



DEPRESIÓN Y DEMENCIA

AUTORES:

Joan Vilalta Franch.
Coordinador de Investigación
Unidad de Valoración de la Memoria y de las Demencias (UVAMI)
Hospital Santa Caterina
Instituto de Asistencia Sanitaria
Girona

E-MAIL: jvilaltaf@intersep.org

INDICE

[Epidemiología.](#)
[Depresión y gravedad de la demencia.](#)
[Depresión y subtipo de demencia.](#)
[Depresión y cognición.](#)
[Factores de riesgo de depresión en las demencias.](#)
[Fisiopatogenia de la depresión en las demencias.](#)
[Curso de las depresión en las demencias.](#) [Bibliografía](#)

EPIDEMIOLOGIA.

La prevalencia de depresión en la demencia oscila entre el 0 % (1) y el 51,7 % (2) en muestras clínicas y de 5.1 % (3) a 38.1 % (4) en muestras comunitarias. La prevalencia media es de 21.4 % para estudios clínicos y de 13,1 % para estudios comunitarios (5). La incidencia anual de Depresión Mayor y Depresión Menor (criterios RDC) en pacientes con demencia es de 10.6 % y 29.8 % respectivamente (6).

Parte de las discrepancias existentes en las cifras aportadas por los diferentes estudios, surgen de las dificultades que comporta el diagnóstico diferencial entre demencia, pseudodemencia depresiva y demencia con depresión.

DEPRESIÓN Y GRAVEDAD DE LA DEMENCIA.

Existe división de opiniones en cuanto las relaciones existentes entre depresión y gravedad de la demencia. En una revisión (5) en el que se incluyen sólo trabajos con un número mínimo de 45 participantes, se observa que en 4 se registra una asociación entre depresión y menor

gravedad de la demencia, en 2 es la mayor gravedad de la demencia la que determina una mayor frecuencia de depresiones, mientras que en otros 6 no se observa ninguna asociación. Finalmente, existen aportaciones que se definen por una menor frecuencia de depresiones en la Demencia Tipo Alzheimer (DTA) pero no en la Demencia Vascular (DV) (7). Hay que remarcar que los estudios que observan una asociación entre depresión y demencia de intensidad leve, están compuestos por muestras con un número elevado de sujetos de edad avanzada lo que puede sesgar los resultados (5).

Hay algunas alteraciones en la conducta de los pacientes con depresión (insomnio, anorexia, lloro, tristeza) que se pueden observar con cierta facilidad en los pacientes dementes independientemente del grado de deterioro, mientras que el sentimiento de culpa, la desesperanza y la ansiedad, pueden presentar dificultad en su valoración en los dementes con deterioro severo. Así pues, 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 de pacientes (8).

El análisis de la sintomatología depresiva en las demencias identifica dos grupos. En el primero se situaría la pérdida de interés, cambios psicomotores, pérdida de energía, disprosexia, dificultades en el pensamiento, mientras que la disforia, anorexia, pensamientos de culpa y de suicidio, formarían parte del segundo grupo. El primero se asocia con una mayor intensidad de la demencia, mientras que el segundo con demencias de menor gravedad (9).

La concomitancia de demencia y depresión incrementa la incapacidad (10), provoca un mayor deterioro de las actividades cotidianas (11), ofrece una mayor probabilidad de ingresar en un centro geriátrico (11) y la mortalidad es más elevada (1,12). La depresión no influye en la evolución del deterioro cognitivo (13).

Existe una correlación positiva entre la depresión y los trastornos de conducta tanto los derivados de los déficits mnésicos (preguntas repetitivas y olvidos) como las conductas disruptivas (agresividad y conductas peligrosas). La presencia de depresión se asocia con unos mayores niveles de alteraciones funcionales y de conducta pero con menores niveles de disfunción cognitiva (14). Este hecho permite sospechar que la depresión es una fuente complementaria de incapacidad en el deterioro cognitivo. Los trastornos de conducta se han asociado a la sintomatología depresiva puesto que en las demencias con depresión hay mayor inquietud, caídas, agitación, suspicacia, alucinaciones e incontinencia (15) y también más ideas delirantes (16).

