

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LA DEPRESIÓN GERIÁTRICA EN UN LABORATORIO DE MEMORIA

CAROL DILLON¹, CECILIA M. SERRANO², MÓNICA ITURRY³, FERNANDO E. TARAGANO⁴,
PABLO M. POPOVICH⁵, PABLO SALGADO⁶, RICARDO FRANCISCO ALLEGRI⁷

¹Médica Psiquiatra, Becaria CONICET; ²Médica Neuróloga. Doctora en Neuropsicología; ³Doctora en Neuropsicología;
⁴Médico Psiquiatra. Investigador Independiente; ⁵Médico Clínico; ⁶Biólogo, Especialista en Estadística; ⁷Médico Neurólogo.
Doctor en Medicina. Investigador GCBA. Investigador CONICET.
Laboratorio de Investigación de la Memoria, Servicios de Neurología.
Hospital Municipal Abel Zubizarreta, GCBA. CONICET.
Servicios de Neuropsicología (SIREN) del Hospital Universitario, CEMIC.

Resumen *Introducción:* Existen diferentes subtipos de síndromes depresivos en geriatría con características particulares no consideradas en los criterios diagnósticos del DSM IV y el CIE 10. *Objetivo:* Estudiar los síndromes depresivos presentes en la población geriátrica. *Materiales y Método:* Se evaluaron 109 pacientes depresivos geriátricos y 30 controles normales apareados por edad y escolaridad con una entrevista neuropsiquiátrica, una extensa batería neuropsicológica y estudio de neuroimágenes. Los pacientes depresivos fueron clasificados en 4 grupos utilizando el SCAN 2005 (OMS): Depresión Mayor (n: 34), Distimia (n:29), Depresión Subsindrómica (n: 28), Depresión Asociada a Enfermedad Médica (Demencia) (n: 18). *Resultados:* Entre los pacientes depresivos y los controles se encontraron diferencias significativas ($p < .05$) en los factores de riesgo: estado civil (OR: 3.4, IC: 1.2-9.6), trabajo (OR: 5.3, IC: 2-14), antecedentes cardíacos (OR: 12.5 IC: 1.6-96.3) y dislipemia. Se demostraron también diferencias significativas en las neuroimágenes, en los tests neuropsicológicos, en las actividades de la vida diaria y en la sobrecarga del cuidador. Entre los distintos grupos de depresivos hubo diferencias significativas en la evaluación neuropsicológica y las neuroimágenes. *Conclusión:* Existen diferentes subtipos de depresión en geriatría con características clínicas que los distinguen de la depresión en los adultos jóvenes. La depresión en los ancianos puede ser el síntoma inicial de un proceso demencial y la expresión de una degeneración neuronal de una enfermedad cerebrovascular.

Palabras clave: depresión, subtipos, geriatría, cognición, calidad de vida.

Summary *Subtypes of Geriatric Depression in a Memory Research Center. Background:* Different subtypes of depressive syndromes exist in the elderly that were not considered in the DSM IV and CIE 10 diagnostic criteria. *Aim:* To study depressive syndromes in geriatric patients. *Materials and Method:* A hundred and nine depressive patients and thirty normal subjects matched by age and educational level were evaluated using a neuropsychiatric interview, an extensive neuropsychological battery and neuroimaging. Depressive patients were classified in different groups by SCAN 2.1 (Schedules for clinical assessment in Neuropsychiatry): Major Depression (n: 34), Dysthymia (n: 29), Subsyndromal Depression (n: 28), Mood disorder due to medical conditions (Dementia) (n: 18). *Results:* Significant differences were found ($p < .05$) in risk factors like marital status (OR: 3.4, CI: 1.2-9.6), work (OR: 5.3, CI: 2-14), cardiological diseases (OR: 12.5, CI: 1.6-96.3) and cholesterol levels between depressive patients and normal subjects. Neuropsychological and neuroanatomical differences were observed between the four depressive groups and depressive patients with controls. Significant differences were found in Daily life activities and caregivers burden between depressive patients and normal subjects. *Conclusion:* Subtypes of geriatric depression exist and have clinical features that can differentiate them from depression in the youth because could be expression of neuronal degeneration or cerebrovascular disease.

Key words: depression, subtypes, geriatrics, cognition, quality of life.

Introducción

Numerosos progresos en distintas ramas de la ciencia en general y de la medicina en particular, condujeron en estas últimas décadas al incremento de la población de edad avanzada. En Argentina, el último censo registró 37.500.000 habitantes, de los cuales 4.700.000 son mayores de 60, con un predominio de mujeres (62%). La expectativa de vida país es de 73.9 años. La estructura etárea de la población ha pasado desde 1950 de tener una forma piramidal de gran base debido al alto rango de fecundidad a perder esa forma estrictamente triangular en 1985 debido al incremento de la proporción de ancianos y se espera para el año 2020 que va a cambiar a una forma de pirámide invertida similar a la de países desarrollados¹.

La población de la Ciudad de Buenos Aires es de 2.776.138 habitantes con un 15.4% de sujetos mayores de 65 años (428.248). Esto es mayor en algunas áreas como la zona de influencia de los nosocomios (región norte y noroeste) en donde el 19% son sujetos mayores de 65 años¹.

A medida que la población geriátrica aumenta, también lo hace el número de pacientes psiquiátricos gerontes. Estos pacientes tienen ciertas características particulares y específicas que no fueron consideradas en los criterios diagnósticos de patologías psiquiátricas desarrollados para adultos jóvenes como el DSM IV y el CIE 10^{2,3}. Esto determina dificultades clínicas para el reconocimiento de patologías psiquiátricas en la tercera edad.

La incidencia y la prevalencia de la depresión aumentan exponencialmente en los sujetos mayores de 55 años quienes tienen síntomas depresivos en un 15 al 20%⁴. La tasa de suicidio aumenta con la edad, y esto constituye un importante problema de salud en los pacientes geriátricos. La depresión geriátrica se asocia con largas estadías de hospitalización⁵ mayores que los pacientes con enfermedades crónicas como la diabetes, la hipertensión arterial o la artritis⁶. Según la Organización Mundial de la Salud (1999) la depresión determina una reducción de 4 años de la vida activa⁷.

