplieron para DC y para Insomnio clínico simultáneamente.

Ya en el seguimiento a 2 meses de tratamiento, solo 11 de los 18 pacientes citados acudieron al mismo (61%), 6 de los 8 pacientes diagnosticados con DC acudieron a su cita programada (75%) y 7 de los 13 pacientes iniciales con Insomnio clínico (53.84%). Se perdieron del seguimiento 7 pacientes por diversos motivos como cambio de domicilio o estar en el interior de la República. (**Figura 3**).

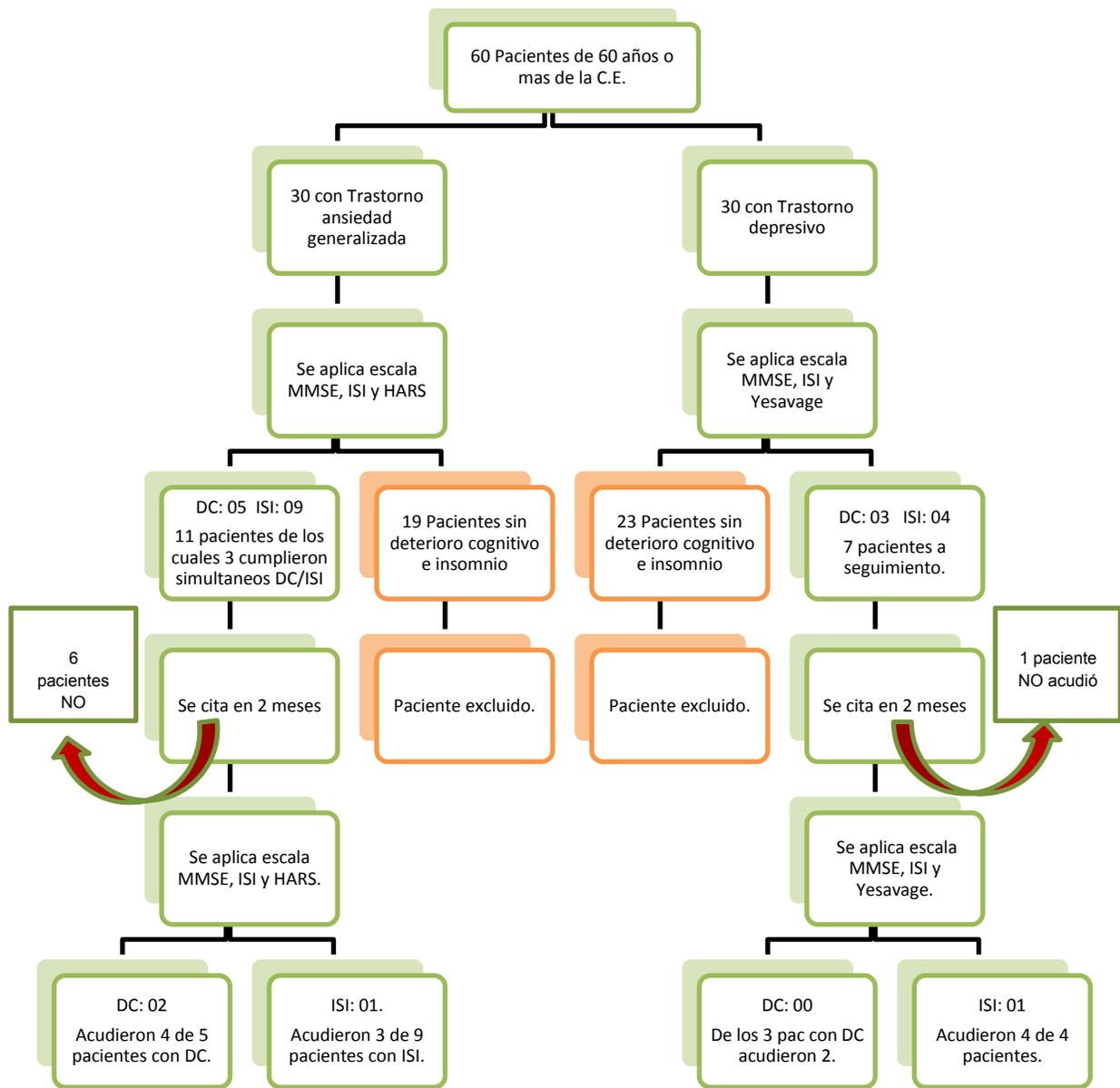


Figura 3: Descripción de la segunda evaluación en los pacientes que presentaron DC y/o IC.