DEPRESIÓN Y SUBTIPO DE DEMENCIA

Algunos trabajos detectan una mayor prevalencia de depresión en la DV (11,17,18,19), otros en la DTA (20,21), aunque también hay estudios que no han registrado diferencias entre los dos grupos de demencias (7,22,23). Dentro de la DV, a su vez, parece que las mujeres presentan depresiones con más frecuencia que los hombres (18). Se tiende a considerar que a pesar de que existe una elevada frecuencia de síntomas depresivos en los pacientes con DTA, no es habitual que presenten episodios de depresión mayor (18,24). Sólo en el 2.2 % de los pacientes con DTA, la sintomatología depresiva persiste en el tiempo (25), mientras que las depresiones en las DV son más duraderas (6) y severas (17). De la misma forma que en la DV, la sintomatología depresiva también es persistente en el AVC (26).

La depresión también se puede observar en otros tipos de demencia. El 38 % de los pacientes con demencia por cuerpos de Lewy presentan evidentes síntomas depresivos y el 14.3 % cumplen criterios de depresión mayor (37). En este subtipo de demencia las depresiones son más frecuentes que en la DTA (38). En ocasiones la sintomatología depresiva puede preceder al deterioro cognitivo y se considera que forma parte de la propia enfermedad más que una reacción a la misma (39). Asimismo, la sintomatología depresiva es el trastorno psiquiátrico asociado con mayor frecuencia a la demencia por hidrocefalia normotensiva y que no se modifica a pesar del tratamiento antidepressivo (40).

DEPRESIÓN Y COGNICIÓN

Un análisis de regresión múltiple muestra que el deterioro cognitivo explica el 42 % de la puntuación global de una escala psicométrica para la depresión (27). Este dato, sin embargo, no permite dilucidar si existe una asociación real entre depresión y deterioro o en realidad lo que se detecta son los síntomas que tanto se presentan en las demencias como en las depresiones (abulia, apatía...).

FACTORES DE RIESGO DE DEPRESIÓN EN LAS DEMENCIAS.

Los pacientes con DTA y depresión presentan con mayor frecuencia antecedentes de depresión entre sus familiares (28), pero no se ha encontrado asociación con la edad (9,21), salud física (11,22), estado civil (9), duración de la demencia (21) y sexo (9,21,22). Sin embargo, los pacientes con DTA y genotipo APOE3/4 tienen un riesgo tres veces mayor de presentar sintomatología depresiva que en la DTA con APOE3/3 (29).

FISIOPATOGENIA DE LA DEPRESIÓN EN LAS DEMENCIAS

Los pacientes con DTA y depresión tienen preservada la función colinérgica en diferentes áreas del cerebro lo que sugiere la existencia de un umbral colinérgico por debajo del cual no son posibles las manifestaciones de la depresión (30), aunque también es posible que la pérdida de neuronas colinérgicas comporte un aplanamiento de las respuestas emocionales con la consiguiente dificultad en detectar sintomatología depresiva. A través de las observaciones sobre los efectos de las sustancias colinérgicas (depresión, letargia, bradipsiquia, apatía, inhibición psicomotriz, astenia y aislamiento) y que revierten con atropina, que además ha demostrado efectos euforizantes en sujetos eufímicos y antidepressivos en pacientes deprimidos, junto con las propiedades antimaniacas de los colinomiméticos y la respuesta hiperactiva a los agonistas colinérgicos en los deprimidos, han permitido realizar la hipótesis de que en la DTA, dado su déficit colinérgico, existe cierto grado de protección para depresiones severas (18,31). En los pacientes con DTA y depresión se ha comprobado una mayor degeneración del Locus Coeruleus y de la Sustancia Negra comparados con los que sufren sólo DTA (32,33), y también se ha podido observar menores concentraciones de serotonina y noradrenalina en diferentes áreas del cerebro (33), lo que puede influir en el desarrollo de depresiones en estos pacientes (34).

La deplección catecolaminérgica provocada por la lesión focal puede ser la responsable de la depresión mayor tras AVC, en contraposición a los trastornos distímicos postAVC que podrían estar relacionados con rasgos previos de personalidad u otros factores psicosociales (35). Otras hipótesis enfatizan el grado de discapacidad física provocada por la AVC como factor que puede predisponer a la depresión (8). Las hiperintensidades subcorticales identifican a las depresiones de inicio tardío que por otra parte suelen cursar con determinados déficits cognitivos (36). Este dato permite

asociar la depresión con trastornos vasculares subcorticales y justificar la frecuencia de sintomatología depresiva en la DV.