En esta población el ánimo deprimido, síntoma típico de la depresión en adultos jóvenes, puede ser menos prominente que otros síntomas como la pérdida del apetito, el insomnio, la anergia, la pérdida del interés y del placer por los proyectos vitales. Por otra parte los trastornos cognitivos son un hallazgo usual producto o acompañante de esta patología. En los pacientes gerontes la sintomatología depresiva frecuentemente no alcanza a cumplir con los criterios de depresión instaurados por el DSM IV².

De acuerdo a un estudio epidemiológico realizado en EEUU (Epidemiologic Catchment Area Study)⁴ los síntomas depresivos ocurren en aproximadamente un 15%

de los residentes de una comunidad mayores de 65 años. La prevalencia de la depresión mayor entre los adultos mayores que vive en una comunidad es usualmente estimada a menos de un 3%. La tasa de depresión mayor y menor en los gerontes van desde un 5% en clínicas de cuidado primario a un 15 a 25 % en los geriátricos. La tasa de nuevos casos (incidencia) de depresión en los geriátricos son alarmantes: 13 % de los residentes desarrolla nuevos casos de depresión en un período de un año, y otro 18% desarrolla nuevos síntomas depresivos⁴.

Dentro de la gama de síndromes depresivos presentes en geriatría se encuentran varios subtipos como la distimia, depresión menor, la depresión mayor, la depresión debida a condiciones médicas, la depresión inducida por sustancias, el desorden adaptativo con ánimo depresivo, la depresión asociada a trastorno bipolar, la depresión subsindrómica, la depresión de inicio tardío, etc.

Los estudios epidemiológicos sugieren que los síntomas menores de depresión sin llegar a configurar una depresión mayor o una distimia son más prevalentes en la tercera edad que estas dos últimas⁸. Estas observaciones son particularmente importantes en psiquiatría geriátrica, donde los estudios epidemiológicos demuestran que la prevalencia del trastorno depresivo mayor (según criterios clásicos del DSMIV) es baja (1.8%), la depresión menor (9.8%) y la de síntomas depresivos subsindrómicos es alta (13.5%)⁹. Un número alto de individuos con síntomas depresivos, como ser pobre energía, o concentración, o trastornos del sueño, o del apetito, no llegan a cumplir los criterios ni siquiera de depresión menor.

Los pacientes gerontes con esos rasgos depresivos aun sin cumplir los criterios clásicos de depresión experimentan una discapacidad psicológica importante, aumentan la utilización de recursos médicos y tienen frecuentemente conductas suicidas^{6,10} lo que lleva a la necesidad de caracterizar mejor su clínica y ahondar en sus bases fisiopatológicas para poder generar políticas preventivas de salud en la tercera edad.

Objetivo

El objetivo de este trabajo es estudiar los síndromes depresivos en la población geriátrica y determinar su etiopatogenia y fisiopatología.

Materiales y Métodos

Se utilizó una metodología prospectiva y observacional durante 3 años. El estudio fue realizado en el Laboratorio de Investigación de la Memoria del Hospital Municipal Abel Zubizarreta (GCBA). CONICET y en el Servicio de Neuropsicología y Neuropsiquiatría (SIREN) del Hospital Universitario, CEMIC.

A todos los sujetos que participaron en este estudio, previo al ingreso en el mismo, se les dio un texto informativo, el cual fue explicado por el evaluador, quien respondió todas las preguntas que generaron el sujeto o su tutor. Luego de esto se les solicitó la firma de un consentimiento informado el cual fue refrendado por el examinador y por un testigo.

Todo el trabajo clínico estuvo sujeto a las Reglas ICH de Buenas Prácticas Clínicas, a la última revisión de las declaraciones de Helsinki¹¹ y a las reglamentaciones de la Secretaría de Salud del GCBA¹².

Población

Se estudiaron pacientes mayores de 55 años, residentes en la comunidad, que consultaron espontáneamente o fueron derivados a los centros citados por síntomas depresivos. Se incluyeron pacientes con rasgos depresivos o depresiones leves, moderadas y severas con y sin síntomas psicóticos, con y sin antecedentes psiquiátricos previos. Los pacientes podían o no presentar enfermedades concomitantes (incluyendo también las de causa neurológica).

Se clasificaron a los pacientes depresivos reclutados en 4 diferentes subtipos de depresión utilizando como herramienta diagnóstica ("Gold Standard") el SCAN 2.1: Schedules for clinical assessment in Neuropsychiatry (OMS)¹³:

Los Subtipos de depresión fueron: 1. Depresión Mayor; 2. Distimia; 3. Depresión Subsindrómica; 4. Depresión Asociada a enfermedad médica (Demencia).

Se ingresaron como controles sanos a 30 sujetos, apareados por edad y escolaridad quienes no tienen antecedentes neurológicos, psiquiátricos, clínicos o de ingestión de alcohol o fármacos de acción probada sobre el sistema nervioso central. Fueron reclutados voluntariamente de la población general.

Métodos

A la población en estudio se le efectuó una entrevista neuropsiquiátrica semiestructurada, una evaluación neuropsicológica y un estudio para evaluar la calidad de vida.

La entrevista Neuropsiquiátrica Semiestructurada incluyó los datos demográficos, antecedentes personales y familiares, un examen clínico-neurológico.

El diagnóstico de depresión y del tipo correspondiente se realizó mediante el SCAN 2.1: Schedules for clinical assessment in Neuropsychiatry¹³ que se utilizó como "estándar diagnóstico de oro". El SCAN 2.1 es una herramienta de diagnóstico creada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la cual se realiza una entrevista psiquiátrica estructurada de aproximadamente 60 minutos en la cual se evalúan distintas secciones correspondientes a diferente sintomatología psiquiátrica basada en criterios de DSM IV y CIE 0^{2,3}.