De los 6 pacientes con DC que acudieron a seguimiento, 4 de ellos presentaron mejoría clínica en su cognición, pasando de diagnóstico de deterioro cognitivo a no deterioro cognitivo conforme al puntaje de corte, 2 pacientes se mantuvieron con deterioro cognitivo, uno en el mismo puntaje del MMSE basal y otro que mejoró en puntaje pero continuó con diagnóstico de DC a pesar de haber mejorado en la escala HARS conforme a su medición basal. Esto es, 66.66% de pacientes presentó mejoría en su cognición con respecto de su medición basal y en su seguimiento a 2 meses de tratamiento, pasando de deterioro cognitivo a no deterioro cognitivo conforme a puntaje MMSE, mejorando de igual forma en su afecto y en las escalas HARS y Yesavage respectivamente (**Figura 4**). Un paciente que presentó DC con TD, tenía glaucoma como antecedente de importancia y se adecuó la escala MMSE para su evaluación.

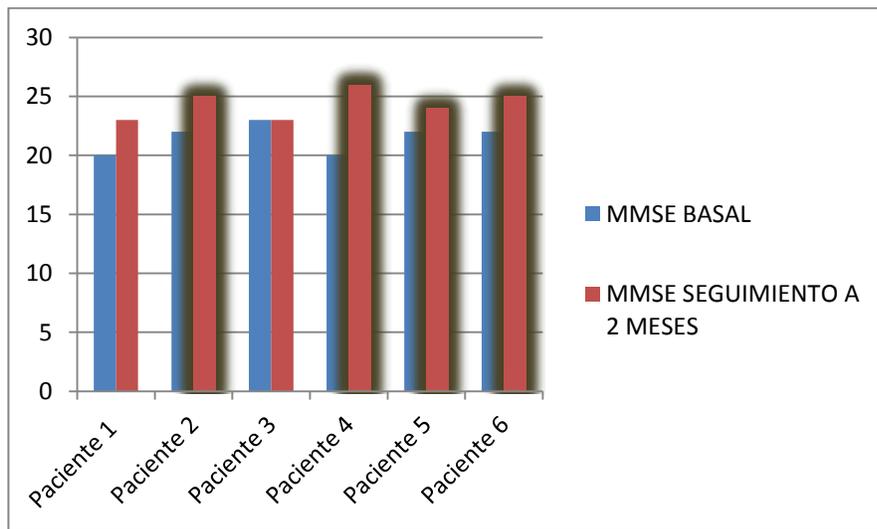


Figura 4. Cambios la puntuación del mini-mental “MMSE” en pacientes con DC.

Se aplicó la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon (muestras relacionadas) (**Figura 5**) para evaluar la evolución de los participantes contra sí mismos en la

segunda evaluación por medio de escala Minimental, las cuales resultaron estadísticamente significativa ($p= 0.04$).