CURSO DE LA DEPRESIÓN EN LAS DEMENCIAS

El seguimiento de los pacientes con depresión de inicio tardío y sin deterioro cognitivo, mostró que muchos de ellos se convirtieron inequívocamente en dementes (21). Asimismo, en los 10 años previos al desarrollo de una demencia, existe un elevado riesgo de haber sufrido una depresión con una Odds Ratio de 4.3 (41). En un estudio prospectivo, el riesgo relativo de sufrir una demencia a los 2.54 ± 1.12 años en pacientes con un humor inicial deprimido, es de 2.94 (IC al 95 % entre 1.76 y 4.91)(42). Estos datos permiten sospechar que los síntomas iniciales de algunas demencias pueden ser de tipo depresivo, e incluso algunos autores se permiten subclasificar la DTA según la presencia o no de depresión de forma previa a los síntomas cognitivos (43). Para los casos en que la demencia se manifiesta como un síndrome depresivo se ha acuñado el término de pseudodepresión (44).

BIBLIOGRAFIA

1. Burns A. Affective symptoms in Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatr* 1991;6:371-376.
2. Pozzi D, Golimstock A, Migliorelli R et al. Quantified electroencephalographic correlates of depression in Alzheimer's disease. *Biol Psychiatr* 1993;34:386-391.
3. O'Connor DW, Pollit PA, Roth M et al. Memory complaints and impairment in normal, depressed and demented elderly persons identified in a community survey. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47:224-227.
4. Cooper B, Schwarz R. Psychiatric case identification in an elderly urban population. *Soc Psychiatr* 1982;17:43-52
5. Ballard CG, Bannister C, Oyebode F. Depression in dementia sufferers. *Int J Geriatr Psychiatr* 1996a;11:507-515.
6. Ballard CG, Patel A, Solis M et al. A one-year follow-up study of depression in dementia sufferers. *Br J Psychiatry* 1996b;168:287-291.
7. Fisher P, Simamy M, Danielczyk W. Depression in dementia of the Alzheimer type and multi-infarct dementia. *Am J Psychiatry* 1990;147:1484-1487.
8. Cummings JL. Dementia and depression, an evolving enigma. *J Neuropsychiatr* 1989;1:236-242.
9. Forsell Y, Jorm AF, Fratiglioni L et al. Application of DSM-III-R criteria for major depressive episode to elderly subjects with and without dementia. *Am J Psychiatry* 1993;150:1199-1202.
10. Tery L, Wagner A. Alzheimer's disease and depression. *J Consul Clin Psychiatr* 1992;60:379-391.
11. Rovner BW, Broadhead J, Spencer M et al. Depression and Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry* 1989;146:350-353.

12. Zweig RM, Ross CA, Hedreen JC et al. The neuropathology of the aminergic nuclei in Alzheimer's disease. *Ann Neurol* 1988;24:233-242.
13. Haupt M, Kurz A, Greifenhagen A. Depression in Alzheimer's disease: Phenomenological features and association with severity and progression of cognitive and functional impairment. *Int J Geriatr Psychiatr* 1995;10:469-476.
14. Tariot PN, Blazina L. The psychopathology of dementia. En: Morris JC, ed. *Handbook of dementing illnesses*. New York: Marcel Dekker Inc, 1994.
15. Reifler BV, Larson E, Teri L. An outpatient psychiatry assessment and treatment service. *Clinics Geriatric Medicine* 1987;3:203-209.
16. Rabins PV, Merchant A, Nestadt G. Criteria for diagnosing reversible dementia: Validation by 2-year follow-up. *Br J Psychiatry* 1984;144:488-492.
17. Ballard C, Bannister C, Solis M et al. The prevalence, associations and symptoms of depression amongst dementia sufferers. *J Affect Disord* 1996;36:135-144.
18. Cummings JL, Miller B, Hill MA et al. Neuropsychiatric aspects of multi-infarct dementia and dementia of the Alzheimer type. *Arch Neurol* 1987;44:389-393.
19. Greenwald BS, Kramer-Ginsberg E, Marin DB et al. Dementia with co-existent major depression. *Am J Psychiatry* 1989;146:1472-1478.
20. Butch G, Adolfsson R. The comprehensive psychopathological rating scale in patients with dementia of the Alzheimer type and multi-infarct dementia. *Acta Psychiatr Scand* 1983;68:263-270.
21. Reding MJ, Haycox J, Blass J. Depression in patients referred to a dementia clinic: A three-year prospective study. *Arch Neurol* 1985;42:894-896.
22. Ballard CG, Cassidy G, Bannister C et al. Prevalence, symptom profile and aetiology of depression in dementia sufferers. *J Affect Disord* 1993;29:1-6.
23. Verhey FRJ, Rozendaal N, Ponds WHM et al. Dementia awareness and depression. *Int J Geriatr Psychiatr* 1993;8:851-856.
24. Jenike MA. *Geriatric psychiatric and psychopharmacology*. Chicago: Year Book Medical, 1989.
25. Devanand DP, Miller L, Richards M et al. The Columbia University Scale for Psychopathology in Alzheimer's disease. *Arch Neurol* 1992;49:371-376.
26. Burvill PW, Johnson GA, Jamrozik KD et al. Prevalence of depression after stroke: The Perth community stroke study. *Br J Psychiatry* 1995;166:320-327.
27. Andersen G, Vestergaard K, Ingemann-Nielsen M et al. Risk factors for