Para el registro de los síntomas Neuropsiquiátricos se completaron el Inventario de Depresión de Beck¹⁴ que responde el propio paciente y que se utilizó para determinar el nivel de depresión (leve: puntaje de 10 a 15, moderada: de 16 a 24 y grave: de 25 a 63). La Escala de Depresión de Hamilton¹⁵ que evalúa la gravedad del cuadro depresivo: 0-7: no depresión, 8-12: depresión menor, 13-17: menos que depresión mayor, 18-29: depresión mayor, 30-52: más que depresión mayor. La escala de Hamilton de Ansiedad¹⁶. Evalúa grados de intensidad de 0 a 4 (mayor gravedad).

El Inventario Neuropsiquiátrico¹⁷ lo completaron los familiares y demuestra la frecuencia y severidad de los síntomas neuropsiquiátricos presentes en el paciente.

Se realizó una evaluación Cognitiva extensa a cada paciente que constaba de:

- Nivel Cognitivo General: un Mini Mental State Examination - MMSE^{18,19},
- Memoria Episódica: Buschke Selective Reminding Test (20) y la Batería de Eficiencia Mnésica de Signoret²¹,
- Memoria Semántica: Fluencia Verbal²², Test de Vocabulario de Boston^{23,24}.
- Función Ejecutiva: Trail making test parte B²⁵, Fluencia Fonológica²².
- Visuoespacialidad: copia del dibujo del Mini Mental Examination Test, Test del Reloj²⁶, cubos²⁷.
- Atención: Trail making test parte A²⁵, Span de dígitos²⁸, dígito símbolo: WAIS III²⁹.
- Coeficiente intelectual: WASI²⁷ (analogías, cubos, matrices, vocabulario).

Para evaluar la Calidad de Vida se administraron dos escalas. La primera es la Escala de Actividades Instrumentales de la vida diaria³⁰. Cada ítem de esta escala se puntúa con tres valores 0: independiente, 1: dependencia parcial, 2: dependencia total. La segunda es la Escala de sobrecarga familiar³¹ que se puntúa de la siguiente manera: Menos de 20 ausencia de sobrecarga o sobrecarga leve, 21-40 sobrecarga leve a moderada, 41 a 60: moderada a severa, 61 a 80: severa.

También se les completaron laboratorio y neuroimágenes (TAC y/o RMN cerebral). Los mismos se realizaron de acuerdo a los criterios neurológicos protocolizados, depresión con signos focales neurológicos, con deterioro cognitivo, evolución tórpida o sin respuesta a las medicaciones antidepresivas.

Procesamiento de la información

Los resultados fueron ingresados en una base de datos informatizada específicamente preparada para este protocolo sobre un programa Access 2003 de Microsoft. Para el estudio estadístico en primer término se efectuó un análisis descriptivo de las muestras en estudio y se tabularon las variables seleccionadas para cada uno de los diagnósticos iniciales: Depresión Mayor, Distimia, Depresión subsindrómica o Trastorno del ánimo debido a Enfermedad médica. Para el caso de variables categóricas, se estableció la distribución de frecuencias y se expresó como porcentajes. En el caso de variables continuas se determinó la media con su correspondiente desvío estándar. Cuando la distribución fue no paramétrica se describió la variable mediante la mediana y el percentilo 10 y 90. Para comparar la distribución de las variables en estudio según tuviesen los sujetos un diagnóstico de Depresión Mayor, Distimia, Depresión subsindrómica o Trastorno del ánimo debido a Enfermedad médica o controles normales se utilizaron en caso de variables nominales, ordinales o dicotómicas, el test de Chi 2 para la comparación de proporciones. Para variables continuas, se compararon la media entre grupos utilizando el test de ANOVA. Cuando en el ANOVA no se cumplía homogeneidad de las varianzas se usó la Prueba de Welch y para las comparaciones múltiples el test de Scheffé. Para poder establecer asociaciones independientes entre los diferentes subtipos de depresión y las variables estudiadas, se seleccionaron aquellas que mostraron una asociación significativa con la variable dependiente en el análisis previo y se realizó un Análisis de discriminante múltiple: Se utilizó el método de Lambda de Wilks ingresando las variables paso a paso lo que permite conocer cuáles son las variables que mejor discriminan a los grupos de la variable dependiente. Esto se realizó con la intención obtener un modelo más parsimonioso y que mejor explique la diferencia de las poblaciones en estudio.

El procesamiento de la información, se realizó mediante el programa estadístico informático SPSS 15.1 para Windows.

Limitaciones del estudio

Al no poder ser utilizado un esquema de muestreo probabilístico para seleccionar los sujetos que conformarán la muestra, no está garantizada la representatividad de la misma con respecto a la población objetivo; por lo tanto las conclusiones que se obtengan se referirán al grupo de pacientes depresivos que participaron en esta investigación y no se puede extrapolar como datos de población.

En cuanto a la validez interna, el tratamiento metodológico seleccionado permitirá concluir en forma rigurosa si los resultados obtenidos apoyan o no apoyan la hipótesis de investigación formulada en el trabajo.

Resultados

Se reclutaron 109 pacientes depresivos y 30 controles sanos apareados por edad y escolaridad (edad media 66,33±/- 8.28 años, escolaridad media 9,8 +/- 4,3 años).

Los pacientes depresivos fueron divididos en 4 grupos con el SCAN 2.1, según criterios DSM IV y CIE 10:

Grupo 1 (G1): Depresión Mayor (n: 34),

Grupo 2 (G2): Distimia (n: 29),

Grupo 3 (G3): Trastorno del Animo inespecífico o Depresión Subsindromática (n: 28),

Grupo 4 (G4): Depresión asociada a Enfermedad Médica (Demencia Tipo Alzheimer y/o Vascular, CDR: 1 (Clinical Dementia Rating Scale (32) (n: 18).

Grupo 5 (G5): Controles (n: 30).