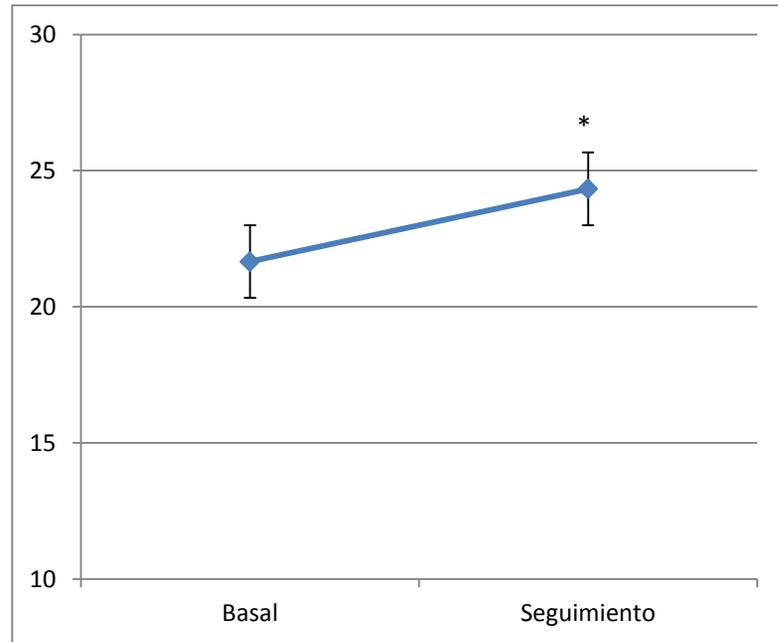


Figura 5. Cambios en la puntuación del MMSE del basal y seguimiento en los pacientes con DC.
*** $p=0.04$**

De los 7 pacientes con Insomnio clínico que acudieron a seguimiento (3 con TAG y 4 con TD), 5 (71.42%) presentaron disminución en la escala ISI pasando de Insomnio clínico a no Insomnio clínico (3 pacientes con TD y 2 con TAG) en el seguimiento a 2 meses de tratamiento y de igual forma presentaron mejoría en su afecto y mejor puntaje en las escalas HARS y Yesavage respectivamente, permaneciendo 2 pacientes (28.58%) (1 en cada grupo) con puntaje en ISI para Insomnio clínico a pesar de mejoría en su afecto y en las escalas mencionadas (**Figura 6**).

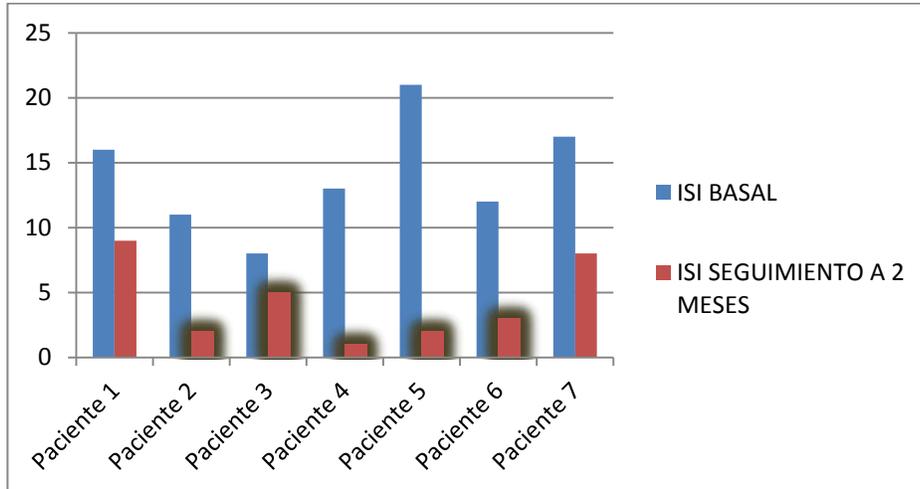
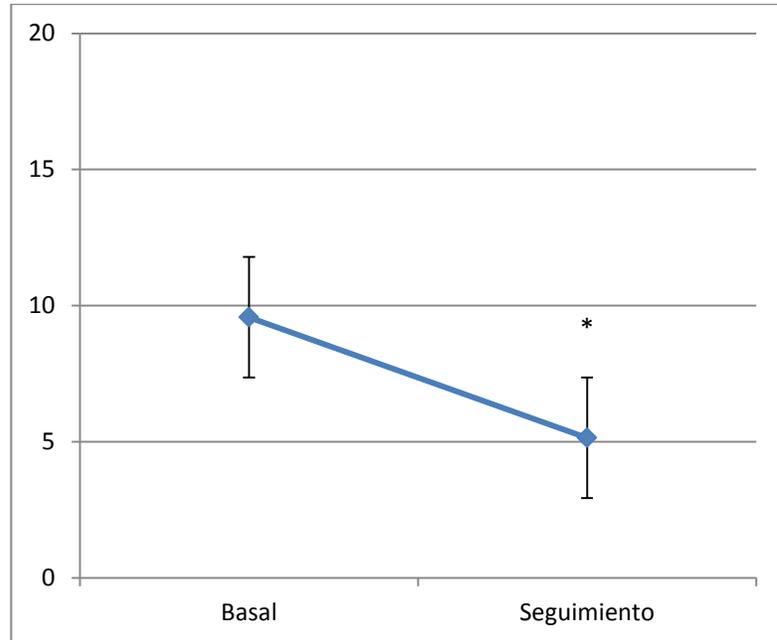


Figura 6. Cambios en la puntuación del “ISI” en pacientes con IC.

