

Demencia y Depresión en Adulto Mayor

Dementia and Depression in Elderly

Dra. Patricia Pardo Díaz ¹, Dr. Jorge González- Hernández ²

¹ Residente de Neurología. Departamento de Neurología, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

² Docente de Neurología, Hospital de Urgencia Asistencia Pública, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción

Se define demencia como un deterioro de la función intelectual de carácter adquirido y persistente. La demencia inicialmente puede manifestarse con afección de algunas capacidades, pero por definición debe existir alteración de al menos tres de las siguientes áreas cognitivas: memoria, lenguaje, habilidades visuoespaciales, emocional, personalidad y cognición. Debe descartarse la presencia de delirium y además debe incapacitar en algún grado al paciente.

La depresión se define como un trastorno psiquiátrico que se caracteriza por un desequilibrio del estado de ánimo donde el paciente muestra un sentimiento profundo de tristeza, desesperanza, autodevaluación y desinterés por las cosas que usualmente son fuente de placer, que se acompaña de otros signos y síntomas somáticos, motores y/o cognitivos.

La relación entre ambas patologías se ha investigado desde el año 1961 (L. Kiloh) y posteriormente Wels publicó en *American Journal Psychiatry* los conceptos de pseudodemencia depresiva y depresión tipo Alzheimer; términos utilizados por algunos especialistas hasta el día de hoy.

Actualmente; se sabe que la concomitancia de demencia y depresión incrementa la incapacidad, provoca un mayor deterioro de las actividades de la vida diaria, aumenta las posibilidades de institucionalización y la mortalidad es más elevada.

Al presentarse con una alta prevalencia e incidencia en los pacientes geriátricos, los trastornos depresivos se han convertido en un problema importante de salud pública a nivel mundial, ya que reducen la calidad de vida e impiden a las personas mayores realizar con éxito las actividades de la vida diaria

¿Depresión o Demencia?

Descartar desde el inicio una demencia en un paciente geriátrico que consulta por depresión y queja de memoria puede ser un gran desafío.

Hay algunas alteraciones en las conductas de los pacientes con depresión (insomnio, anorexia, llanto y tristeza), que se pueden observar con frecuencia en los pacientes con demencia, independiente al grado de deterioro.

La menor prevalencia de depresiones en las demencias severas puede ser un artefacto secundario a las dificultades que comporta la detección de ciertos síntomas psicopatológicos en este grupo.

Comparación entre demencia y pseudodemencia depresiva	
Demencia	Pseudodemencia depresiva
Primero aparecen las alteraciones cognitivas	Primero aparecen las alteraciones del estado de ánimo
Estado de ánimo inestable	Estado de ánimo permanentemente alterado
Coopera pero es inadecuado en la evaluación cognitiva y neurológica	No coopera o no se somete a la evaluación cognitiva y neurológica
Afasia	Sin afasia
Puede disfrutar de las cosas	No disfruta de las cosas

Hasta un 86% de los pacientes con demencia manifiestan síntomas depresivos en algún momento de su evolución. En el adulto mayor, debemos respondernos las siguientes preguntas ante un cuadro depresivo:

- ¿Es un primer episodio de depresión? (depresión tardía)
- ¿Existe el antecedente de un síndrome depresivo previo? ¿Es una recidiva? ¿Trastorno bipolar?
- ¿Es un trastorno depresivo menor en un paciente con demencia?
¿Distimia?
- ¿Son los síntomas depresivos secundarios al uso de algún fármaco o enfermedad sistémica?

La historia y antecedentes que aporten los familiares son muy útiles, para así lograr el enfoque en uno de los siguientes grupos diagnósticos en el adulto mayor:

- Depresión preexistente con demencia nueva
- Trastorno cognitivo sintomático de una depresión

- Depresión como primer síntoma de demencia
- Depresión reactiva a un deterioro cognitivo

Debido al solapamiento que frecuentemente se produce entre depresión y demencia, puede resultar difícil el diagnóstico diferencial entre ambas entidades. En el trastorno cognitivo producido por un trastorno funcional como la depresión, en ausencia de una patología demencial degenerativa, se presume que las alteraciones neuropsicológicas son parcial o totalmente reversibles como consecuencia de la remisión del trastorno de base (pseudodemencia).

La depresión junto a la demencia podría ser uno de los mayores problemas psicopatológicos que afecta a la gente anciana. La prevalencia oscila, de acuerdo a los diferentes criterios diagnósticos, entre el 1 y el 30%. Mientras algunos hablan de síntomas depresivos, otros se rigen por criterios diagnósticos más estrictos incluyendo en estas cifras a los pacientes que cumplen criterios para el diagnóstico de algún síndrome concreto como el trastorno depresivo mayor o el trastorno distímico.