Datos Demográficos

Los grupos evaluados no presentaron diferencias significativas entre si en edad y escolaridad. Se observaron diferencias significativas entre los pacientes con Depresión asociada a Enfermedad Médica (Demencia) y los

otros tres grupos de pacientes depresivos (Depresión Mayor, Distimia y Depresión Subsindromática en el Mini Mental (MMSE). También, los pacientes del grupo 4 presentaron diferencias significativas con los controles normales en el MMSE. No se encontraron diferencias significativas entre los pacientes del Grupo 1, 2 y 3 con los controles normales, ni tampoco entre ellos (G1 vs G2 vs G3). Ver tabla 1.

Factores de riesgo (antecedentes personales y familiares)

1) Depresivos vs Controles

Se encontraron diferencias significativas ($p < .05$) en: Estado civil (OR: 3.4, IC: 1.2-9.6), Trabajo (inactivo vs activo) (OR: 5.3, CI: 2-14), Antecedentes cardíacos (OR: 12.5 IC: 1.6-96.3) y Dislipemia, entre los pacientes depresivos (todos los grupos) y los controles normales. No se encontraron diferencias significativas en género, HTA, DBT, Antecedentes neurológicos (Enfermedad Cerebrovascular, Parkinson, Epilepsia), Tabaquismo, Hipotiroidismo, Enfermedades concomitantes (enfermedades reumatológicas, enfermedades gastrointestinales, Cáncer, etc), y Antecedentes familiares de depresión. Ver Tabla 2.

2) Depresión Mayor vs Distimia vs Depresión Subsindrómica vs Depresión asociada a Enfermedad Médica (Demencia).

Se encontraron diferencias significativas ($p < .05$) en el Trabajo (inactivo vs activo) $p = .034$ entre los diferentes grupos de pacientes depresivos.

No se encontraron diferencias significativas en Género, Estado civil, HTA, DBT, Dislipemia, Antecedentes

TABLA 1.- Datos Demográficos

	Depresión Mayor	Distimia	Depresión Sub-sindrómica	Depresión por enf. médica	Controles	p
Número	34	29	28	18	30	
Edad (años)	64.1 ± 7.4	66.7 ± 9.1	66.4 ± 9.7	71.2 ± 7.6	65.1 ± 6.7	ns
Escolaridad (años)	9.82 ± 3,6	8.9 ± 4.6	9.7 ± 5.2	8.5 ± 3.7	11.7 ± 3.7	ns
MMSE	27.2 ± 3.1	26.8 ± 3.4	27.1 ± 2.1	23 ± 4.5	29.0 ± 1.0	DpEM vs Control < .0001 DpEM vs DM < .0001 DpEM vs Dist = .001 DpEM vs DsS < .0001 Resto ns

Referencias: los valores para edad escolaridad y MMSE están expresados en media y desvío estándar. MMSE corresponde a Mini Mental State Exam. ns: diferencias estadísticamente no significativas.

TABLA 2.– Factores de Riesgo. Depresivos vs Controles

Factores de Riesgo	Depresivos	Controles	p	OR (IC)
Trabajo (Pasivo/Activo)	60 / 43	6 / 23	0.001	5.3 (2-14.2)
Estado Civil (Solo/Acompañado)	45 / 61	5 / 23	0.017	3.3 (1.19-9.6)
HTA (SI,NO)	51 / 58	10 / 20		
DBT (SI,NO)	12 / 97	1 / 29		
DLP (SI,NO)	53 / 56	8 / 22	0.032	0
Cardíacos (SI,NO)	33 / 76	1 / 29	0.002	12.5 (1.6-96.3)
Enf. Neurológicas (SI,NO)	10 / 99	1 / 29		
Enf.concomitante (SI,NO)	69 / 37	16 / 13		
Tabaco (SI,NO)	34 / 75	9 / 21		
Ant. Familiares (Si, No)	57 / 44	21 / 16		
Hipotiroidismo (SI,NO)	19 / 88	1 / 28		

Referencias: OR: Odds Ratio, IC: intervalo de confianza.

TABLA 3.– Factores de Riesgo entre pacientes depresivos.

			Depresión Mayor	Distimia	Depresión Sub-sindromática	Depresión por enf.médica	Chi 2 p
Trabajo	Inactivo	Recuento	20	11	14	15	.034
		% de Grupos	64.5%	42.3%	50.0%	83.3%	
	Activo	Recuento	11	15	14	3	
		% de Grupos	35.5%	57.7%	50.0%	16.7%	

TABLA 4.– Escalas Neuropsiquiátricas

	Depresión Mayor (DM)	Distimia (Dist)	Depresión Sub-sindromática (DsS)	Depresión por enf.médica (DpEM)	Controles	p	
Hamilton Ansiedad	17.0 ±6.9	16.2 ± 7	15.9 ± 7.8	14.3 ±6.7	2.2 ±2.8	Control vs DM	p<.0001
						Control vs Dist	p<.0001
						Control vs DsS	p<.0001
						Control vs DpEM	p<.0001
					Resto	ns	
Hamilton Depresión	18.6 ± 6	17.8 ±7.1	15.1 ± 4.8	16.8 ±5.7	1.9 ± 1.7	Control vs DM	p<.0001
						Control vs Dist	p<.0001
						Control vs DsS	p<.0001
						Control vs DpEM	p<.0001
					Resto	ns	
Beck Depresión	23.4 ±9	22.2±9.5	14.2±7.5	22.1 ±10.4	4.4±3.1	Control vs DM	p<.0001
						Control vs Dist	p<.0001
						Control vs DsS	p=.001
						Control vs DpEM	p<.0001
						DsS vs DM	p=.01
					DsS vs Dist	p=.010	
					DsS vs DpEM	p=.044	

Referencias: los valores están expresados en medias y desvío estándar. ns diferencias estadísticamente No significativas.

cardíacos, Antecedentes neurológicos, Enfermedades concomitantes, Antecedentes familiares de depresión. Ver Tabla 3.

Examen Neuropsiquiátrico

Se observaron diferencias significativas ($p < .05$) en las escalas de ansiedad y depresión entre los pacientes depresivos (G1, G2, G3 y G4) vs los controles. Con respecto a los subgrupos de depresivos, se hallaron diferencias significativas ($p < .05$) en la escala de Beck de depresión entre G1, G2 y G4 vs G3. El grupo que demostró tener menor grado de Depresión fue el G3 que corresponde a la Depresión subsindromática. Ver tabla 4.