Al comparar las puntuaciones en el ISI en los participantes de ambos grupos que se presentaron a la evaluación de seguimiento, es evidente una mejoría en la presencia de insomnio.



**Figura 7. Cambios en la puntuación del ISI del basal al seguimiento en los pacientes con IC.
*p=0.017**

Se compararon los puntajes de la prueba del índice de severidad de insomnio en el seguimiento de los participantes, con la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon (muestras relacionadas) en la cual se encontraron diferencias estadísticamente significativas para la mejoría ($p= 0.017$). (**Figura 7**).

DISCUSIÓN

La media de edad de los pacientes que participaron en este estudio fue de 69.5 años y de 70.8 años para TAG y TD respectivamente, lo cual como lo describe el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2), cae dentro del 41.3% de la población mexicana que se encuentra en una vejez funcional. También se encontró en este estudio que la mayor cantidad de pacientes corresponde a mujeres, lo cual coincide con lo señalado por Byers AL (4) al referir que en los adultos mayores la prevalencia de ansiedad y depresión es alta, principalmente en las mujeres.

En este estudio, se encontró una presencia de DC del 13%, lo cual en primera instancia es mayor a lo reportado por la Encuesta de Salud y Envejecimiento de Latinoamérica (9) y lo encontrado por Juárez-Cedillo T (11) y Mejía-Arango S (12), sin embargo, a diferencia de estos 2 autores donde abarca población general de servicios de salud en México, en este estudio fueron solo pacientes que ya contaban con las características de TAG o TD. Del mismo modo, se encontró una presencia de Insomnio clínico del 22% y la literatura señala del 23 al 26% de la población general de acuerdo a la Guía Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento del Insomnio en el Anciano (14), sin embargo, mientras la literatura indica que el DC se ha visto más asociado con trastornos depresivos (11 y 12), en nuestro estudio se encontró mayor presencia de DC en el grupo de TAG que en el de TD. La literatura señala que el trastorno de ansiedad generalizada es el más asociado a insomnio (13) y en nuestro estudio también se obtuvo una presencia mayor de Insomnio clínico en el grupo de TAG que en el de TD.

Con respecto al seguimiento a 2 meses de tratamiento, 67% de pacientes con DC presentó mejoría en su cognición de su medición basal y en su seguimiento a 2 meses de tratamiento, pasando de deterioro cognitivo a no deterioro cognitivo conforme a puntaje MMSE incrementando entre 2 a 3 puntos en MMSE pero

ninguno de los pacientes que mejoró obtuvo puntaje de 30 lo cual nos indica que a pesar de haber mejoría continúan con algunas alteraciones en su cognición por lo que en futuros estudios es conveniente un seguimiento más detallado. El 71% presentaron disminución en la escala ISI pasando de Insomnio clínico a no Insomnio clínico en el seguimiento a 2 meses de tratamiento, con lo que al mejorar la calidad de sueño se hace intervención en la asociación del insomnio con posterior deterioro cognitivo (15 y 16). Sin embargo, solamente acudió el 61.11% de los pacientes esperados a seguimiento y por lo tanto se desconoce la evolución clínica del resto de los pacientes. Aunado a esto, no se encontraron estudios de seguimiento semejantes al que nosotros realizamos para poder contrastar nuestros resultados.

Para futuras investigaciones se deben encontrar los mecanismos para incentivar la asistencia de los participantes evaluados.

Dentro de las debilidades de este estudio se encuentra que no se siguió al resto de los 60 pacientes para evaluar su evolución con respecto a TAG o TD (quienes no presentaron DC y/o insomnio), para valorar si no presentaban DC e insomnio posteriormente en su segunda evaluación. Una propuesta es que en próximos estudios se incluyan a mayor número de pacientes con DC e insomnio para que el estudio tenga mayor poder y validez ya que en el presente se perdió más del 30% de la muestra de seguimiento.

