



La MENTE, los RECUERDOS: depresión y demencia en la edad avanzada

Ricardo Colín Piana y Raúl Mena López

Demencia y depresión son dos condiciones comunes entre los adultos mayores del mundo. El creciente número de personas con demencia en México –principalmente con Alzheimer y demencia vascular– es ya un problema de salud pública que no ha sido acompañado de estrategias oficiales para su atención y control.

Introducción

La depresión es una enfermedad que sufre un alto porcentaje de mexicanos, pero principalmente los adultos mayores. Esto se debe, en parte, a que en las etapas finales de la vida mucha de esta población se enfrenta a un desplome en sus actividades familiares, sociales, culturales y económicas. Muchos piensan que la depresión en el anciano es, en apariencia, comprensible, y como los adultos mayores generalmente se resisten a pedir ayuda, la depresión no se detecta con la frecuencia que debería, y menos es tratada médicamente en forma apropiada. Es una de las “caras oscuras e inaceptables de la vejez”, dicen Simon Lovestone y Robert Howard, estudiosos del tema que insisten en que los ancianos pueden y deben permanecer a salvo de la enfermedad depresiva.

Pero, ¿cómo es el escenario que enfrenta la población envejecida por su condición mental? La depresión y la demencia son indudablemente las dos amenazas más comunes. En este artículo nos referiremos a ellas, ya que en la práctica médica cotidiana la asociación entre estas dos condiciones es frecuente y da motivo a problemas de diagnóstico y manejo médico.





Asociación y diagnóstico diferencial entre demencia y depresión

Los procesos demenciales son trastornos cada vez más frecuentes en el mundo, debido al importante cambio demográfico que se ha presentado en los dos recientes siglos. Sobre esto, si para el año 1800 el promedio de vida era de 40 años, al iniciar el siglo XX alcanzaba los 50 años y, hoy está cerca de los 80. Como consecuencia, el segmento de la población con crecimiento más rápido en los Estados Unidos y Europa Occidental es la población que envejece. Trece por ciento de la población, aproximadamente 40 millones de personas, tiene más de 65 años en los Estados Unidos, y se calcula que para el 2030 representarán 23 por ciento de la población, con más de 65 millones de ancianos. Conforme la población de los países envejece, la prevalencia de los trastornos psiquiátricos comunes a la etapa final de la vida se incrementa de manera correspondiente. En nuestro país se estiman las mismas consecuencias y, de hecho, su creciente número es ya un problema de salud que no ha sido acompañado de estrategia oficial alguna para su atención y control.

Existen por los menos 90 causas diferentes de demencia. Sin embargo, las más comunes en nuestro país son las asociadas a la enfermedad de Alzheimer y a la demencia vascular.

La demencia, en general, se caracteriza clínicamente por un progresivo deterioro global de las habilidades cognitivas (pensar, razonar, hablar, etcétera) de la persona, que es consecuencia de cambios estructurales o funcionales del cerebro. Un paciente con demencia sufre no sólo un trastorno de las actividades de la vida diaria, sino de una alarmante disfuncionalidad en el ambiente familiar, ya que además requiere de cuidados continuos y especiales. Entre los procesos patológicos que producen discapacidad, las demencias son la causa más importante, ya que la persona que la presenta es totalmente dependiente de sus cuidadores.

Claves para sospechar un trastorno demencial

Existe la posibilidad de que se esté presentando un trastorno de demencia en una persona de cualquier sexo, de 65 años o más, que:

- 1) Presente dificultades progresivas para memorizar nueva información y para recordar eventos simples o nombres de las cosas que recién acaban de suceder. Por ejemplo: ¿dónde dejé las llaves?, ¿cerré la puerta?, ¿cómo se llama esto que sirve para servir el agua?, etcétera. Se refieren a sí mismos como “distraídos”.
- 2) Es cada vez más torpe para realizar sus actividades cotidianas, como peinarse, abotonarse la ropa, etcétera.
- 3) Presenta cambios en su forma de ser y de relacionarse con los demás, como pérdida de interés en sus actividades recreativas habituales, aislamiento, necesidad, perseverancia, falta de iniciativa, etc., y presenta cambios súbitos del humor (labilidad), ansiedad y tristeza.