Los síntomas depresivos aparecen aproximadamente en el 15% de la población mayor de 65 años. La prevalencia de la depresión mayor en la misma población es del 3%. Aún así, sólo reciben tratamiento psiquiátrico el 10% de los adultos mayores que lo necesitarían. Probablemente esto se deba a las dificultades para diagnosticar con claridad estos trastornos en las personas mayores.

Se ha descrito entre muchas otras, la posibilidad de que la depresión sea una reacción psicológica ante la conciencia de un deterioro cognitivo y pérdida de funcionalidad e independencia.

En la fisiopatología de la demencia existen alteraciones colinérgicas y algunos fármacos antidepresivos, como los tricíclicos, producen un efecto anticolinérgico. La exposición prolongada al tratamiento con algunos de estos fármacos podría predisponer biológicamente al desarrollo de una demencia. Por éste y muchos otros efectos adversos, es que fármacos tricíclicos como la amitriptilina, no se recomiendan para pacientes geriátricos.

La depresión, como precursor o como manifestación inicial de una demencia, tendría como mecanismo biológico la pérdida de neuronas noradrenérgicas. En pacientes con depresión y demencia se ha descrito atrofia en Locus Coeruleus.

La depresión presenta una prevalencia más alta que en la población general prácticamente en todas las etiologías de demencia, tanto corticales como subcorticales.

Pseudodemencia Depresiva

Corresponde a un subgrupo de pacientes en edad avanzada que se presentan con depresión, pero que además de las alteraciones anímicas, también desarrollan síntomas de deterioro cognitivo.

Los síntomas más frecuentes son: apatía, disminución del apetito, pérdida de interés por el entorno, insomnio, inquietud, alteraciones de la memoria y alteraciones en la concentración.

Una vez tratada la depresión, revierten su funcionamiento cognitivo, aunque un porcentaje no menor (aproximadamente 30%) evoluciona a demencia primaria. Por estas conclusiones, de diversos estudios de seguimiento, el término ha sido cuestionado.

En los mecanismos fisiopatológicos de la depresión se alteran los sistemas de neurotransmisión serotoninérgica, noradrenérgica, dopaminérgica y peptidérgica. La serotonina produce la inhibición o la activación de la neurotransmisión en el sistema nervioso central. Desde las neuronas de los núcleos dorsales y caudales del rafe se extienden numerosas proyecciones serotoninérgicas hacia áreas cerebrales asociadas a síntomas depresivos. Se ha observado disminución de los niveles de serotonina en el líquido céfalo-raquídeo de pacientes con depresión. El sistema noradrenérgico está también implicado en la depresión. El sistema dopaminérgico implica áreas cerebrales de las que depende el comportamiento y funciones fisiológicas alteradas en la depresión.

Principalmente por la afección del eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal en algunos adultos mayores, los síntomas depresivos pueden ser más prolongados. Una exposición a la incrementada liberación de cortisol es lo que generaría el deterioro de memoria (teoría de la Cascada Glucocorticoidea postulada por Sapolky el año 2000). Mientras que a corto plazo la secreción de glucocorticoides es beneficiosa para el enfrentamiento del organismo al estrés, a largo plazo altas concentraciones de estas sustancias pueden resultar perjudiciales. En el hipocampo hay receptores de glucocorticoides que juegan un papel muy importante en la inhibición de su secreción. La degeneración hipocampal que se da con el envejecimiento o por la exposición crónica a glucocorticoides, causa un deterioro gradual en su feedback inhibitorio. Debido a que la depresión habitualmente involucra el eje hipotalámico-pituitario-adrenal y el hipocampo está atrofiado en la demencia, esta hipótesis postula un mecanismo potencial por el que la depresión podría contribuir biológicamente al desarrollo de una demencia.

Conclusiones

Ha resultado complejo establecer cuál es la relación exacta entre la sintomatología depresiva y el deterioro de las funciones cognitivas, aunque la evidencia disponible apoya fuertemente la existencia de una mayor comorbilidad entre ellas. Dentro de las hipótesis planteadas, es probable también que en distintos pacientes alguno de estos mecanismos tenga más relevancia que en otros.