CONCLUSIONES

A pesar de que hubo pérdidas significativas de pacientes, este estudio señala que si hacemos intervención terapéutica en pacientes con Deterioro cognitivo e insomnio que presentan trastorno de ansiedad generalizada o trastorno depresivo, podemos mejorar su cognición y su calidad de sueño antes de que estos síntomas de ansiedad, síntomas depresivos o insomnio se perpetúen y se instale irreversiblemente el deterioro cognitivo que pueda evolucionar a demencia, interviniendo así en mejorar la calidad de vida para el paciente y alargar los años de independencia y funcionalidad del mismo.

Una limitante de este estudio fue la falta de participación de los pacientes para la segunda evaluación, lo que puede indicar que en este grupo de edad la asistencia continua a las citas puede depender de factores ajenos a la salud del paciente como depender de otros para asistir a sus consultas. Para futuros estudios puede ser relevante profundizar en los aspectos contextuales que influyen en la continuidad de la asistencia a sus citas de tratamiento psiquiátrico.

REFERENCIAS

- 1.-Velázquez MT. el envejecimiento de la población. Ciencias. UNAM. 2004 Sep.: 28-34.
- 2.- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Datos Nacionales 2013. Aguascalientes: Instituto Nacional de Estadística y Geografía; 2013.
- 3.- Gutiérrez-Robledo LM, Ávila-Fematt FM, Montaña-Álvarez M. La Geriatria en México. Instituto de Geriatria 2010 ; 5; (2): 43-48.
- 4.-Byers AL, Yaffe K, Covinsky KE, Friedman MB, Bruce ML. High Occurrence of Mood and Anxiety Disorders among Older Adults: The National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry. 2010 May ; 67(5): 489–496.
- 5.- Lenze EJ, Mulsant BH, Shear MK, Schulberg HC, Dew MA, Begley AE, et al. Comorbid Anxiety Disorders in Depressed Elderly Patients. Am J Psychiatry 2000; 157:722–728.
- 6.- Minaya O, Ugalde O, Fresán A. Uso inapropiado de fármacos de prescripción: dependencia a benzodiazepinas en adultos mayores. Salud Mental 2009; 32:405-411.
- 7.- Sinoff G, Wemer P. Anxiety disorder and accompanying subjective memory loss in the elderly as a predictor of future cognitive decline. Int J Geriatr Psychiatry. 2003 Oct;18(10):951-9.

- 8.- Kaduszkiewicz H, Eisele M, Wiese B, Prokein J, Lupp M, Luck T, et al. Prognosis of Mild Cognitive Impairment in General Practice: Results of the German AgeCoDe Study. *Ann Fam Med* 2014;158-165.
- 9.- Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y tratamiento del deterioro cognoscitivo en el adulto mayor en el primer nivel de atención. México: IMSS, 2012.
- 10.- Pérez M, Deterioro cognoscitivo, Instituto de Geriatria. Pág 221-228.
- 11.- Juárez-Cedillo T, Sánchez-Arenas R, Sánchez-García S, García Peña C, Ging-Yuek RH, Sepehry AA, et al. Prevalence of Mild Cognitive impairment and its subtypes in the Mexican Population. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2012; 34:271-281.
- 12.- Mejía-Arango S, Miguel-Jaimes A, Villa A, Ruíz-Arregui L, Gutiérrez-Robledo LM. Deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores en México. *salud pública de México* 49 (4); 2007.
- 13.-Rebok F, Daray FM. Tratamiento integral del insomnio en el adulto mayor. *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 18 (4); 2014: 306 a 321.
- 14.- Guía Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento del Insomnio en el Anciano. México: IMSS 2011.
- 15.- Potvin O, Lorrain D, Forget H, Dubé M, Grenier S, Prévite M, et al. Sleep Quality and 1-Year Incident Cognitive Impairment in Community-Dwelling Older Adults. *SLEEP*, 35 (4); 2012.
- 16.-Blackwell T, Yaffe K, Laffan A, Ancoll-Israel S, Redline S, Ensrud KE. Associations of objectively and subjectively measured sleep quality with subsequent cognitive decline in older community-dwelling men: the MrOS sleep study. *Sleep*. 2014 Apr 1;37(4):655-63.
- 17.- Sadock BJ, Sadock VA, Levin Z. Sinopsis de psiquiatría. 10ª. Edición Lippincott Williams y Wilkins; 2009.