En el adulto mayor, como se ha dicho, la causa más común de la demencia es la enfermedad de Alzheimer. Se desconocen las causas de este padecimiento, pero se ha encontrado que se encuentra asociado a factores de riesgo de naturaleza ambiental y genética. Sin embargo, el mayor riesgo para desarrollar la enfermedad de Alzheimer es el envejecimiento mismo, sin ningún otro factor añadido.

A nivel histopatológico la enfermedad de Alzheimer se caracteriza por la presencia de estructuras patológicas llamadas *placas neuríticas* (Figura 1a) y *marañas neurofibrilares* (Figura 1b). Estas lesiones se encuentran principalmente en las áreas asociativas de la corteza y el hipocampo. La progresión de la demencia en la enfermedad de Alzheimer se encuentra estrechamente asociada a la densidad de estas lesiones, por lo que se acepta que en la enfermedad de Alzheimer (no otro tipo de demencia), las placas y las marañas causan la demencia. No obstante, hasta el momento se desconocen los mecanismos moleculares responsables de la formación de estas lesiones. A nivel macroscópico, debido a la presencia de las placas y marañas, y la consecuente muerte de las células neuronales, el cerebro sufre una notable atrofia (aumento de los surcos entre las circunvoluciones cerebrales, Figura 2). Al no saberse el origen de las lesiones mencionadas, no existe tratamiento farmacológico