Examen neurológico

Depresivos vs Controles

Se encontraron diferencias significativas ($p < .05$) en el examen neurológico tanto de los pacientes depresivos

vs controles; como cuando se comparó a los diferentes grupos de depresivos entre si. Ver tabla 5.

Más aún, se encontraron diferencias significativas en los reflejos arcaicos cuando se compararon a los diferentes grupos de depresivos entre si (G1 vs G2 vs G3 vs G4). El grupo que demostró tener mayor porcentaje de pacientes con reflejos arcaicos fue el de Depresión asociada a Enfermedad Médica (Demencia) (G4). Ver Tabla 5.

Estudio de Neuroimágenes (TAC y RMN de cerebro)

Se demostraron diferencias significativas en los resultados de las neuroimágenes (Normal y patológico) entre depresivos y controles pero no entre los grupos depresivos. Ver tabla 5.

Examen Neurospicológico

Los pacientes con Depresión asociada a Enfermedad Médica (Demencia) presentaron diferencias estadísticamente significativas en todos los dominios cognitivos:

TABLA 5.– Examen Neurológico y Neuroimágenes (TAC y/o RMN).

Depresivos vs Controles			Grupo		Chi 2
			Depresivos	Controles	
Examen Neurológico	Si	Recuento	42	5	.010
	No: normal	% de Ex. Neurológico	89.4%	10.6%	
Si: anormal	No	Recuento	54	24	
		% de Ex. Neurológico	69.2%	30.8%	
TAC y/o RMN de cerebro	Si	Recuento	23	7	.041
		% de TAC y RMN	76.7%	23.3%	
	No	Recuento	65	6	
		% de TAC y RMN	91.5%	8.5%	

Grupos de Depresivos			Grupos				Chi 2
			Depresión Mayor	Distimia	Depresión Sub-sindromática	Depresión por enf.médica	
Examen Neurológico	Si	Recuento	9	12	9	12	.033
	No: normal	% de Grupos	28.1%	50.0%	39.1%	70.6%	
Si: anormal	No	Recuento	23	12	14	5	
		% de Grupos	71.9%	50.0%	60.9%	29.4%	
Tiene reflejos arcaicos	Si	Recuento	7	4	2	10	.002
		% de Grupos	21.9%	16.0%	8.7%	58.8%	
	No	Recuento	25	21	21	7	
		% de Grupos	78.1%	84.0%	91.3%	41.2%	
TAC y/o RMN de cerebro	No	Recuento	8	4	8	3	ns
		% de Grupos	29.6%	21.1%	33.3%	16.7%	
No: Normal	Si	Recuento	19	15	16	15	
		% de Grupos	70.4%	78.9%	66.7%	83.3%	

Memoria (patrón cortical) (Recuerdo lógico inmediato (RLI), Recuerdo lógico diferido (RLD), Aprendizaje Serial (AS), Recuerdo Serial (RS), Recuerdo con claves, Reconocimiento, BSRT recuerdo, BSRT reconocimiento), lenguaje (Test de Boston, Fluencia semántica), funciones ejecutivas (Fluencia fonológica, TMT B), atención (Span inverso, TMT A) y visuoespacialidad (Test del reloj); en comparación con los otros 3 grupos de pacientes depresivos (Depresión mayor, distimia y depresión subsindromática); y en comparación con los controles normales. Los pacientes con Depresión mayor presentaron diferencias estadísticamente significativas en; Memoria (Patrón subcortical) (RLI, RLD, AS, RS, Recuerdo con claves, BSRT recuerdo, BSRT reconocimiento), Lenguaje (Fluencia Semántica), Funciones ejecutivas (Fluencia Fonológica, TMT B) en comparación con los controles normales. Ver Los pacientes con Distimia presentaron diferencias estadísticamente significativas en: Memoria (Patrón subcortical) (RLI, RLD, AS, RS, BSRT recuerdo, BSRT reconocimiento), Lenguaje (Fluencia Semántica), Funciones ejecutivas (Fluencia Fonológica, TMT B), y en

Atención (Span directo, Span inverso) en comparación con los controles normales. Los pacientes con Depresión Subsindromática presentaron diferencias estadísticamente significativas en comparación con los controles normales en; Memoria (Patrón subcortical) (RLI, RLD, AS, RS, Recuerdo con claves, BSRT recuerdo, BSRT reconocimiento), Lenguaje (Test de Boston, Fluencia Semántica), Funciones ejecutivas (Fluencia Fonológica) en comparación con los controles normales. Ver Tabla 6.

Calidad de vida

Sobrecarga del cuidador

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la sobrecarga del cuidador (y/o familiar) entre los pacientes con Depresión Mayor, Distimia, Depresión asociada a Enfermedad Médica vs los controles normales.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los distintos grupos de depresivos entre

TABLA 6. – Bateria Neuropsicológica.