18.-Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR: "Mini Mental State": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinical. J Psychiatr Res 12: 189-198, 1975.

19.- Díaz R, Ruano MI. Prevalencia y persistencia del insomnio crónico. Acta Médica Colombiana, 36 (3); julio-septiembre, 2011: pp. 119-124.

20.- Bastien CH, Vallières A, Morin CM. Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. Sleep Medicine 2 (2001) 297-307.

21.- Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2009.

ANEXOS

FORMATO DE LEVANTAMIENTO DE DATOS

FECHA:

NOMBRE DEL PACIENTE:

EDAD:

SEXO:

ESTADO CIVIL:

DIAGNÓSTICO: TRASTORNO ANSIEDAD GENERALIZADA/TRASTORNO
DEPRESIVO:

ESCALAS:

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE) DE FOLSTEIN:

INDICE DE SEVERIDAD DE INSOMNIO (ISI):

ESCALA DE HAMILTON PARA ANSIEDAD:

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIATRICA YESAVAGE:

SEGUIMIENTO A 2 MESES:

ESCALAS:

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE) DE FOLSTEIN:

INDICE DE SEVERIDAD DE INSOMNIO (ISI):

ESCALA DE HAMILTON PARA ANSIEDAD:

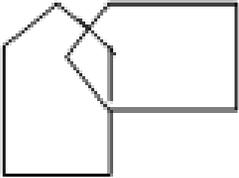
ESCALA DE DEPRESIÓN GERIATRICA YESAVAGE:



MINI EXAMEN DEL ESTADO MENTAL DE FOLSTEIN.

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____

		Calificación	
		Máxima	Obtendida
ORIENTACION			
¿Cuál fecha es hoy?	()	(5)	()
¿En qué año estamos?	()		
¿En qué mes estamos?	()		
¿Qué día del mes es hoy?	()		
¿Qué día de la semana?	()		
¿Qué hora es aproximadamente?	()		
¿En dónde nos encontramos ahora?		(5)	()
¿En qué lugar estamos?	()		
¿En qué país?	()		
¿En qué estado?	()		
¿En qué ciudad o población?	()		
¿En qué colonia, delegación o municipio?	()		
MEMORIA DE FILIACIÓN		(3)	()
Repita estas 3 palabras, pronuncie claramente las palabras, una cada segundo: papel, biblioteca y cochera; después pida al sujeto que las repita. Anote un punto por cada respuesta correcta del primer ensayo. Si no lleva a cabo la tarea en el primer ensayo repítalo hasta que el sujeto se las aprenda (máximo 6 ensayos).			
CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO	()	(5)	()
Reste de 7 en 7 a partir de 100, fíjese bien se trata de contar para atrás restando 7, por ejemplo: 100-7 = 93; 93-7 =86. Deténgalo después de 5 sustracciones.	()		
	()		
	()		
	()		
MEMORIA DE EVOCACIÓN	()	(3)	()
Repita las 3 palabras que le pedí que recordará.	()		
	()		
LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN	()	(3)	()
Muestre al sujeto un reloj y pregúntele: ¿Cómo se llama esto? Repita lo mismo con un lápiz.	()		
	()		
Diga al sujeto la siguiente instrucción: "te voy a decir una frase, repítala después de mí, sólo se la puedo decir una vez así que ponga mucha atención". "MI NO, MI SI, MI PERO"			
Coloque una hoja de papel sobre el escritorio e indique al sujeto: "te voy a dar algunas instrucciones. Por favor sigelas en el orden que se las voy a decir. Sólo se las puedo decir una vez". "Tome este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y déjelo en el suelo". Dé un punto por cada paso correctamente ejecutado.	()	(3)	()
	()		
	()		
Muestre al sujeto la instrucción escrita en la tarjeta: "CIERRE LOS OJOS". Pida al		(1)	()