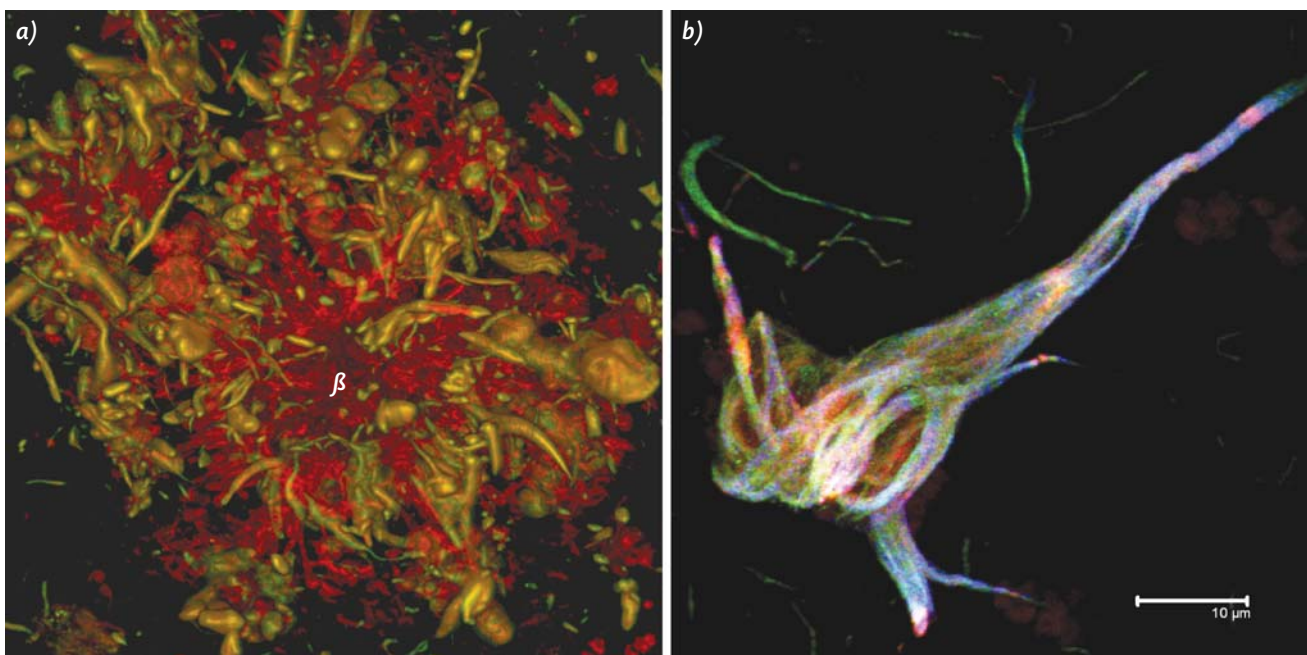


Figura 1. Histopatología cerebral en la enfermedad de Alzheimer. *a)* Una placa neurítica clásica, conformada por un depósito fibrilar central del péptido amiloide β (β , en rojo) asociado a numerosas estructuras fibrilares de formas caprichosas llamadas neuritas distróficas (en amarillo). *b)* Una típica maraña neurofibrilar que representa la acumulación masiva de filamentos patológicos en el citoplasma de las células neuronales del cerebro. Esta lesión tiene forma de flama, pues toma el perfil de la neurona, que es piramidal. Microscopía confocal.

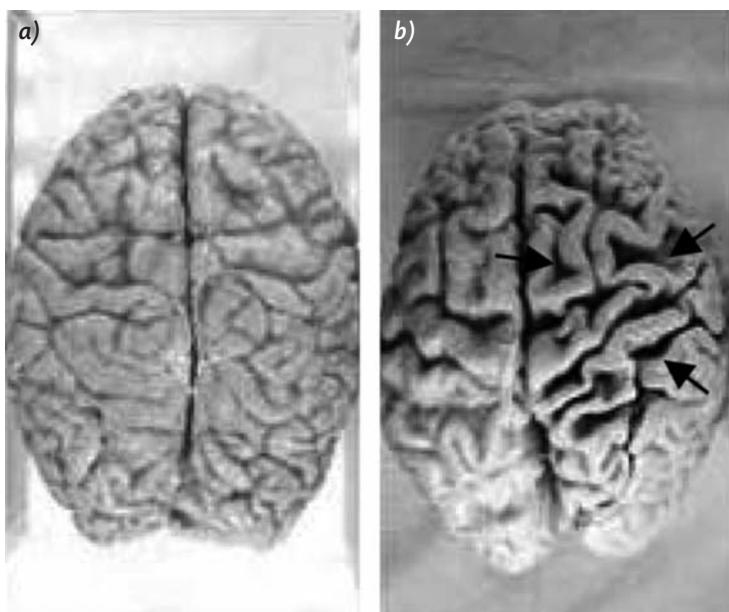


Figura 2. Anatomía patológica de la enfermedad de Alzheimer. *a)* Cerebro sano. *b)* El cerebro de los casos afectados por la enfermedad muestra una notable atrofia de la corteza cerebral (flechas), que se evidencia con el aumento de tamaño de los surcos entre las circunvoluciones de la corteza cerebral. Encéfalos obtenidos por autopsia.

Existen por los menos 90 causas diferentes de demencia.

Sin embargo, las más comunes en nuestro país son las asociadas a la enfermedad de Alzheimer y a la demencia vascular

alguno para controlar o curar la enfermedad de Alzheimer.

Depresión

La depresión mayor es una de las enfermedades más comunes en la actualidad. Se estima que, en nuestro país, 6.5 por ciento de la población adulta en algún momento de

sus vidas padecerá un episodio depresivo con intensidad que requiera de intervención médica, de acuerdo con las investigaciones epidemiológicas realizadas por la doctora Medina Mora en el Instituto Nacional de Psiquiatría (Medina Mora y colaboradores, 2003).