	Depresión Mayor (DM)	Distimia (Dist)	Depresión Sub-sindromática (DsS)	Depresión por enf.médica (DpEM)	Controles	p
Recuerdo Lógico Inmediato	5.6 ± 2.8	5.3 ± 2.4	5.2 ± 2.1	2.6 ± 1.8	7.7 ± 2.1	!! #
Recuerdo Lógico Diferido	5.3 ± 3.0	4.6 ± 2.0	4.9 ± 2.2	1.9 ± 1.8	7.4 ± 2.1	!! #
Aprendizaje Serial	7.5 ± 2.3	7.5 ± 2.1	7.4 ± 2.1	4.9 ± 1.7	9.4 ± 1.4	!! #
Recuerdo Serial	6.1 ± 2.5	5.6 ± 2.8	5.2 ± 2.5	2.3 ± 2.4	8.1 ± 1.5	!! #
Recuerdo con claves	8.4 ± 3.2	8.8 ± 3.1	8.5 ± 3.5	5.5 ± 3.1	11.1 ± 1.0	\$ #
Reconocimiento	10.5 ± 2.1	10.6 ± 2.3	10.8 ± 1.5	8.2 ± 3.3	11.7 ± 0.4	? #
BSRT Recuerdo.	6.5 ± 1.8	6.7 ± 2.0	6.5 ± 1.4	4.0 ± 2.6	7.5 ± 1.0	? #
BSRT Reconocimiento	7.1 ± 1	7.2 ± 1.5	7.1 ± 0.8	5 ± 2.7	7.6 ± 0.8	? #
Test de Boston	45.8 ± 6.8	46.2 ± 7.7	44.5 ± 7.2	37.4 ± 10.1	51.6 ± 4	# % ?
Fluencia Semántica	14.4 ± 4	14.6 ± 5.3	13.7 ± 4	9.7 ± 3.5	19.6 ± 6	!! &
Fluencia Fonológica	11.5 ± 4.7	11.6 ± 5	10.5 ± 4.8	6.7 ± 3.4	15.5 ± 3.8	!! &
TMT B	213.9 ± 144	226.7 ± 148	205.6 ± 137	310.9 ± 166	109.8 ± 41.6	**
TMT A	66.8 ± 34.7	69.3 ± 42.8	68.4 ± 25.4	109 ± 54	48.6 ± 16.6	# ?
SPAN Directo	5.3 ± 1	4.9 ± 1.2	5.1 ± 1	5.1 ± 1	6 ± 1	:
SPAN Inverso	3.8 ± 1	3.4 ± 0.9	3.6 ± 1.1	3.1 ± 1	4.4 ± 1	: ?
Test del Reloj	6 ± 1.3	5.3 ± 2.2	6 ± 1.5	3.8 ± 2.5	6.5 ± 1	# ?

Referencias: Solo se expusieron los resultados de la "p" de aquellos grupos que presentaban diferencias estadísticamente significativas. Para esto se utilizó el análisis de la varianza (ANOVA) y el test de Scheffe (Post Hoc) (para evaluar las diferencias existentes entre cada uno de los grupos).

!! Control vs todos los depresivos (DM, Dist, DsS, DpEM) $p < .05$

DpEM vs los otros depresivos (DM, Dist, DsS) $p < .05$

\$ Control vs (DM, DsS y DpEM) $p < .05$

% Control vs DsS $p < .05$

& DpEM vs (DM y Dist) $p < .05$

** Control vs (DM, Dist y DpEM) $p < .05$

? Control vs DpEM $p < .05$

: Control vs Dist $p < .05$

TABLA 7.— *Calidad de vida.
Sobrecarga del Cuidador, Actividades de la Vida Diaria.*

	Depresión Mayor (DM)	Distimia (Dist)	Depresión Sub-sindromática (DsS)	Depresión por enf.médica (DpEM)	Controles	p
Sobrecarga del cuidador	25 ± 18	17.5 ± 13	15.5 ± 13	26.8 ± 6.7	5.1 ± 7.7	Control vs DM p<.0001 Control vs Dist p<.043 Control vs DpEM p<.0001 Resto ns
Actividades de la vida diaria	1.3 ± 2	0.6±1.3	0.4 ± 0.8	5.5 ± 2.2	0.07 ± 0.2	Control vs DM p=.033 Control vs DpEM p<.0001 Resto ns

Referencias: los valores están expresados en medias ± desvío estándar. ns: Diferencias No estadísticamente significativas.

si, ni entre los pacientes con depresión subsindromática vs los controles normales. Ver Tabla 7.

Actividades de la vida diaria

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las Actividades de la vida diaria entre los controles normales vs los pacientes con Depresión Mayor y Depresión asociada a Enfermedad Médica. Ver Tabla 7.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las Actividades de la vida diaria entre los pacientes con Depresión asociada a Enfermedad Médica (Demencia) vs los pacientes con Depresión Mayor, Distimia y Depresión subsindromática. Ver tabla 7.

Discusión

En el mundo actual existe un elevado y alarmante incremento de los trastornos mentales. Los problemas psiquiátricos suponen el 12.5% de las enfermedades de nuestro planeta. El porcentaje de trastornos mentales sobrepasa al cáncer y a las enfermedades cardiovasculares³³.

La depresión es ya la primera causa de incapacidad en el mundo. A pesar de estos datos, sólo el 25% de la población en países industrializados recibe un diagnóstico y un tratamiento adecuados³³.

La estimación de la frecuencia de la depresión en los ancianos exhibe una gran variabilidad debido a la fuente de la muestra, la definición de depresión, el método de estudio, y la experiencia del evaluador. Los estudios epidemiológicos proveen información crítica de la magnitud de la depresión en la población general y de los patrones de tratamiento entre los pacientes gerontes deprimidos. Cuando se compara con adultos jóvenes la tasa de tratamiento es significativamente menor. Sólo un 10% de los pacientes gerontes que tienen necesidad de tratamiento realmente llegan a recibirlo⁴. Estudios prospectivos reve-

lan mayor depresión entre las mujeres comparadas con los hombres^{34,35}. Otros factores de riesgo son la viudez³⁶⁻³⁹, las enfermedades asociadas³⁸, la baja educación⁴, el estado funcional alterado³⁶, la falta de satisfacción, sentimientos de soledad, tabaquismo⁴⁰ y el abuso de alcohol. Por otra parte los síntomas depresivos en los ancianos son un factor de riesgo importante para las alteraciones cognitivas como también déficit funcionales⁴¹.

Los factores responsables de que la depresión en los ancianos sea insidiosa son la falta de reconocimiento en el contexto de múltiples problemas físicos por el paciente o los prestadores de salud. Por tener muchas enfermedades, problemas sociales y económicos, muchos prestadores de la salud concluyen que la depresión es una consecuencia normal de estos problemas, una actitud compartida por los mismos pacientes. Todos estos factores conspiran para subdiagnosticar la enfermedad y no tratarla. A medida que la población adulta crece, la depresión, la demencia, y otras condiciones mentales de los gerontes demandarán más atención para minimizar sus efectos invalidantes, los usos de servicios médicos, y la calidad de vida de los ancianos y los cuidadores⁴.