<p>sujeto "por favor haga lo que dice aquí".</p>			
<p>Presente al sujeto una hoja en blanco. Pídale: "quiero que por favor escriba una frase o enunciado".</p>		(1)	()
<p>Píde al sujeto: "copie por favor, este dibujo en el espacio en blanco de esta misma hoja". No retire el modelo hasta que la persona termine. Debe haber 10 ángulos y 2 intersecciones.</p>		(1)	()
			

Anexo 6. Instrumentos de medida del insomnio (escalas)

ISI[®]: Insomnia Severity Index. Índice de Gravedad del insomnio

1. Indica la gravedad de tu actual problema(s) de sueño:					
	Nada	Leve	Moderado	Grave	Muy grave
Dificultad para quedarse dormido/a:	0	1	2	3	4
Dificultad para permanecer dormido/a:	0	1	2	3	4
Despertarse muy temprano:	0	1	2	3	4
2. ¿Cómo estás de satisfecho/a en la actualidad con tu sueño?					
Muy satisfecho		Moderadamente satisfecho		Muy insatisfecho	
0	1	2	3	4	
3. ¿En qué medida consideras que tu problema de sueño interfiere con tu funcionamiento diario (Ej.: fatiga durante el día, capacidad para las tareas cotidianas/trabajo, concentración, memoria, estado de ánimo etc.)?					
Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo	
0	1	2	3	4	
4. ¿En qué medida crees que los demás se dan cuenta de tu problema de sueño por lo que afecta a tu calidad de vida?					
Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo	
0	1	2	3	4	
5. ¿Cómo estás de preocupado/a por tu actual problema de sueño?					
Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo	
0	1	2	3	4	

Corrección:

Sumar la puntuación de todos los ítems:

$$(1a + 1b + 1c + 2 + 3 + 4 + 5) = \underline{\hspace{2cm}}$$

El intervalo de la puntuación total es 0-28.

Interpretación:

La puntuación total se valora como sigue:

0-7 = ausencia de insomnio clínico

8-14 = insomnio subclínico

15-21 = insomnio clínico (moderado)

22-28 = insomnio clínico (grave)

Nombre
Unidad/Centro

Fecha
Nº Historia

7.2 ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA –TEST DE YESAVAGE-

Población diana: Población general mayor de 65 años. Se trata de un cuestionario heteroadministrado utilizado para el cribado de la depresión en personas mayores de 65 años.

Existen dos versiones:

- **Versión de 15:** Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15, y negativas en los ítems 1, 5, 7, 11 y 13. Cada respuesta errónea puntúa 1. Los puntos de corte son:
 - 0 - 4 : Normal
 - 5 ó +: Depresión
- **Versión de 5 ítems:** Los ítems incluidos en esta versión son el 3, 4, 5, 8 y 13. Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 3, 4 y 8, y la negativa en el ítem 5 y 13. Cada respuesta errónea puntúa 1. Un número de respuestas erróneas superior o igual a 2 se considera depresión.

1- En general ¿Está satisfecho con su vida?	SÍ	NO
2- ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	SÍ	NO
3- ¿Siente que su vida está vacía?	SÍ	NO
4- ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	SÍ	NO
5- ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	SÍ	NO
6- ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	SÍ	NO
7- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SÍ	NO
8- ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido?	SÍ	NO
9- ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	SÍ	NO
10- ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SÍ	NO
11- En estos momentos, ¿piensa que es estupendo estar vivo?	SÍ	NO
12- ¿Actualmente se siente un/a inútil?	SÍ	NO
13- ¿Se siente lleno/a de energía?	SÍ	NO
14- ¿Se siente sin esperanza en este momento?	SÍ	NO
15- ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	SÍ	NO
PUNTUACIÓN TOTAL – V5		
PUNTUACIÓN TOTAL – V15		

Aguado C, Martínez J, Onís MC, Dueñas RM, Espejo J. Adaptación y validación al castellano de la versión abreviada de la <<Geriatric Depression Scale>> (GDS) de Yesavage. Aten Primaria 2000; 26 (Sup 1): 328.

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4

7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para comer, náuseas, vómitos, estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas energéticas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0	1	2	3	4

Ansiedad psíquica	
Ansiedad somática	
PUNTUACIÓN TOTAL	