Son muchos los estudios internacionales que reportan la presencia de trastornos depresivos en entre un 5 y 25 por ciento de la población anciana. También se ha estudiado a la depresión menor crónica, que se llama técnicamente “distimia”, entre la población de la tercera edad. Se ha demostrado que es poco reconocida y diagnosticada, y por tanto muchos enfermos jamás son tratados de manera correcta.

Parece ser que los adultos mayores con “distimia del final de la vida” no son simplemente individuos distímicos desde jóvenes que se han vuelto viejos, sino que en muchos casos la enfermedad comienza alrededor de los 55 años de edad.

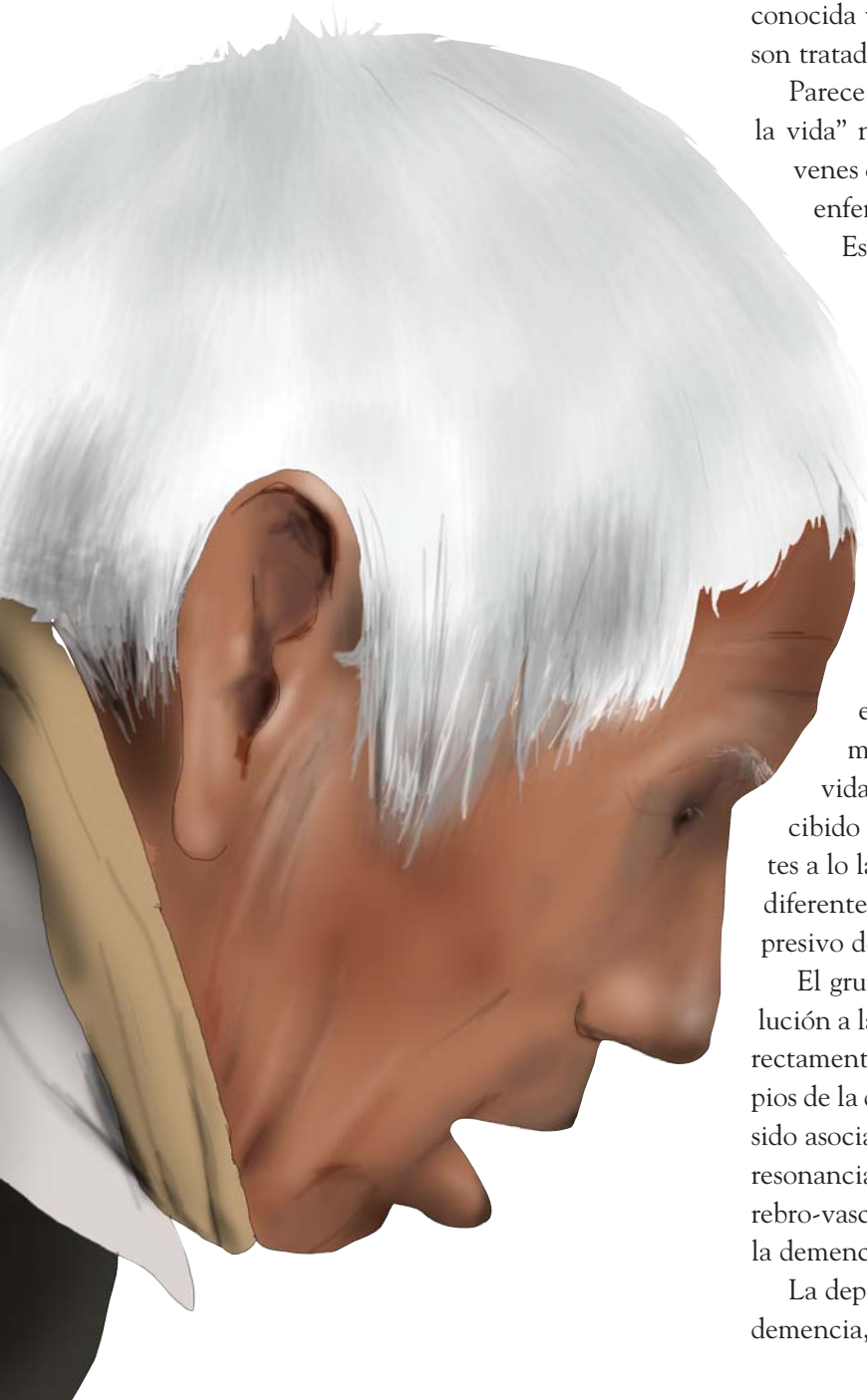
Este grupo presenta además una importante cantidad de problemas médicos relacionados con su depresión crónica, y el diagnóstico se dificulta muchas veces por factores y actitudes culturales hacia la edad, como suponer que la depresión es una parte “normal” del proceso del envejecimiento.