Existen diferentes subtipos de depresión en Geriátrica. En el presente trabajo se han evaluado 4 grupos diferentes de síndromes depresivos: Depresión Mayor, Distimia, Depresión subsindromática, Depresión asociada a Enfermedad Médica (Demencia).

La falta de trabajo o inactividad (OR 5.3, IC: 2-14.2), el estado civil (OR 3.39, IC: 1.19-9.6), los antecedentes cardíacos (OR 12.5, IC: 1.6-96.3) y la dislipemia, según los resultados obtenidos, demostraron ser factores de riesgo significativos para el desarrollo de la depresión geriátrica.

Entre los diferentes grupos de pacientes depresivos se demostró que existían diferencias estadísticamente significativas en el Trabajo (Activo/Inactivo), siendo el grupo de depresivos más inactivo el de Depresión asociada a enfermedad médica (Demencia), seguido de los Depresivos Mayores.

No se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas en el grado de Ansiedad entre los diferentes grupos de pacientes depresivos.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la gravedad de la sintomatología depresiva entre los diferentes grupos. Los pacientes con Depresión subsindromática (Trastorno del ánimo inespecífico según SCAN) demostraron tener menor grado de sintomatología depresiva.

La Depresión en geriatría presenta sintomatología cognitiva destacable.

Según la etiología de la depresión, en nuestro trabajo, se han demostrado diferentes patrones cognitivos. La depresión Mayor presentó alteraciones predominantemente en funciones ejecutivas y memoria (patrón subcortical).

La distimia presentó alteraciones más destacables en atención y en memoria (patrón subcortical). La Depresión subsindromática presentó alteraciones mas que nada en denominación y memoria (patrón subcortical). La Depresión asociada a Enfermedad Médica presentó alteraciones predominantemente en Memoria (patrón cortical), en Visuoespacialidad y en Denominación.

Los pacientes depresivos presentaron alteraciones en el examen neurológico y mayor alteración en los estudios de neuroimágenes que los controles normales.

Entre los diferentes grupos de depresivos se encontraron diferencias significativas en el examen neurológico, y en los reflejos arcaicos, siendo los pacientes con Depresión asociada a Enfermedad Médica (Demencia) los que más alteraciones tuvieron.

La depresión produce alteraciones en las actividades de la vida diaria de los pacientes esto lleva a una alteración en la calidad de vida tanto del paciente como del cuidador, predisponiendo a mayor sobrecarga del mismo.

Se demostró que la Depresión asociada a Enfermedad médica (Demencia) y La depresión mayor fueron los pacientes que mas alteraciones en las actividades de la vida diaria tuvieron y que mayor sobrecarga del cuidador produjeron.

Características sindromáticas de los diferentes grupos de pacientes Depresivos estudiados.

1) Los pacientes con *Depresión Mayor* presentaron sintomatología depresiva moderada con sintomatología ansiosa asociada, un perfil neuropsicológico a predominio funciones ejecutivas y memoria (perfil subcortical). Se observaron alteraciones en las neuroimágenes a predominio patología de tipo atrofia cortical, teniendo algunos pacientes alteraciones en el examen neurológico (reflejos arcaicos positivos). Presentaron alteraciones significativas en las actividades de la vida diaria y en la sobrecarga del cuidador en comparación con los controles normales.

2) Los pacientes con *Distimia* presentaron sintomatología depresiva moderada con sintomatología ansiosa asociada; un perfil cognitivo con mayor alteración en la atención y en la memoria (perfil subcortical). Tuvieron alteraciones en las neuroimágenes a predominio patología de tipo vascular. En el 50% de los casos teniendo examen neurológico patológico (piramidalismo positivo). No presentaron alteraciones significativas en las actividades de la vida diaria en comparación con los controles normales. Si tuvieron mayor sobrecarga del cuidador en comparación con los controles normales.

3) Los pacientes con *Depresión subsindromática* (Trastorno del ánimo inespecífico) mostraron sintomatología depresiva leve con sintomatología ansiosa asociada; un perfil cognitivo con mayor alteración en la denominación y en la memoria (perfil subcortical), presentaron alteraciones en las neuroimágenes a predominio patología de tipo mixto (vascular + atrofia), con examen neurológico patológico en el 39.1% de los pacientes (piramidalismo positivo, extrapiramidalismo +). No presentaron alteraciones significativas en las actividades de la vida diaria ni en la sobrecarga del cuidador en comparación con los controles normales. Este grupo podría ser considerado de riesgo para el desarrollo de patología degenerativa.

4) Los pacientes con *Depresión asociada a Enfermedad Médica (Demencia)* presentaron sintomatología depresiva moderada con sintomatología ansiosa asociada; son los pacientes que mayor alteración cognitiva presentaron, con un perfil cognitivo con mayor alteración en la memoria (perfil cortical), la visuoespacialidad y la denominación; son los que mayor alteración en las neuroimágenes presentaron (83.3%) con alteraciones a predominio patología de tipo atrofia o mixto (vascular + atrofia) y con examen neurológico patológico en el 70.6% de los pacientes (a predominio reflejos arcaicos positivos). Son los que presentaron mayores alteraciones significativas en las actividades de la vida diaria y en la sobrecarga del cuidador en comparación con los controles normales.

Conclusiones

La depresión es una enfermedad mental que afecta no sólo la esfera psicológica (causando trastorno del estado anímico), sino también cognitiva (a través del deterioro de las funciones mentales superiores). Existen diferentes subtipos de depresión en geriatría con características clínicas que los distinguen entre si y también de la depresión presente en los adultos jóvenes.

La depresión en los ancianos puede ser el síntoma inicial de un proceso demencial y la expresión de una degeneración neuronal de una enfermedad cerebrovascular.

Agradecimientos: Este trabajo se realizó con subsidios del CONICET (CD y RFA), de la Beca Carrillo Oñativia 2005-2006 (CD y RFA), de la Fundación Rene Barón CEMIC (FT, RFA, CS).