Es relativamente común el error diagnóstico en ambos sentidos, es decir catalogar como simple depresión a una demencia con síntomas disfóricos o, al revés, como demencia a una depresión reversible con el tratamiento correspondiente. La recomendación en caso de duda es realizar una exploración física y neuropsicológica completa, tratar el cuadro anímico de forma farmacológica y psicológica y, a través del seguimiento, determinar si hay un cuadro demencial concomitante. La información pronóstica al paciente y los familiares debe ser prudente hasta no tener el diagnóstico definitivo.

Bibliografía

1. Dujardin K, Sockeel P, Devos D, et al. Characteristics of apathy in Parkinson's disease. *Mov Disord* 2007;22:778–784.
2. Silvia Sörensen, Paul Duberstein, David Gill, Martin Piquart. Dementia care: mental health effects, intervention strategies, and clinical implications. *Lancet Neurol* 2006; 5: 961–73.
3. A. Verdelho, MD; H. Hénon, MD, PhD; F. Lebert, MD, PhD; F. Pasquier, MD, PhD; and D. Leys, MD, PhD. Depressive symptoms after stroke and relationship with dementia. A three-year follow-up study. *Neurology* 62 March (2 of 2) 2004.
4. John T O'Brien, Timo Erkinjuntti, Barry Reisberg, Gustavo Roman, Tohru Sawada, Leonardo Pantoni, et al., and Steven T DeKosky. Review of Vascular Cognitive Impairment. *Lancet Neurology* 2003; 2: 89–98.
5. D.A. Pérez-Martínez, J.J. Baztán, M. González-Becerra, A. Socorro. Evaluación de la utilidad diagnóstica de una adaptación española del Memory Impairment Screen de Buschke para detectar demencia y deterioro cognitivo. *REV NEUROL* 2005; 40 (11): 644-648.
6. Rico S.C. Lee, Daniel F. Hermens, Melanie A. Porter, M. Antoinette Redoblado-Hodge. A meta-analysis of cognitive deficits in first-episode Major Depressive Disorder. *Journal of Affective Disorders* 140 (2012) 113–124.
7. J. Craig Nelson, MD, and Davangere P. Devanand, MD. A Systematic Review and Meta-Analysis of Placebo-Controlled Antidepressant Studies in People with Depression and Dementia. *JAGS* 59:577–585, 2011.
8. Gabriel Robert, MD Florence Le Jeune, MD, PhD Clément Lozachmeur, MD Sophie Drapier, et al. Apathy in patients with Parkinson disease without dementia or depression. *Neurology* 79 September 11, 2012.

9. Ian McKeith, Jeffrey Cummings. Behavioural changes and psychological symptoms in dementia disorders. *Lancet Neurol* 2005; 4: 735–42.
10. M.I. Geerlings, PhD, T. den Heijer, MD, PhD P.J. Koudstaal, MD, PhD A. Hofman, MD, PhD M.M.B. Breteler, History of depression, depressive symptoms, and medial temporal lobe atrophy and the risk of Alzheimer disease. *Neurology* 2008;70:1258–1264.
11. J.S. Saczynski, PhD, A. Beiser, PhD S. Seshadri, MD S. Auerbach, MD P.A. Wolf, MD R. Au, PhD. Depressive symptoms and risk of dementia. *Neurology* 2010;75:35–41.
12. Joseph S. Goveas, MD, Mark A. Espeland, PhD, et al. Depressive Symptoms and Incidence of Mild Cognitive Impairment and Probable Dementia in Elderly Women: The Women's Health Initiative Memory Study. *J Am Geriatr Soc* 59:57–66, 2011.
13. Burns A. Affective symptoms in Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiat* 1991;6:371-376.
14. Greenwald BS, Kramer-Ginsberg E, Marin DB et al. Dementia with coexistent major depression. *Am J Psychiatry* 1989;146:1472-1478.
15. Gabriela Castillo-Parra, Esther Gomez-Perez. Depresión Tardía ¿Factor de Riesgo o Síntoma Prodrómico de Demencia?. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, Abril 2012, Vol.12, Nº1, pp. 243-257.
16. Eulàlia Izquierdo Munuera, Eduard Fernández, Montse Sitjas, Maria Elias, David Chesa. Depresión y Riesgo de Demencia.
17. Vonetta M. Dotson, PhD, May A. Beydoun, PhD, Alan B. Zonderman PhD. Recurrent depressive symptoms and the incidence of dementia and mild cognitive impairment. *Neurology* 75 July 6, 2010.
18. Jorm, A F. Is depression a risk factor for dementia or cognitive decline? A review. *Gerontology*; Jul/Aug 2000; 46,4.pg. 219.