Otro aspecto importante al estudiar la depresión en los ancianos es identificar la diferencia entre la depresión que se inicia en la tercera edad y aquella que ha cursado con episodios depresivos recurrentes iniciados desde la juventud.

La depresión mayor es un padecimiento que en la mayoría de los casos es recurrente, y tiene su mayor frecuencia al final de la tercera década de la vida. Se espera que los enfermos mayores que no han recibido tratamiento adecuado presenten episodios recurrentes a lo largo de sus vidas. Se trata entonces de una población diferente de aquella que experimenta el primer episodio depresivo después de los 50 años de edad.

El grupo de depresivos con enfermedad recurrente de evolución a largo plazo posiblemente muestra daños cognitivos directamente relacionados con aspectos neuropatológicos propios de la depresión. El grupo de depresivos de inicio tardío han sido asociados con anomalías observables en imágenes por resonancia magnética que son consistentes con enfermedad cerebro-vascular, y se ha observado que su deterioro cognitivo y la demencia subsecuente puede ser más frecuente entre ellos.

La depresión se reporta en uno de cada cinco enfermos con demencia, y es común que los familiares de personas que ini-



cian con la enfermedad de Alzheimer supongan que el paciente está más bien “deprimido” que sufriendo demencia, ya que dentro de los síntomas clave para diagnosticar la depresión se encuentran la falta de ánimo y de interés en las actividades habituales. Algunas formas de depresión se manifiestan por falta de apetito, aislamiento social, insomnio e irritabilidad, que son cambios francos del comportamiento del individuo, y sobre todo fallas de memoria, dificultad para concentrarse y para tomar decisiones, que se podrían confundir con el inicio de la enfermedad demencial. Desde hace muchos años se emplea el término *pseudodemencia* para referirse a los pacientes viejos que presentan daño cognitivo importante y que mejoran al administrársele medicamentos antidepresivos.

Los cambios cognoscitivos relacionados con la depresión se refieren más a una afectación global que focal, y a dificultad en las tareas complejas que requieren un grado mayor de procesamiento interno y de esfuerzo consciente. Casi la mitad de los pacientes deprimidos se quejan de su memoria, a diferencia de la población de adultos mayores sanos, en los que sólo entre 10 y 20 por ciento se quejan de problemas de este tipo. Para el médico, la dificultad consiste en desarrollar una estrategia terapéutica ante la presencia de síntomas mentales y emocionales que se traslapan, y donde sabemos que ciertos medicamentos terapéuticos para algunos de estos síntomas pueden empeorar la otra condición. Se trata pues de una interfase entre depresión y demencia en ancianos donde puede ser útil considerar a los enfermos en tres categorías:

- Enfermos con deterioro cognitivo pre-existente que desarrollan depresión mayor o síntomas depresivos. En estos enfermos cabe esperar que la depresión se controle con un buen esquema de antidepresivos, pero que persistan algunos problemas cognitivos.
- Enfermos que desarrollan depresión mayor con síntomas importantes en la esfera cognitiva (seudodemencia). La pre-

sentación del cuadro clínico puede llevar al diagnóstico falso de demencia, cuando en realidad el síndrome es depresivo. El tratamiento antidepresivo correcto elimina tanto el aparente deterioro cognitivo como los síntomas de la depresión.