Bibliografía

- INDEC 2001. www.indec.gov.ar
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. Text Revision. APA; Washington, DC: 2000.
- ICD 10 Internacional Codification of Diseases, 10th edition. World Health Organization. 1990.
- Gallo JJ, Lebowitz BD. The epidemiology of Common Late-Life Mental Disorders in the Community: Themes for the New Century. *Psychiatr Serv* 1999; 50:1158-66.
- Fountoulakis KN, O'Hara R, Iacovides A, Camilleri CP, Kaprinis S, Kaprinis G et al. Unipolar late onset depression: A comprehensive Review. *Ann Gen Hosp Psychiatry* 2003; 2: 11.
- Wells KB, Stewart A, Hays RD, Burnam MA, Rogers W, Daniels M et al: The functioning and wellbeing of depressed patients: results from the Medical Outcomes Study. *JAMA* 1989; 262 (7): 914-9.
- OMS 1999. www.who.int
- Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S et al. Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States Results From the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1994; 51 (1): 8-19.
- Beekman AT, Copeland JR and Prince MJ. Review of community prevalence of depression in later life. *Br J Psychiatry* 1999; 174: 307-11.
- Broadhead WE, Blazer DG, George LK. Depression, disability days, and days lost from work in a prospective epidemiologic survey. *JAMA* 1990; 264: 2524-8.
- Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. http://www.wma.net/s/policy/17-c_s.html
- www.msal.gov.ar
- Wing JK, Babor T, Brugha T, et al. SCAN. Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47 (6).
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4: 53-63.
- Hamilton M: A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1960; 23: 56-62.
- Hamilton, M. The assessment of anxiety states by rating. *Brit J Med Psychol* 1959; 32: 50-5.
- Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, D. A. Carusi DA, Gornbein J. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*. 1994; 44: 2308-14.
- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state" A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975; 12: 189-98.
- Allegri RF, Ollari JA, Mangone CA, Arizaga RL, De Pascale A, Pellegrini M et al. El "Mini Mental State Examination" en la Argentina: Instrucciones para su administración. *Revista Neurológica Argentina*. 1999; 24: 31-5.
- Buschke, H. Selective reminding for analysis of memory and learning. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior* 1973; 12: 543-50.
- Signoret JL, Whiteley A. Memory battery scale. *Int. Neuropsych. Soc. Bull* 1979; 2-26.
- Benton AL, Hannay HJ, Varney NR, Spreen O. Contributions to neuropsychological assessment. Oxford University Press, New York, 1983.
- Allegri RF, Mangone CA, Rymberg S, Fernandez A, Taragano FE. Spanish version of the Boston naming Test in Buenos Aires. *The Clinical Neuropsychologist*. 1997; 1 (4): 416-20.
- Serrano CM, Allegri RF, Drake M, Butman J, Harris P, Nagle C, Ranalli C. Versión corta en español del test de denominación de Boston: su utilidad en el diagnóstico diferencial de la enfermedad de Alzheimer. *Rev Neurol*. 2001; 33 (7): 624-7.
- Reitan RM. Validity of the Trail Making Test as an indication of organic brain damage. *Percept Mot Skills*. 1958; 8: 271.
- Freedman M, Learch K, Kaplan E, Winocur G, Shulman KI, Delis D. Clock Drawing: SA Neuropsychological Analysis. New York, NY; Oxford University Press Inc; 1994.
- Wechsler D. Abbreviated Scale of Intelligence (WASI). San Antonio, Texas, The Psychological Corporation, 1999.
- Wechsler D. Test de inteligencia para adultos (WAIS) Buenos Aires, Paidós; 1988.
- Wechsler D: Manual for the Wechsler Adult Intelligence Scale, 3rd ed. San Antonio, Tex, Psychological Corp, 1997.
- Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969; 9 (3): 179-86.
- Zarit SH, Zarit JM. The Memory and Behavior Problems Checklist and the burden interview. University Park, PA: Penn State University Gerontology Center 1990.
- Morris, J.C. The clinical dementia rating (CDR): Current version and scoring rules. *Neurology* 1993, 43 (11): 2412-14.
- Dillon C. Psicopatología del envejecimiento. In: Lopez-Mato A, editora. *Psiconeuroinmunoendocrinología 3*. Bs As, Sciens; 2008. p. 423-39.
- Gallo JJ, Royall DR, Anthony DC. Risk factors for the onset of major depression in middle age and late life. *Soc Psychiatry and Psychiatr Epidemiol* 1993 Jul; 28 (3): 101-8.
- Eaton WW, Kramer M, Anthony JC, Dryman A, Shapiro S, Locke BZ. The incidence of specific DIS/DSM-III mental disorders: data from the NIMH Epidemiologic Catchment Area program. *Acta Psychiatr Scand*. 1989; 79 (2): 163-78.
- Bruce ML, Kim K, Leaf PJ, Jacobs S. Depressive episodes and dysphoria resulting from conjugal bereavement in a prospective community sample. *Am J Psychiatry*. 1990 May; 147 (5): 608-11.
- Zisook S, Shuchter SR: Depression through the first year after the death of a spouse. *Am J Psychiatry*. 1991; 148: 1346-52.
- Harlow SD. A longitudinal study of risk factors for depressive symptomatology in elderly widowed and married women. *Am J Epidemiol*. 1991; 134: 526-38.
- Mendes de Leon CF, Kasl SV, Jacobs S. A prospective study of widowhood and changes in symptoms of depression in a community sample of the elderly. *Psychol Med*. 1994; 24 (3): 613-24.
- Green H, Copeland JRM, Dewey ME, Sharma V, Saunders PA, Davidson IA, Sullivan CC, McWilliam C. Risk factors for depression in elderly people: a prospective study. *Acta Psychiatr Scand*. 1992; 86 (3): 213-7.
- Bassuk SS, Berkman LF, Wypij D. Depressive Symptomatology and Incident Cognitive Decline in an Elderly Community Sample. *Arch Gen Psychiatry*. 1998; 55: 1073-81.