post-stroke depression. *Acta Psychiatr Scand* 1995;92:193-198.

28. Pearlson GD, Ross CA, Lohr WD et al. Association between family history of affective disorder and the depressive syndrome of Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry* 1990;147:452-456.

29. Ramachandran G, Marder K, Tang M et al. A preliminary study of apolipoprotein E genotype and psychiatric manifestations of Alzheimer's disease. *Neurology* 1996;47:256-259.

30. Zubenko GS, Moosy J, Martinez J et al. Neuropathologic and neurochemical correlates of psychosis in primary dementia. *Arch Neurol* 1991;48:619-624.

31. Cummings JL, Kaufer D. Neuropsychiatric aspects of Alzheimer's disease: The cholinergic hypothesis revisited. *Neurology* 1996;47:876-883.

32. Förstl H, Burns A, Levy R et al. Neuropathological correlates of psychotic phenomena in confirmed Alzheimer's disease. *Br J Psychiatry* 1994;165:53-59.

34. Kalayama B, Shamoian ChA. Geriatric psychiatric: An update. *J Clin Psychiatry* 1990;51:177-183.

33. Zubenko GS, Sullivan P, Nelson JP, et al. Brain imaging abnormalities in mental disorders of late life. *Arch*

Neurol 1990;47:1107-111.

35. Pelegrin C, De León J, Fernandez JM. Depresión en el ictus. *Rev Esp Neurol* 1985;4:485-493.

36. Salloway S, Malloy P, Kohn R et al. MRI and neuropsychological differences in early and late life onset geriatric depression. *Neurology* 1996;46:1567-1574.

37. McKeith IG, Perry RH, Fairbairn AF et al. Operational criteria for senile dementia of Lewy body type. *Psychol Med* 1992;9:11-22.

38. Klatka LA, Louis ED, Schiffer RB. Psychiatric features in diffuse Lewy body disease: A clinicopathologic study using Alzheimer's disease and Parkinson's disease comparison groups. *Neurology* 1996;47:1148-1152.

39. Lennox G. Lewy body dementia. En: Rossor MN, de. *Clinical Neurology. Unusual Dementias*. London: Baillière Tindall, 1992.

40. Pujol J, Azpiazu P. Manifestaciones delirantes en el curso de la hidrocefalia normotensiva en pacientes de edad avanzada. *Rev Psiquiatr Fac Med Barna* 1994;21:183-189.

41. Henderson AS. Co-occurrence of affective and cognitive symptoms: the epidemiological evidence. *Dementia* 1990;1:119-123.

42. Devanand DP, Sano M, Tang MX et al. Depressed mood and the incidence of Alzheimer's disease in the elderly living in the community. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53:175-182.

43. Rubin EH. Depression and dementia. En: Morris JC, de. Handbook of dementing illnesses. New York: Marcel Dekker Inc, 1994.

44. Feinberg T, Goodman B. Affective illness, dementia, and pseudodementia. J Clin Psychiatry 1984;45:99-103.