- Enfermos que padecen una demencia claramente establecida, muy frecuentemente del tipo Alzheimer, y caen en un episodio depresivo.

Desde el punto de vista meramente teórico, estas categorías son útiles, pero en el terreno clínico, es frecuente que las fronteras entre los tres grupos sean indistinguibles.

El tratamiento de la depresión es primordialmente con antidepresivos y, cuando es posible, complementado con psicoterapia. Sin embargo, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud Mental sabemos que sólo una minoría de los pacientes mexicanos en quienes se ha detectado un trastorno afectivo son atendidos por un médico general (4.5 por ciento) o un psiquiatra (3 por ciento), y muy pocos reciben un tratamiento apropiado.

Los cuidadores ante el paciente anciano deprimido o con demencia

El manejo clínico del enfermo con demencia enfrenta al médico y a los cuidadores con una serie de problemas que derivan de la incapacidad intelectual del enfermo, la edad avanzada, la irreversibilidad de la enfermedad y la molestia que puede experimentar el médico al tratar pacientes con deterioro importante de las funciones cognitivas.

Los problemas éticos inherentes a esta situación clínica incluyen, entre otros, la evaluación del enfermo en fases tempranas de su enfermedad respecto a su capacidad para tomar decisiones relevantes, que incluyen aspectos económicos, familiares, laborales y de manejo médico futuro, y en especial el cuida-

Cuadro 1. Tipo de tratamiento para la depresión en población general mexicana mayor de 18 años (adaptado de Medina Mora y colaboradores, 2003)

Tipo de tratamiento	Depresión
Sin medicamento ni psicoterapia	61.5%
Psicoterapia adecuada	4.8%
Medicamento adecuado	12.2%
Medicamento equivocado para psiquiatría	21.4%

do al final de la vida. En las etapas medias y finales de la enfermedad demencial, destacan aspectos que involucran el nivel apropiado de tratamiento médico, decisiones respecto a la confinación física y las preocupaciones de familiares y cuidadores primarios. Y el tratamiento médico del final de la vida constituye un problema ético de la mayor relevancia en las etapas finales de los estados demenciales.

La relación médico-paciente con el enfermo con demencia posee características únicas que pueden deteriorar potencialmente el beneficio terapéutico de la relación. De manera consciente o inconsciente, muchos médicos evitan el contacto con el enfermo con daño cognitivo permanente, al considerarlo poco interesante o no deseable. Desde muy jóvenes, muchos médicos desarrollan el sentimiento de frustración o desánimo cuando intentan tratar a enfermos demenciados. El clínico se siente impotente para proporcionar un beneficio terapéutico al enfermo, cuya condición demencial es inexorablemente progresiva, irreversible, intratable y desesperanzadora. Frente a este vacío terapéutico, el médico desarrolla conductas de evitación, le dedica el menor tiempo posible a su atención, y desestima y no atiende problemas médicos generales que pueden coexistir con la demencia del anciano.

En muchos casos los médicos “despersonalizan” al enfermo con demencia, ya que inconscientemente igualan al deterioro de las funciones intelectuales con la pérdida de la personalidad. El paciente se convierte entonces en una especie de “objeto” vivo que pierde los privilegios inherentes a la personalidad, el respeto al ser humano y a su dignidad. Por tanto, dicho “objeto” puede ser ignorado, se puede abusar de él, y hasta ridiculizarlo.

El cuidado del enfermo con demencia también despierta en médicos y cuidadores el temor a la pérdida en el futuro de sus propias capacidades mentales. Es enfrentar la vejez propia en el otro al que se cuida hoy. El problema psicológico de muchos que atienden a



enfermos demenciados consiste también en no tener clara la expectativa terapéutica, donde curar y cuidar se confunden. Cuando el médico cifra esperanzas en la normalización o retorno a la salud mental previa del enfermo, se acerca al peligro de la frustración. Es importante que el médico defina con objetividad las metas del cuidado médico que desarrollará frente al paciente con demencia, siguiendo el modelo del manejo de la enfermedad crónica. En esta atención médica es necesario atender todos y cada uno de los aspectos de la vida y la salud del enfermo, por mínimos o intrascendentes que pudieran parecer. Muchos médicos consideran que este enfoque es más cercano a la labor de enfermería que a la de su profesión. Pero si bien técnicamente puede resultar simple, este enfoque requiere dedicar tiempo y compasión, más que virtuosismo tecnológico.



Ricardo Colín Piana es médico cirujano por la Facultad de Medicina de la Universidad La Salle, Ciudad de México, y especialista en psiquiatría por la Universidad Autónoma de Guadalajara. Es director de enseñanza del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía y profesor adjunto del Posgrado en Neuropsiquiatría de la Facultad de Medicina de la UNAM. Es autor de 18 publicaciones nacionales e internacionales.
rcolinpiana@prodigy.net.mx

Raúl Mena López es médico cirujano y doctor en ciencias con especialidad en biología celular por el Centro de Investigación y Estudios Avanzados (Cinvestav) del Instituto Politécnico Nacional (IPN). Actualmente es investigador titular del departamento de fisiología, biofísica y neurociencias del Cinvestav y responsable del proyecto del banco de cerebros humanos para la investigación de la enfermedad de Alzheimer. Su campo de investigación es el procesamiento patológico inicial de la proteína *tau* en la enfermedad de Alzheimer.
rmena@fisio.cinvestav.mx

Lecturas recomendadas

- Berrios, G. E. (2000), "Historical aspects of memory and its disorders", en Berrios, G. E. y J. R. Hodges (eds.), *Memory disorders in psychiatric practice*, Cambridge, Cambridge University Press, pp. 3-33.
- Butler, C., y A. Z. J. Zeman (2005), "Neurological syndromes which can be mistaken for psychiatric conditions", *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*, vol. 76, suppl. i31-i38.
- Falk, W. A., Perlis, R y Albert G. (2004), "Demented patients", en Stern, T. y colaboradores (2004), *Handbook of general hospital psychiatry*, Nueva York, Mosby, pp. 135-153.
- Mc Allister, T. W. (1983), "Overview: pseudodementia", *Am. J. Psychiatry*, vol. 140, pp. 528-533.
- Medina Mora, M. E. y colaboradores (2003), "Encuesta Nacional de Salud Mental", *Salud mental*, vol. 26, núm. 4, pp. 1-16.
- Mitchell, A. (2005), "Depression as a risk factor for later dementia: a robust relationship?", *Age and ageing*, vol. 34, núm. 3, pp. 207-209.
- Steffens, D. C., M. E. Payne, D. L. Greenberg, C. E. Byrum, K. A. Welsh-Bohmer, H. R. Wagner y colaboradores (2002), "Hippocampal volume and incident dementia in geriatric depression", *Am. J. Geriatr. Psychiatry*, vol. 10, pp. 62-71.
- Tarback, A. F y E. S. Paykel (1995), "Effects of major depression on the cognitive function of younger and older subjects", *Psychological medicine*, vol. 25, núm. 2, pp. 285-296.
- Vinkers, D. J., J. Gussekloo, M. L. Stek, R. G. J. Westendorp y R. C. Van Der Mast (2004), "Temporal relation between depression and cognitive impairment in old age: prospective population based study", *British Medical Journal*, vol. 329, pp. s881-885.
- Visser, P. J., F. R. J. Verhey, R. W. H. M. Ponds, A. Kester y J. Jolles (2000), "Distinction between preclinical Alzheimer disease and depression", *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 48, núm. 5, pp. 479-484.